FLÁVIA DE LIMA OSÓRIO

**TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL:
VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo para a obtenção do título de Doutor.
Área de concentração: Saúde Mental.

Orientador: Profa. Dra. Sonia Regina Loureiro

Co-orientador: Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa

RIBEIRÃO PRETO

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE

FICHA CATALOGRÁFICA

**Elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de São Paulo
Campus de Ribeirão Preto**

Osório, Flávia de Lima

Transtorno de ansiedade social: validação de instrumentos de avaliação. Ribeirão Preto, 2008.
313 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde Mental.

Orientador: Loureiro, Sonia Regina.

Co-orientador: Crippa, José Alexandre de Souza

1. Ansiedade Social. 2. Escalas. 3. Validade. 4. Fidedignidade.
5. Falar em público.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Flávia de Lima Osório

Transtorno de Ansiedade Social: validação de instrumentos de avaliação

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor.

Área de concentração: Saúde Mental

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*À MINHA MÃE ESTELA,
E AOS QUERIDOS AVÓS ANA (IN MEMORIAN) E SEBASTIÃO,
POR TODO CARINHO E DEDICAÇÃO QUE SEMPRE TIVERAM POR MIM.*

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Sonia Regina Loureiro, orientadora deste estudo, exemplo de profissional. Obrigada por todo ensinamento e disponibilidade não só como orientadora, mas também como chefe, supervisora e professora, ao longo destes onze anos de trabalho conjunto. Muito do que sou profissionalmente, certamente construí espelhando-me em você;

Ao Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa, co-orientador deste estudo, pelo convite para participação em seu projeto de pesquisa e pela confiança em mim depositada. Obrigada por toda a ajuda no planejamento e desenvolvimento deste trabalho, mesmo nos momentos mais difíceis e tumultuados de sua vida profissional e pessoal;

À Profa. Dra. Marisa Japur, com quem tive a honra de realizar minha iniciação científica, ainda na Graduação em Psicologia, sendo apresentada de forma apaixonante, séria e ética ao mundo da pesquisa científica;

Aos colegas da Pós-graduação: Carlos Alberto Baptista, Alaor Santos Filho, Maria Cecília Freitas, Carolina Menezes Gaya, Luciene Vaccaro de Moraes, Kátia Regina Busato, Clarissa Trzesniak, Stella Mesquita, Moisés Chaves, Luiz Márcio Lima, Maria Gabriela Barboza e Danielle Chaves, pelo trabalho conjunto e principalmente pela ajuda nas diferentes fases da

coleta de dados; em especial ao *Antônio Paulo Angélico*, que além da referida ajuda, revisou com muito cuidado o texto final;

À técnica de laboratório *Sandra Bernardo*, por todo empenho e colaboração nas fases de codificação e coleta de dados;

Ao casal *Marcelo Mazza e Marilene de Pinho*, pela colaboração na coleta de dados e na estruturação do banco de dados por leitura ótica;

Aos Profs. Drs. *Luiz Alberto Hetem, Antonio Waldo Zuardi, Frederico Guilherme Graeff e Geraldo Busatto*, pelo auxílio no processo de tradução e adaptação transcultural dos instrumentos;

À Profa. Dra. *Patrícia Picon*, pelo olhar cuidadoso e contribuições quando do Exame de Qualificação;

Ao estatístico *Geraldo Cássio dos Reis*, pelos ensinamentos e grande auxílio na análise estatística dos dados;

À bibliotecária *Márcia Regina Silva*, pelas orientações e revisão das referências e citações bibliográficas;

Às colegas de trabalho do Serviço de Interconsulta em Saúde Mental do HC-FMRP-USP, *Catalina, Elaine, Cybele e Gabriela*, pela amizade e trabalho compartilhado;

À *Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto –USP, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP e Universidade de Franca*, por permitirem a coleta de dados;

À *Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP*, pelo auxílio financeiro;

À *Carla Guanaes e Fabiana Louzado*, amigas de tantos anos, sempre companheiras nos momentos de alegria e tristeza;

Ao amigo *Paulo Vannucchi*, pela atenção e disponibilidade de sempre, agora especialmente, na elaboração dos detalhes finais da tese;

Ao *Dani*, para sempre querido, por todo carinho e anos de convivência, sempre procurando mostrar-me os outros tantos sentidos da vida;

E, especialmente, *a todos os estudantes participantes deste estudo*, que se disponibilizaram a investir seus tempos, ao longo de todas as fases da coleta de dados, meus sinceros agradecimentos

RESUMO

OSÓRIO, F. de L. **Transtorno de ansiedade social: validação de instrumentos de avaliação**. 2008. 313f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2008.

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS) é um distúrbio de início precoce, com prevalência e comorbidades significativas, favorecendo prejuízos importantes no funcionamento laboral, familiar, social e acadêmico, especialmente em pessoas jovens. Dada tais características, faz-se necessária a identificação precoce e o diagnóstico preciso do TAS, o que requer instrumentos validados. Objetivou-se a avaliação sistemática do TAS, por meio de um conjunto de instrumentos validados quanto às suas qualidades psicométricas de fidedignidade e validade, em uma população de adultos jovens brasileiros, estudantes universitários, sob a perspectiva da auto e hetero-avaliação. Para tal, realizou-se a validação transcultural dos instrumentos auto-avaliativos: *Social Phobia Inventory* (SPIN) e *Self Statements During Public Speaking Scale* (SSPS – versão traço e estado) e do instrumento hetero-avaliativo *Brief Social Phobia Scale* (BSPS), com aprovação prévia dos autores das versões originais. O delineamento metodológico envolveu três etapas. Na primeira, a amostra utilizada para avaliação dos instrumentos SPIN e SSPS foi composta por 2314 estudantes universitários da população geral. Na segunda etapa, para a validação dos instrumentos SPIN, SSPS e BSPS, utilizou-se de uma amostra de 178 estudantes universitários identificados como casos (N = 88) e não-casos (N = 90) de TAS, através da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID-IV). Na terceira etapa, 45 estudantes universitários também classificados como casos (N = 24) e não-casos (N = 21) de TAS compuseram a amostra para validação da SSPS-estado no contexto de um modelo experimental de falar em público. O SPIN apresentou boa consistência interna ($\alpha=0,63$ -

0,90), validade concorrente com o Inventário de Ansiedade de *Beck* (BAI) ($r = 0,10-0,63$) e SSPS-traço ($r = 0,22-0,65$), validade discriminativa (sensibilidade = 0,84, especificidade = 0,87) e validade de construto. A análise fatorial indicou a presença de um número variável de fatores em função da amostra estudada. Destaca-se a versão reduzida deste instrumento, o Mini-SPIN, que também apresentou ótimos indicadores psicométricos (sensibilidade = 0,77, especificidade = 0,67). A SSPS-traço mostrou-se bastante adequada quanto à consistência interna ($\alpha = 0,64-0,94$), validade concorrente com o BAI ($r = 0,18-0,53$) e SPIN ($r = 0,22-0,65$) e validade discriminativa entre casos e não-casos de TAS. A análise fatorial evidenciou a presença de dois fatores: auto-avaliação positiva e negativa. A BSPS aplicada com o suporte de um roteiro de perguntas-guia, apresentou excelentes confiabilidade inter-avaliadores (0,86-1,00) e validade discriminativa (sensibilidade = 0,84, especificidade = 0,83); adequadas consistência interna ($\alpha = 0,48-0,88$), validade concorrente com o BAI ($r = 0,21-0,62$), SPIN ($r = 0,24-0,82$) e SSPS-traço ($r = 0,23-0,31$) e validade de construto. A análise fatorial apontou a presença de seis fatores que explicam 71,8% da variância dos dados. A SSPS-estado mostrou-se apropriada para avaliação dos aspectos cognitivos associados ao falar em público no contexto de um modelo experimental de simulação de falar em público, apresentando excelente validade discriminativa entre casos e não-casos de TAS, além de sensibilidade para discriminar os diferentes níveis de ansiedade nas fases do procedimento. Todos os instrumentos mostraram boas qualidades psicométricas, o que recomenda o uso na população de universitários brasileiros, podendo ser aplicados tanto em contextos experimentais como clínicos, favorecendo a detecção mais precisa do TAS, especialmente nos contextos de atenção primária à saúde.

Palavras- Chaves: Ansiedade Social, Escalas, Validade, Fidedignidade, Falar em Público.

ABSTRACT

OSÓRIO, F. de L. **Social Anxiety Disorder: validation of assessment instruments**. 2008. 313f. Thesis (Doctoral) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Social Anxiety Disorder (SAD) is a condition of early onset and of significant prevalence and comorbidity, greatly impairing the functioning of young people in terms of job, family, social life and academic performance. In view of these characteristics, an early identification and precise diagnosis of SAD are necessary, requiring validated instruments. The objective of the present study was to perform a systematic evaluation of SAD by means of a set of instruments tested in a population of young Brazilian adults, college students, from the perspective of self- and hetero-evaluation. For this purpose, transcultural validation was performed of the self-evaluation instruments Social Phobia Inventory (SPIN) and Self Statements During Public Speaking Scale (SSPS – trait and state version) and of the hetero-evaluation instrument Brief Social Phobia Scale (BSPS), after approval by the authors of the original versions. The methodological design involved three stages. In the first, the sample used for evaluation of the SPIN and SSPS instruments consisted of 2314 college students from the general population. In the second stage, a sample of 178 college students identified as cases (N = 88) and non-cases (N = 90) of SAD, confirmed by the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-IV) was used for the evaluation of the SPIN, SSPS and BSPS instruments. In the third stage, 45 college students, also classified as cases (N = 24) and non-cases (N = 21) of SAD, formed the sample for the evaluation of the SSPS-state within the context of an experimental public speaking model. SPIN presented good internal consistency ($\alpha = 0,63-0,90$), validity in agreement with the Beck Anxiety Inventory (BAI) ($r = 0,10-0,63$) and SSPS-trait ($r = 0,22-0,65$), discriminative validity

(sensitivity = 0,84, specificity = 0,87) and construct validity. Factorial analysis indicated the presence of a variable number of factors as a function of the sample studied. The reduced version of this instrument, the Mini-SPIN, is emphasized, also presenting excellent psychometric indicators (sensitivity = 0,77, specificity = 0,67). SSPS-trait proved to be quite adequate regarding internal consistency ($\alpha = 0,64-0,94$), validity in agreement with the BAI ($r = 0,18-0,53$) and SPIN ($r = 0,22-0,65$), and discriminative validity between cases and non-cases of SAD. Factorial analysis demonstrated the presence of two factors, i.e., positive and negative self-evaluation. The BSPS applied with the support of a guiding-question list, presented excellent inter-rater reliability (0,86-1,00) and discriminative validity (sensitivity = 0,84, specificity = 0,83), adequate internal consistency ($\alpha = 0,48-0,88$), validity in agreement with the BAI ($r = 0,21-0,62$), SPIN ($r = 0,24-0,82$) and SSPS-trait ($r = 0,23-0,31$), and construct validity. Factorial analysis indicated the presence of six factors that explained 71,8% of the variance of the data. The SSPS-state proved to be appropriate for the evaluation of cognitive aspects associated with public speaking, presenting excellent discriminative validity between cases and non-cases of SAD, as well as sensitivity in the discrimination of the different levels of anxiety during the phases of the procedure. All instruments showed good psychometric qualities, a fact that recommends their use in the population of Brazilian college students, with the possibility of application both in the clinical and experimental context, favoring a more precise detection of SAD, especially within the context of primary health care.

Key-Words: Social Anxiety, Scales, Validity, Reliability, Public Speaking.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Estudos psicométricos realizados com o SPIN.....	32
Tabela 2	- Estudo 1- Número de sujeitos contatados, excluídos e incluídos em relação à instituição de ensino	51
Tabela 3	- Número de sujeitos selecionados, excluídos e incluídos no estudo do Mini-SPIN	52
Tabela 4	- Estudo 2 - Número de sujeitos contatados, excluídos e incluídos em relação à instituição de ensino e presença/ ausência de TAS	64
Tabela 5	- Estudo 1- Caracterização sociodemográfica da amostra....	80
Tabela 6	- Caracterização sociodemográfica da amostra selecionada para estudo do Mini-SPIN	82
Tabela 7	- Distribuição dos sujeitos em função da classificação no Mini-SPIN	83
Tabela 8	- Distribuição dos itens do SPIN em função da pontuação média, desvio-padrão e porcentagem dos escores- amostra da população geral	85
Tabela 9	- Valores relativos à consistência interna do SPIN- amostra da população geral	86
Tabela 10	- Validade concorrente: correlação dos itens individuais e escore total - SPIN e BAI - amostra da população geral...	88
Tabela 11	- Validade concorrente: correlação das subescalas e escore total - SPIN e BAI - amostra da população geral...	90
Tabela 12	- Análise Fatorial: solução inicial do SPIN - amostra da população geral.....	92
Tabela 13	- Análise Fatorial: matriz fatorial para os itens individuais do SPIN - amostra da população geral.....	93
Tabela 14	- Pontuação média no SPIN e suas subescalas em função do sexo e universidade - amostra da população geral	96
Tabela 15	- Comparação das pontuações no SPIN e suas subescalas em função das variáveis estudadas e da interação entre elas - amostra da população geral	97
Tabela 16	- Distribuição da amostra em função da classificação no Mini-SPIN e no módulo F da SCID-IV	100
Tabela 17	- Validade discriminativa do Mini-SPIN - amostra da população geral.....	102
Tabela 18	- Distribuição dos itens da SSPS em função da pontuação média, desvio-padrão e porcentagem dos escores- amostra da população geral	103
Tabela 19	- Valores relativos à consistência interna da SSPS- amostra da população geral	104

Tabela 20	- Validade concorrente: correlação dos itens individuais e escore total - SSPS e BAI - amostra da população geral...	105
Tabela 21	- Validade concorrente: correlação das subescalas e escore total - SSPS e BAI - amostra da população geral...	106
Tabela 22	- Validade concorrente: correlação dos itens individuais e escore total - SSPS e SPIN – amostra da população geral	107
Tabela 23	- Validade concorrente: correlação das subescalas e escore total - SSPS e SPIN – amostra da população geral	108
Tabela 24	- Análise Fatorial: solução inicial da SSPS - amostra da população geral.....	110
Tabela 25	- Análise Fatorial: matriz fatorial para os itens individuais da SSPS - amostra da população geral.....	111
Tabela 26	- Pontuação média na SSPS e suas subescalas em função do sexo e universidade - amostra da população geral	112
Tabela 27	- Comparação das pontuações na SSPS e suas subescalas em função das variáveis estudadas e da interação entre elas - amostra da população geral	113
Tabela 28	- Estudo 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra ..	114
Tabela 29	- Distribuição dos itens do SPIN em função da pontuação média, desvio-padrão e porcentagem dos escores - amostra de casos e não-casos de TAS.....	117
Tabela 30	- Valores relativos à consistência interna do SPIN - amostra de casos e não-casos de TAS.....	119
Tabela 31	- Validade concorrente: correlação dos itens individuais e escore total - SPIN e BAI - amostra de casos de TAS	121
Tabela 32	- Validade concorrente: correlação dos itens individuais e escore total -SPIN e BAI - amostra de não-casos de TAS ..	123
Tabela 33	- Validade concorrente: correlação das subescalas e escore total - SPIN e BAI - amostra de casos e não-casos de TAS.....	125
Tabela 34	- Valores relativos ao estudo da validade discriminativa do SPIN- amostra de casos e não-casos de TAS.....	128
Tabela 35	- Análise Fatorial: solução inicial do SPIN - amostra de casos de TAS.....	130
Tabela 36	- Análise Fatorial: matriz fatorial para os itens individuais do SPIN - amostra de casos de TAS	131
Tabela 37	- Validade de construto: correlações teóricas entre itens do SPIN e critérios diagnósticos para o TAS descritos pela CID-10 e DSM-IV	133
Tabela 38	- Validade concorrente: correlação do Mini-SPIN e BAI - amostra de casos e não-casos de TAS.....	137
Tabela 39	- Pontuação média no SPIN e suas subescalas em função do sexo, universidade e presença/ ausência de TAS	138

Tabela 40	- Comparação das pontuações no SPIN e suas subescalas em função das variáveis estudadas e da interação entre elas - amostra de casos e não-casos de TAS	140
Tabela 41	- Distribuição dos itens da SSPS em função da pontuação média, desvio-padrão e porcentagem dos escores - amostra de casos e não-casos de TAS	142
Tabela 42	- Valores relativos à consistência interna da SSPS - amostra de casos e não-casos de TAS	143
Tabela 43	- Validade concorrente: correlação dos itens individuais e escore total - SSPS e BAI - amostra de casos de TAS	145
Tabela 44	- Validade concorrente: correlação dos itens individuais e escore total -SSPS e BAI -amostra de não-casos de TAS ..	146
Tabela 45	- Validade concorrente: correlação das subescalas e escore total - SSPS e BAI - amostra de casos e não-casos de TAS	147
Tabela 46	- Validade concorrente: correlação dos itens individuais e escore total - SSPS e SPIN – amostra de casos de TAS	148
Tabela 47	- Validade concorrente: correlação dos itens individuais e escore total - SSPS e SPIN - amostra de não-casos de TAS	149
Tabela 48	- Validade concorrente: correlação das subescalas e escore total - SSPS e SPIN - amostra de casos e não-casos de TAS	150
Tabela 49	- Análise Fatorial: solução inicial da SSPS - amostra de casos de TAS	152
Tabela 50	- Análise Fatorial: matriz fatorial para os itens individuais da SSPS - amostra de casos de TAS	153
Tabela 51	- Pontuação média na SSPS e suas subescalas em função do sexo, universidade e presença/ ausência de TAS	154
Tabela 52	- Comparação das pontuações na SSPS e suas subescalas em função das variáveis estudadas e da interação entre elas - amostra de casos e não-casos de TAS	155
Tabela 53	- Distribuição dos itens da BSPS em função da pontuação média, desvio-padrão e porcentagem dos escores - amostra de casos e não-casos de TAS.....	157
Tabela 54	- Valores relativos à consistência interna da BSPS - amostra de casos e não-casos de TAS	159
Tabela 55	- Validade concorrente: correlação dos itens individuais e escore total - BSPS e BAI - amostra de casos de TAS.....	161
Tabela 56	- Validade concorrente: correlação dos itens individuais e escore total -BSPS e BAI - amostra de não-casos de TAS	163
Tabela 57	- Validade concorrente: correlação das subescalas e escore total - BSPS e BAI - amostra de casos e não-casos de TAS	165
Tabela 58	- Validade concorrente: correlação dos itens individuais e escore total - BSPS e SPIN – amostra de casos de TAS....	167

Tabela 59	- Validade concorrente: correlação dos itens individuais e escore total -BSPS e SPIN - amostra de não-casos de TAS	169
Tabela 60	- Validade concorrente: correlação das subescalas e escore total - BSPS e SPIN - amostra de casos e não-casos de TAS	171
Tabela 61	- Validade concorrente: correlação dos itens individuais e escore total - BSPS e SSPS – amostra de casos de TAS....	172
Tabela 62	- Validade concorrente: correlação dos itens individuais e escore total -BSPS e SSPS - amostra de não-casos de TAS	174
Tabela 63	- Validade concorrente: correlação das subescalas e escore total - BSPS e SSPS - amostra de casos e não-casos de TAS	175
Tabela 64	- Valores relativos ao estudo da validade discriminativa da BSPS- amostra de casos e não-casos de TAS	177
Tabela 65	- Análise Fatorial: solução inicial da BSPS - amostra de casos de TAS	179
Tabela 66	- Análise Fatorial: matriz fatorial para os itens individuais da BSPS - amostra de casos de TAS	180
Tabela 67	- Validade de construto: correlações teóricas entre itens da BSPS e critérios diagnósticos para o TAS descritos pela CID-10 e DSM-IV	182
Tabela 68	- Pontuação média na BSPS e suas subescalas em função do sexo, universidade e presença/ ausência de TAS	184
Tabela 69	- Comparação das pontuações na BSPS e suas subescalas em função das variáveis estudadas e da interação entre elas - amostra de casos e não-casos de TAS	185
Tabela 70	- Valores relativos ao estudo da confiabilidade inter-avaliadores da BSPS - amostra de casos e não-casos de TAS	187
Tabela 71	- Caracterização sociodemográfica - Estudo 3.....	189
Tabela 72	- Valores relativos à consistência interna da SSPS-E - amostra de casos e não-casos de TAS	190
Tabela 73	- Validade concorrente: correlação das subescalas e escore total- SSPS-E e VAMS - amostra de casos de TAS	192
Tabela 74	- Pontuação média e desvio-padrão na SSPS-E ao longo das fases do Teste de Simulação de Falar em Público - amostra de casos e não-casos de TAS	196

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	- Principais escalas para avaliação do TAS	28
Quadro 2	- Estudo 3 - Procedimento de coleta de dados.....	76

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Organograma das etapas metodológicas utilizadas na adaptação transcultural do SPIN e SSPS	57
Figura 2	- Área sob a curva ROC do escore total do Mini-SPIN- amostra da população geral	101
Figura 3	- Área sob a curva ROC do escore total do SPIN- amostra de casos e não-casos de TAS	127
Figura 4	- Área sob a curva ROC do escore total da BPS - amostra de casos e não-casos de TAS	176
Figura 5	- Distribuição média de pontuação dos sujeitos na escala total da SSPS-E ao longo das diferentes fases do Teste de Simulação de Falar em Público	198
Figura 6	- Distribuição média de pontuação dos sujeitos na subescala positiva da SSPS-E ao longo das diferentes fases do Teste de Simulação de Falar em Público	199
Figura 7	- Distribuição média de pontuação dos sujeitos na subescala negativa da SSPS-E ao longo das diferentes fases do Teste de Simulação de Falar em Público	200

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A	- Inventário de Fobia Social (SPIN) - versão para português	262
Apêndice B	- Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) - versão para o português	263
Apêndice C	- Protocolo de Entrevista Telefônica I	264
Apêndice D	- Questionário de Identificação	265
Apêndice E	- Protocolo de Coleta de Dados	266
Apêndice F	- Protocolo Pós-Coleta de Dados	267
Apêndice G	- Protocolo de Aplicação Coletiva dos Instrumentos	268
Apêndice H	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Estudo 1	269
Apêndice I	- Escala Breve de Fobia Social (BSPS) - versão para o português	271
Apêndice J	- Roteiro de Perguntas-Guia para aplicação da BSPS	272
Apêndice L	- Protocolo de Entrevista Telefônica II	276
Apêndice M	- Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público - versão estado (SSPS-E)	277
Apêndice N	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Estudo 3 (parte 1)	278
Apêndice O	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Estudo 3 (parte 2)	280
Apêndice P	- Cartilha Informativa sobre o TAS	282
Apêndice Q	- Artigo BSPS	289
Apêndice R	- Artigo Mini-SPIN	295

LISTA DE ANEXOS

Anexo A	- Social Phobia Inventory (SPIN) - versão original.....	300
Anexo B	- Self Statements During Public Speaking Scale (SSPS) - versão original	301
Anexo C	- Brief Social Phobia Scale (BSPS) - versão original.....	302
Anexo D	- Inventário de Ansiedade de <i>Beck</i> (BAI)	303
Anexo E	- Escala Analógica de Humor (VAMS).....	304
Anexo F	- Escala de Sintomas Somáticos (ESS)	305
Anexo G	- Autorização dos autores para uso do SPIN e BSPS	306
Anexo H	- Autorização dos autores para uso da SSPS	307
Anexo I	- Carta de Aprovação do estudo pelo Comitê de Ética Médica	308
Anexo J	- Autorização da Comissão Coordenadora do Curso de Química (licenciatura) da FFCLRP-USP para realização da coleta de dados na instituição	309
Anexo L	- Autorização da Comissão Coordenadora do Curso de Química (bacharelado) da FFCLRP-USP para realização da coleta de dados na instituição	310
Anexo M	- Autorização da Comissão Coordenadora do Curso de Psicologia da FFCLRP-USP para realização da coleta de dados na instituição	311
Anexo N	- Autorização da Comissão Coordenadora dos Cursos de Física Médica e Matemática Aplicada a Negócios da FFCLRP-USP para realização da coleta de dados na instituição.....	312
Anexo O	- Autorização da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós- Graduação da UNIFRAN para realização da coleta de dados na instituição	313

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	21
TAS: histórico e diagnóstico.....	21
TAS: prevalência e comorbidades.....	23
TAS: Escalas para avaliação	27
TAS e o medo de falar em público.....	40
TAS e a avaliação de adultos jovens.....	46
OBJETIVO.....	47
MÉTODO.....	49
Caracterização da população estudada	49
Estudo 1 – Sujeitos	50
Materiais e Métodos.....	53
Procedimento- Tradução e adaptação do SPIN e SSPS	55
Treinamento de avaliadores	57
Coleta de dados	58
Codificação e tratamento dos dados.....	61
Estudo 2 – Sujeitos	63
Materiais e Métodos.....	64
Procedimento- Tradução e adaptação da BSPS.....	65
Roteiro de perguntas-guia.....	66
Treinamento de avaliadores	68
Coleta de dados	68
Codificação e tratamento dos dados.....	69
Estudo 3 – Sujeitos	71
Materiais e Métodos.....	72
Procedimento – Modificação das instruções SSPS-E.....	73
Coleta de dados	74
Codificação e tratamento dos dados.....	76
Aspectos Éticos	78

RESULTADOS	79
Estudo 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra	79
Testagem de materiais e instrumentos	83
Indicadores de validade do SPIN e SSPS	84
- SPIN	84
- Mini-SPIN	98
- SSPS	102
Estudo 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra	114
Testagem de materiais e instrumentos	115
Indicadores de validade do SPIN, SSPS e BPS	116
- SPIN	116
- Mini-SPIN	135
- SSPS	141
- BPS	156
Estudo 3 - Caracterização sociodemográfica da amostra	188
Indicadores de validade da SSPS-E.....	189
DISCUSSÃO	202
Procedimentos de Validação	202
Os instrumentos validados: - SPIN	203
- Mini-SPIN	217
- SSPS	222
- BPS	228
- SSPS-E	235
Limites e contribuições do estudo	240
CONCLUSÕES.....	243
REFERÊNCIAS	245
APÊNDICES	262
ANEXOS	300

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Transtorno de Ansiedade Social: histórico e diagnóstico

Relatos a respeito de timidez e ansiedade social são bastante antigos, podendo ser encontrados desde a época de Hipócrates, 400 A.C.. Do ponto de vista histórico, o termo fobia teve origem no mundo grego, onde acreditava-se que o antigo Deus *Phobos* invocava medo e terror aos inimigos da Grécia (FURMARK, 2000a). Na atualidade, um grande número de medos têm sido especificados e nomeados adicionando-se o termo fobia a outros prefixos do latim ou grego, como por exemplo, xenofobia (medo de estranhos) e antropofobia (medo de pessoas).

A primeira referência explícita à fobia social foi feita por Janet, no início de 1900, e o termo neurose social foi usado por Schelder, em 1930, para descrever pacientes extremamente tímidos. Na segunda metade do século XX, estimulado pelo pioneirismo dos trabalhos de dessensibilização sistemática de Joseph Wolpe, o interesse pelas fobias e pelo seu tratamento por meio da terapia comportamental foi aumentando. Foi neste contexto que o psiquiatra inglês Isaac Marks propôs, em 1960, que a fobia social deveria ser considerada como uma categoria distinta dos demais transtornos de ansiedade (FURMARK, 2000).

Gradualmente estas idéias foram sendo reconhecidas pela Associação Americana de Psiquiatria e, em 1980, a fobia social foi oficialmente incluída como um diagnóstico psiquiátrico na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 1980). Foi

descrita como um medo circunscrito à situações sociais relacionadas a algum desempenho como falar, comer, beber, escrever em público, caracterizando-se pela presença de ansiedade diante destas situações específicas. Quando da presença de um maior número de sintomas ou vivências de ansiedade frente a outras situações sociais, como conversas informais ou interações, diagnosticava-se um transtorno de personalidade de evitação ou de esquiva, e excluía-se o diagnóstico de fobia social.

A partir de meados da década de 80, com a observação de que tais pacientes respondiam ao tratamento com antidepressivos inibidores da monoaminoxidase (IMAO), foi sugerido que eles deveriam ser considerados como portadores de fobia social generalizada, ou seja, apresentavam um transtorno de ansiedade e não um transtorno de personalidade. Apesar disso, nesta época, a fobia social era ainda um transtorno de ansiedade negligenciado (LIEBOWITZ et al., 1985) e pouco se sabia sobre sua prevalência e características clínicas.

Quando da formulação da terceira edição revisada do DSM em 1987 (APA, 1987), foi incluído o subtipo de fobia social generalizada, diferenciando-a do subtipo de desempenho pela maior quantidade de sintomas apresentados (BARLOW; LIEBOWITZ, 1995; KESSLER; STEIN; BERGLUND, 1998; MOUTIER; STEIN, 1999; FURMARK et al., 2000; RAJ; SHEEHAN, 2001).

Na classificação atual do DSM-IV (APA, 1994), a fobia social ou Transtorno de Ansiedade Social (TAS) é considerado como um dos transtornos de ansiedade, sendo caracterizado pelo medo persistente de uma ou mais situações nas quais a pessoa é exposta à possível avaliação por parte dos outros e teme que possa fazer algo ou comportar-se de maneira humilhante ou embaraçosa. Dentre os medos, incluem-se parecer ridículo, dizer tolices, ser observado pelas outras pessoas, interagir com estranhos ou pessoas do sexo

oposto, ser o centro das atenções, comer, beber ou escrever em público, falar ao telefone e usar banheiros públicos. O portador do transtorno procura evitar tais situações, caracterizando esquiva fóbica e, quando estas situações são inevitáveis, vivencia grande ansiedade, muitas vezes acompanhada de sintomas autonômicos como taquicardia, tremor, sudorese, tontura, boca seca, rubor, dispnéia, parestesias e diurese aumentada. Tais manifestações interferem significativamente no funcionamento ocupacional e social e nas inter-relações do indivíduo, causando importante sofrimento psíquico.

Clinicamente, o TAS pode ser diferenciado em generalizado – medo de várias situações e interações, e específico ou circunscrito – medo de eventos ou situações específicas como por exemplo, falar em público (BALLENGER et al., 1998; BARROS NETO, 2000; FALCONE, 2000; RAJ; SHEEHAN, 2001; APA, 1994).

Transtorno de Ansiedade Social: prevalência e comorbidades

Geralmente o TAS inicia-se no começo da adolescência, com prevalência média ao longo da vida variando de 5 a 13,3% (KESSLER; STEIN; BERGLUND, 1998; SAREEN; STEIN, 2000; MATHEW; COPLAN; GORMAN, 2001; RAJ; SHEEHAN, 2001; WITTCHEN; FEHM, 2003; CARTA et al., 2004; LÉPINE et al., 2005; MOHAMMADI et al., 2006; RENNEBERG; STRÖHLE, 2006). A idade média de início situa-se, geralmente, entre os 11 e 15 anos, evoluindo com cronicidade e prejuízos que afetam todas as áreas da vida. Segundo estudo desenvolvido por Schneier et al. (1992) para a *Epidemiological Catchment Area* (ECA), os pacientes com TAS geralmente são do sexo feminino, jovens,

com tendência a serem solteiros, com menor nível educacional e de desempenho/ realização na carreira profissional e, sobretudo, com menor satisfação e realização social.

Embora não seja considerado um transtorno incapacitante, o TAS reconhecidamente acarreta prejuízos graves em diferentes áreas da vida como trabalho, atividades acadêmicas, relacionamento familiar, amoroso e vida social e econômica (BARROS NETO, 2000; DEN BOER, 2000; FURMARK, 2000; FIGUEIRA et al., 2001; HIDALGO et al., 2001; KATZELNICK et al., 2001; POLLACK, 2001; LÉPINE, 2002; PATEL et al., 2002; WITTCHEN; FEHM, 2003; STEIN et al., 2005). Aproximadamente 20% dos indivíduos com este diagnóstico apresentam várias incapacidades em seus funcionamentos social, profissional e pessoal (RAJ; SHEEHAN, 2001).

Os indivíduos com TAS também, freqüentemente, sofrem de outras condições comórbidas. Segundo Schneier et al. (1992), 69% dos portadores de TAS apresentam comorbidade, sendo estas geralmente secundárias, do ponto de vista cronológico. As condições mais freqüentes são depressão, abuso de substâncias (álcool e drogas), distímia, ideação suicida e outros transtornos de ansiedade (BRUNELLO et al., 2000; FURMARK, 2000; LIPSITZ; SCHNEIER, 2000; RAJ; SHEEHAN, 2001; GOODWIN et al., 2002; LÉPINE, 2002; WITTCHEN; FEHM, 2003; CARTA et al., 2004; SAREEN et al., 2005; PÉLISSOLO et al., 2006; MOHAMMADI et al., 2006).

O estudo epidemiológico desenvolvido por Schneier et al. (1992), verificou que os pacientes com TAS apresentam diversas comorbidades, sendo 59% com fobia específica, 45% com agorafobia, 19% com abuso de álcool, 17% com depressão maior, 15% com tentativa de suicídio, 13% com abuso de drogas, 12,5% com distímia, 11% com transtorno obsessivo compulsivo, 5% com transtorno afetivo bipolar, 5% com transtorno do pânico e 2% com transtorno de somatização.

No Brasil, um estudo epidemiológico realizado por Baptista (2007) apontou uma prevalência média do TAS de 11,6% entre estudantes universitários. Quanto à taxa de comorbidade, estudos realizados pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com pacientes adultos portadores do TAS, evidenciaram que a depressão é o diagnóstico comórbido mais freqüente (28,9%), seguido do transtorno do pânico (18,5%) (MARQUES et al., 1995a). Outros estudos encontraram também a ocorrência de outras comorbidades, como o transtorno obsessivo compulsivo (10,4%) (MARQUES et al., 1995b), tentativas de suicídio (15%) (VENTURA et al., 1992) e alcoolismo (FIGUEIRA et al., 1993).

Segundo Raj e Sheehan (2001), além dos indivíduos com TAS geralmente demorarem a procurar tratamento, quando buscam ajuda, isto ocorre muito mais pelas comorbidades do que pelo TAS em si. Diferentemente dos portadores de outros transtornos de ansiedade, como por exemplo o pânico, que procuram ajuda nos serviços de saúde, os indivíduos com TAS geralmente se escondem por subestimarem suas condições, ou por medo de serem criticados ou avaliados negativamente (FIGUEIRA et al., 1994; BRUNELLO et al., 2000; DEN BOER, 2000; DINGEMANS et al., 2001; TERRA et al., 2006). Conforme Sareen e Stein (2000), estes indivíduos tendem também a se auto medicarem, geralmente com benzodiazepínicos e álcool, com riscos de desenvolverem abuso destas substâncias.

Apesar do TAS ser o mais comum dos transtornos de ansiedade e o terceiro transtorno psiquiátrico mais prevalente, ficando apenas atrás dos diagnósticos de depressão maior e alcoolismo (MOUTIER; STEIN, 1999; NARDI, 1999; BRUNELLO et al., 2000), esta é ainda uma condição sub-reconhecida (POLLACK, 2001; MARTÍN-SANTOS;

CRIPPA, 2003) com apenas 3% dos pacientes adultos sendo diagnosticados (DAVIDSON et al., 1993).

Considerando, por um lado, o elevado comprometimento funcional e o prejuízo evidenciado na qualidade de vida dos indivíduos com TAS e, por outro, a boa resposta ao tratamento com psicofármacos e terapias cognitivas (NARDI, 1999; SAREEN; STEIN, 2000; RAJ; SHEEHAN, 2001; VAN AMERINGEN et al., 2003; RENNEBERG; STRÖHLE, 2006), é de extrema importância que este transtorno seja identificado precoce e corretamente, minimizando sofrimentos e prevenindo o desenvolvimento de comorbidades e de um pior prognóstico (MOUTIER; STEIN, 1999; WITTCHEN; FEHM, 2001).

Evidencia-se, assim, a necessidade de um diagnóstico preciso do TAS, o que requer instrumentos validados. Considera-se que as escalas de avaliação podem ser de grande valia para o diagnóstico sistemático em Psiquiatria, mostrando-se um precioso recurso na caracterização do quadro clínico, do prognóstico, da previsão de resposta ao tratamento e da mensuração da gravidade do transtorno, tanto no contexto clínico, como de pesquisa (ITO; RAMOS, 2000; VILELA, 2000). Sua utilização permite a caracterização e quantificação dos estados subjetivos, assegurando uniformidade na avaliação do perfil e de níveis de sintomatologia; permite também a utilização de uma linguagem comum e padronizada para uma ampla variedade de observadores e situações, além de possibilitar a tradução dos fenômenos clínicos em informação quantitativa objetiva, a qual pode ser comparada e submetida a tratamento estatístico (VILELA, 2000).

TAS: Escalas para avaliação

As escalas que visam avaliar a fobia social começaram a ser desenvolvidas, em sua maioria, logo após a introdução deste diagnóstico no DSM-III. (NEWNAN et al., 2003).

Tharwani e Davidson (2001) e Osório, Crippa e Loureiro (2005) realizaram revisões sistemáticas sobre as escalas disponíveis na literatura para a avaliação do TAS, incluindo as escalas auto-aplicáveis, as de hetero-avaliação, as escalas para avaliação do TAS não generalizado, as escalas para avaliação do prejuízo funcional associado ao TAS e as escalas para avaliação de aspectos específicos do TAS. No Quadro 1, são apresentados esses instrumentos e, em seguida, destacadas as suas peculiaridades.

Escalas de auto-avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Fears of Negative Evaluation – FNE (WATSON; FRIEND, 1969) • Social Avoidance and Distress Scale - SADS (WATSON; FRIEND, 1969) • Fear Questionnaire – FQ (MARKS; MATHEWS, 1979) • Social Interaction and Self-Statement – SISST (GLASS; MERLUZZI; BIEVER, 1982) • Social Phobia Scale – SPS (HEIMBERG et al., 1992) • Social Interaction Anxiety Scale – SIAS (HEIMBERG et al., 1992) • Social Phobia and Anxiety Inventory- SPAI (TURNER; BEIDEL; DANCU, 1995) • Situacional Social Avoidance Scale - SSAS (ISHIYAMA, 1999) • Social Phobia Inventory – SPIN (CONNOR et al., 2000) • Social Phobia Inventory – versão reduzida – Mini-SPIN (CONNOR et al., 2001) • Social Anxiety Spectrum – SCI- SHY (DEL’OSSO et al., 2002) • Social Phobia Diagnostic Questionnaire – SPDQ (NEWMAN et al., 2003) • Social Interaction and Performance Anxiety and Avoidance Scale – SIPPAS (PINTO-GOUVEIA; CUNHA; SALVADOR, 2003)
Escalas de hetero-avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Liebowitz Social Anxiety Scale – LSAS (LIEBOWITZ, 1987) • Brief Social Phobia Scale – BSPS (DAVIDSON et al., 1991)
Escalas para avaliação do TAS-não generalizado	<ul style="list-style-type: none"> • Personal Report of Confidence as a Speaker Questionnaire – PRCS (PAUL, 1966) • Personal Report of Communication Apprehension – PRCA (MCCROSKEY, 1997) • Self Statements During Public Speaking Scale–SSPS (HOFMANN; DIBARTOLO, 2000)
Escalas para avaliação do prejuízo funcional associado ao TAS	<ul style="list-style-type: none"> • Liebowitz Self- Rated Disability Scales- LSRDS (LIEBOWITZ, 1987) • The Disability Profile- DP (SCHNEIER et al., 1994)
Escalas para avaliação de aspectos específicos do TAS	<ul style="list-style-type: none"> • Social Phobia Safety Behaviours Scale -SPSAS (PINTO-GOUVEIA; CUNHA; SALVADOR, 2003) • Social Thoughts and Beliefs Scale – STABS (TURNER et al., 2003)

Quadro 1 - Principais escalas para avaliação do TAS (modificado de THARWANI; DAVIDSON, 2001; OSÓRIO; CRIPPA; LOUREIRO, 2005)

Em relação às escalas de auto-avaliação, Tharwani e Davidson (2001) e Osório Crippa e Loureiro (2005) salientaram que as escalas têm objetivos semelhantes, ou seja, avaliam o medo e a evitação das situações sociais e de desempenho relacionados ao TAS, diferindo quanto à extensão e em função de peculiaridades quanto ao foco de avaliação. Quanto às qualidades psicométricas das referidas escalas, os autores dos estudos citados destacam a adequação das mesmas, sem exceções, sendo as escalas mais estudadas: FQ, FNE, SADS, SPAI, SPIN, SPS e SIAS.

Quanto às escalas de hetero-avaliação (LSAS, BSPS), os instrumentos, em geral, demonstraram boas qualidades psicométricas. A LSAS objetiva rastrear os medos e evitações associados ao TAS. Trata-se da escala que concentra o maior número de estudos, incluindo aqueles com maior nível de refinamento, tendo sido traduzida para quatro outros idiomas (francês, hebraico, turco, espanhol), além do original. A BSPS, apesar de menos estudada, destaca-se em relação à LSAS, pois além de rastrear os medos e evitações próprios dos quadros de TAS, quantifica também os sintomas fisiológicos, que são um domínio característico do transtorno. Esses dois instrumentos também têm sido muito utilizados na avaliação da gravidade do TAS e de sua resposta a tratamentos (BARNETT et al., 2002; ZHANG; CONNOR; DAVIDSON, 2005; LIEBOWITZ et al., 2005).

As escalas específicas para avaliação do medo de falar em público (PRCS, PRCA, SSPS) objetivam avaliar o grau de confiança e de apreensão diante da fala, bem como as auto-avaliações. Os três instrumentos apresentaram bons níveis psicométricos, porém, foram pouco estudados, além do estudo original.

Da mesma forma, as escalas para avaliação dos prejuízos funcionais associados ao TAS (LSRDS, DP) foram pouco estudadas, e incluem em seu domínio aspectos relativos ao desempenho acadêmico, trabalho, família, amizades, *hobbies* entre outros.

As duas escalas que avaliam aspectos específicos do TAS (SPSAS, STABS) abordam as alterações cognitivas e os comportamentos de segurança relacionados ao TAS. Nos estudos originais, mostraram adequadas qualidades psicométricas, necessitando de novos estudos que possam reafirmar os achados em diferentes contextos e amostras.

Visando uma análise mais aprofundada das características destes instrumentos, destacar-se-á o SPIN, BSPS e SSPS, os quais serão objetos de estudo na presente pesquisa.

O **SPIN**, de autoria de Connor et al. (2000), é um instrumento auto-aplicável, desenvolvido com base na BSPS, objetivando sanar a necessidade de um instrumento breve e de fácil aplicação que pudesse também abordar os sintomas fisiológicos, de medo e evitação relacionados ao TAS. É composto por 17 itens avaliados numa escala de cinco pontos (0-4), sendo o escore total máximo 68.

Quanto às suas qualidades psicométricas, estas foram avaliadas no estudo original para amostras de indivíduos com TAS e para sujeitos saudáveis. Em relação ao escore total e subescalas, mostrou confiabilidade teste-reteste adequada para os casos (0,78 a 0,89; $p < 0,0001$), consistência interna (alfa de *Cronbach*) variando de 0,68 a 0,94 para os casos e de 0,57 a 0,90 para os não-casos de TAS. Quanto à validade convergente, para os casos, demonstrou significativa correlação com a BSPS ($r = 0,47$ a $0,82$; $p < 0,0001$), com a LSAS ($r = 0,55$; $p < 0,0001$) e com o FQ ($r = 0,42$ a $0,78$; $p < 0,0001$). Denotou validade divergente para com a *Medical Outcomes Study Short Form – SF36*, uma vez que não se correlacionou de forma significativa com este instrumento que avalia aspectos gerais da saúde e da qualidade de vida, e também com a *Sheehan Disability Scale -SDS*, um instrumento que avalia o nível de prejuízo no funcionamento global, guardando pequenas correlações com a mesma ($r = 0,33$; $p < 0,03$). A validade de critério, tendo-se como “padrão-ouro” a entrevista clínica, evidenciou áreas sob a curva ROC com valores variando

de 0,83 a 0,86, estimando sensibilidade de 0,72 e especificidade de 0,84 para a nota de corte 19.

A análise fatorial do instrumento, para a amostra de casos, apontou cinco fatores com autovalores variando de 5,51 a 1,06. São eles: Fator 1- falar com estranhos e situações sociais (itens 3, 4, 8, 10); Fator 2- crítica e embaraçamento (itens 5, 6, 12, 15); Fator 3- alterações fisiológicas (itens 2, 7, 13, 16); Fator 4- pessoas de autoridade (itens 1, 16); Fator 5- evitar ser o centro de atenções e falar em público (itens 9, 11, 14). O SPIN e suas subescalas também demonstraram sensibilidade para identificar efeitos de tratamentos farmacológicos e psicoterápicos, mostrando-se, no geral, um excelente instrumento para quantificar os sintomas relativos ao TAS e os efeitos terapêuticos de diversas abordagens de tratamento.

Outros estudos foram realizados posteriormente com o SPIN, visando verificar as suas qualidades psicométricas em diferentes contextos. Uma breve descrição dos objetivos, das amostras, dos aspectos estudados, bem como de alguns resultados desses estudos são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Estudos psicométricos realizados com o SPIN em diferentes contextos e amostras:
principais resultados

Aspecto avaliado	E S T U D O				
	Vilete (2002)	Johnson et al. (2006)	Antony et al. (2006)	Radomsky et al. (2006)	Ranta et al. (2007)
Objetivo	Investigar propriedades psicométricas- versão brasileira	Investigar propriedades psicométricas- versão original	Investigar propriedades psicométricas- versão original	Investigar propriedades psicométricas- versão original e francesa	Investigar propriedades psicométricas versão finlandesa
Amostra estudada	Adolescentes saudáveis- Brasil	Adolescentes saudáveis- Estados Unidos	Adultos com diferentes transtornos de ansiedade – Canadá	População geral de universitários - Canadá	Adolescentes saudáveis – Finlândia
Consistência interna	$\alpha = 0,88$	$\alpha = 0,69 - 0,92$	$\alpha = 0,79 - 0,92$	$\alpha = 0,76 - 0,93$	----
Fidedignidade	T/R = 0,32–0,65*	----	T/R=0,78-0,84**	T/R=0,71-0,86**	----
Validade Concorrente	----	SAS-A= 0,57-0,82 ** SPAI-C= 0,71 - 0,91**	SPS=0,61-0,71** SIAS = 0,23-0,68**	FSS-III = 0,56 - 0,76**	----
Validade Divergente	----	CDI = 0,45 - 0,58*	DASS = (NS) ASI = (NS)	BDI = 0,43 - 0,51**	----
Validade Discriminativa	Nota corte 19/20 S = 0,75 E = 0,57	TAS> escore controle AUC = 0,81* Nota corte 21: S = 68,3% E = 81,4%	TAS > escore TOC/ agorafobia Escore pós-tratamento < pré-tratamento	----	TAS> escore não-TAS AUC = 0,92-0,82 Nota corte 19: S = 0,95 E = 0,70 VPP = 0,40 Nota corte 24 S = 0,81 E = 0,85 VPP = 0,26 VPN = 0,98

α = alfa de Cronbach; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; (NS) = correlação não significativa; > = maior; < = menor; S = sensibilidade; E = especificidade; VPP = valor preditivo positivo; VPN = valor preditivo negativo; AUC = área sob a curva ROC; T/R = teste-reteste; SAS-S = Social Anxiety Scale for Adolescents; SPAI-C = Social Phobia and Anxiety Inventory for Children; CDI = Childrens Depression Inventory; SPS = Social Phobia Scale; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale; DASS = Depression Anxiety Stress Scales; ASI = Anxiety Sensitivity Index; FSS-III = Fear Survey Schedule-III; BDI = Beck Depression Inventory; TAS = Transtorno de Ansiedade Social; TOC = Transtorno Obsessivo Compulsivo.

Os diferentes estudos foram realizados com três versões do instrumento além da original (brasileira, finlandesa e francesa), com amostras da população clínica e não-clínica de adultos e da população não-clínica de adolescentes, sendo os valores encontrados para todas as qualidades psicométricas estudadas bastante próximos e em concordância ao estudo original de Connor et al. (2000), reforçando a excelente adequação do SPIN para a avaliação do TAS, mesmo em diferentes línguas, países e culturas.

Ainda com relação ao SPIN, destaca-se um aspecto interessante da escala, proposto pelos autores do estudo original, que é a possibilidade do mesmo ser utilizado em uma versão reduzida, denominada Mini-SPIN. O Mini-SPIN é composto por três itens do SPIN (itens 6, 9, 15) que, em estudo empírico, mostraram-se indicativos do TAS. Para o desenvolvimento deste instrumento, com base na análise das pontuações, os autores identificaram os itens que melhor discriminaram os sujeitos com TAS dos controles. Dos 17 itens da escala, foram selecionados um sub-grupo de três itens que alcançaram a maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de TAS. Este instrumento reduzido foi testado em uma amostra de 7165 pacientes de cuidados primários, mostrando para a nota de corte 6, sensibilidade de 88,7%, especificidade de 90%, valor preditivo positivo de 52,6%, valor preditivo negativo de 98,5% e eficiência de diagnóstico de 89,9% (CONNOR et al., 2001).

Um estudo da validade discriminativa do Mini-SPIN também foi realizado por Wilson (2005) na Austrália, aplicando o instrumento em 666 sujeitos universitários. Encontrou resultados bastante discrepantes em relação ao estudo de Connor et al. (2001), onde as notas de corte 6 e 7, superestimaram a prevalência do TAS (30 e 18%, respectivamente), uma vez que as estimativas prévias apontaram a prevalência do transtorno em torno de 2,7% no contexto australiano. Ao analisar tal estudo, observa-se que

tal achado pode ter sido decorrente de uma falha metodológica do delineamento, pois o mesmo não utilizou nenhum instrumento diagnóstico como parâmetro de comparação, o que pode explicar tal divergência.

Weeks, Spokas e Heimberg (2007) analisaram também as propriedades psicométricas do Mini-SPIN, utilizando-se de uma amostra inicial de 291 sujeitos adultos que procuraram tratamento em clínica especializada de ansiedade. Destes sujeitos, 97 preencheram os critérios diagnósticos para o TAS por meio da *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: lifetime version* (ADIS-IV-L). Para esta subamostra, o Mini-SPIN demonstrou adequadas consistência interna ($\alpha = 0,85$) e validade concorrente com a LSAS ($r = 0,46$; $p = 0,05$), SIAS ($r = 0,57$; $p = 0,05$), SPS ($r = 0,34$; $p = 0,05$) e *Brief Fear of Negative Evaluation Scale* (BFNE) ($r = 0,44$, $p = 0,05$). A validade divergente foi avaliada em relação aos seguintes instrumentos: *Generalized Anxiety Disorder Questionnaire for DSM-IV* (GAD-Q-IV), *Anxiety Sensitivity Index – revised* (ASI-R), *Beck Depression Inventory* (BDI) e *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ), cujas correlações variaram de 0,05 a 0,19 ($p > 0,02$), atestando a adequação desta qualidade psicométrica do Mini-SPIN. Ainda foram avaliadas a sensibilidade e especificidade do instrumento, ou seja, sua validade discriminativa, concluindo-se que para nenhuma das notas de corte entre 4 e 9, os valores de especificidade foram extremamente adequados, variando entre 0,45 e 0,77, sendo a nota de corte 6, aquela que melhor equilibra a sensibilidade (0,93), especificidade (0,63) e eficiência diagnóstica (0,88), e portanto, a recomendada para uso nesta amostra estudada.

O segundo instrumento a ser pesquisado e que será destacado é a **BSPS**. Trata-se de um instrumento hetero-aplicável, proposto por Davidson et al. (1991), com o objetivo de rastrear e quantificar os diferentes sintomas característicos do TAS. É composto por 18 itens divididos em três subescalas (medo, evitação e sintomas fisiológicos), que são

pontuados numa escala *likert* de cinco pontos, que somados produzem um escore total de 0 a 72 pontos.

O estudo de suas qualidades psicométricas foi realizado em 1997 por Davidson et al., com amostra de casos de TAS, e apontou a adequação das mesmas. A consistência interna avaliada pelo alfa de *Cronbach* variou para a escala total e subescalas de 0,60 a 0,91 e a confiabilidade teste-reteste, com intervalo de uma semana, evidenciou valor de 0,91 ($p = 0,0001$). A validade concorrente foi estudada em relação à LSAS, FNE e *Hamilton Anxiety Scale* (HAM-A). Quanto às correlações com a LSAS, uma escala de hetero-avaliação do TAS, os valores encontrados foram expressivos ($r = 0,70$ a $0,72$; $p < 0,0001$), o mesmo ocorrendo com a FNE ($r = 0,43$ a $0,51$; $p < 0,0001$). Já com a HAM-A, uma escala geral de ansiedade, as correlações foram menos expressivas, variando de $0,20$ a $0,34$ ($p < 0,0001$).

A BSPS mostrou-se capaz de discriminar os efeitos associados a tratamentos farmacológicos do TAS ($p < 0,0001$), evidenciando sua validade preditiva. A análise fatorial apontou a presença de seis fatores, com autovalores entre 5,00 e 1,07, sendo eles: Fator 1- medos e evitações gerais (itens 2M, 4M, 5M, 2E, 3E, 4E, 5E); Fator 2- sintomas fisiológicos (itens 1SF, 2SF, 3SF, 4SF); Fator 3- medo e evitação de fazer algo sendo observado (itens 7M, 7E); Fator 4- medo e evitação de falar em público (1M, 1E); Fator 5- medo e evitação de eventos sociais (itens 6M, 6E); e Fator 6- medo de falar com estranhos (item 3M).

Trata-se de um instrumento que vem sendo bastante utilizado em estudos farmacológicos relativos ao TAS (STEIN et al., 1999; ALLGULANDER, 1999; WALKER et al., 2000; EMMANUEL et al., 2000; VAN AMERIGEN et al., 2001; BARNETT et al., 2002; DAVIDSON et al., 2004; ZHANG et al., 2005; CONNOR et al., 2006) porém até o

momento, não se identificou na literatura indexada outros estudos psicométricos que envolvessem a BSPS, tanto no contexto americano, como em diferentes culturas ou faixas etárias.

O terceiro instrumento pesquisado e que será destacado a seguir é a **SSPS**. Trata-se de um instrumento desenvolvido por Hofmann e DiBartolo (2000), com base no SISST, visando a auto-avaliação frente à situação de falar em público, um dos medos mais prevalentes tanto na população geral, como nos indivíduos com TAS. Tem como fundamento as teorias cognitivas, que pressupõem que a ansiedade social é resultado de uma percepção negativa de si e dos outros em relação à si. O instrumento é auto-aplicável, composto por duas subescalas: a de auto-avaliação positiva e a de auto-avaliação negativa, cada qual com cinco itens pontuados em uma escala *likert* de 0 a 5, com escore total máximo de 50 pontos. Suas qualidades psicométricas foram estudadas em uma amostra da população geral de universitárias e não universitárias saudáveis e em casos de TAS. Para os não-casos de TAS, apresentou alfa de 0,75 a 0,86. A análise fatorial apontou a presença de dois fatores com autovalores de 4,27 e 1,55, respectivamente, explicando 58,2% da variância, a saber: auto-avaliação negativa (Fator 2- itens 2, 4, 7, 8, 10) e auto-avaliação positiva (Fator 1- itens 1, 3, 5, 6, 9). Para os casos, a consistência interna variou de 0,80 a 0,86 e a confiabilidade teste-reteste foi de 0,78 a 0,80 (três meses). A análise fatorial apontou novamente a presença dos mesmos fatores, com autovalores (4,92 – 1,42) e variância (63,4%) próximos.

A validade convergente foi estudada em relação à PRCS, um instrumento específico para a avaliação do falar em público, e em relação à FNE e SADS, instrumentos para avaliação do TAS, e apontou valores significativos de correlação ($r = -0,58$ a $0,67$; $r = -0,29$ a $0,49$; $r = -0,30$ a $0,37$, respectivamente), confirmando a adequação da SSPS. A

SSPS foi também capaz de discriminar os grupos de casos e não-casos de TAS, onde os casos apresentaram os maiores escores na subescala negativa e menores na subescala positiva em comparação aos não-casos. Também foi sensível para apontar mudanças advindas de tratamento comportamental de exposição ao vivo à situação de falar em público, com diminuição significativa da pontuação na subescala negativa após o tratamento.

Um único estudo relacionado à validação transcultural da SSPS foi evidenciado. Trata-se do estudo de Gerlach et al. (2007), relativo à versão alemã do instrumento, tendo como amostra 385 estudantes alemães com idade média de 21,4 anos. Nesta amostra a consistência interna da SSPS por meio do alfa de *Cronbach* foi de 0,83 para a subescala negativa e 0,68 para a subescala positiva. A validade convergente com medidas específicas para avaliação do TAS foi evidenciada, tendo as subescalas positiva e negativa correlacionado-se significativamente com a SPAI (-0,54 e 0,61), SPS (-0,37 e 0,54) e *Spielberger's Trait Anxiety Inventory* (STAI-T : -0,40 e 0,53).

A análise fatorial desta versão do instrumento, assim como no estudo original, apontou a presença dos dois fatores: auto-avaliação negativa e auto-avaliação positiva, compostos pelos mesmos itens do estudo original. Ainda neste estudo, a validade discriminativa da SSPS foi avaliada, sendo a escala, capaz de diferenciar sujeitos com TAS daqueles com transtorno do pânico, referendando a especial associação do TAS ao medo de falar em público.

Nos países de língua inglesa, o conjunto de instrumentos apresentados no Quadro 1, tem sido amplamente estudado quanto às suas qualidades psicométricas, e em estudos empíricos como suporte às pesquisas clínicas (GRENYER et al., 1992; SCHNEIER et al., 1994; MANCINI; AMERINGEN, 1996; TRIKKAS et al., 1996; CROWSON et al., 1998;

KOBAK et al., 1998; RIES et al., 1998; FURMARK et al., 2000; NEWELL; MARKS, 2000; BARNETT et al., 2002; DAVIDSON et al., 2002; PERUGI et al., 2002; MENINGAUD et al., 2003; ROSSER; ERSKINE; CRINO, 2004; MENDEZ et al., 2004; SAKURAI et al., 2005; PINTO-ANTHONY; KATHARINE, 2005; WILSON; HAYWARD, 2006).

Alguns destes instrumentos, também foram traduzidos, validados e utilizados em outros países. A título de ilustração podemos citar a versão francesa da LSAS (YAO et al., 1999), a versão espanhola da LSAS e da SADS (BOBES et al., 1999), a versão alemã da SIAS e da SPS (HOYER et al., 2001) e um estudo clínico realizado no Japão utilizando-se a FNE e SADS (TADA; KOJIMA, 2000).

Para uso na população brasileira, tem-se disponível a tradução das escalas FNE e SADS, realizada por Paes de Barros (1996), a tradução da LSAS, realizada por Lotufo Neto (2000), a versão traduzida e adaptada do SPIN para a população de adolescentes, realizada por Vilete (2002), a versão traduzida e adaptada do SPAI-C (Inventário de Ansiedade e Fobia Social para Crianças) para a população de crianças e adolescentes realizada por Gauer et al. (2005) e a versão traduzida e adaptada do SPAI para a população de universitários e portadores de transtornos de ansiedade, realizada por Picon et al. (2005a; 2005b, 2006) e Picon (2006) .

Vilete (2002) traduziu, adaptou e validou a versão do SPIN em uma amostra de adolescentes estudantes da 5ª a 8ª séries (N = 398). Encontrou adequada consistência interna ($\alpha = 0,88$), boa confiabilidade da pontuação total do instrumento ($r = 0,78$), além de sensibilidade de 0,75 e especificidade de 0,57 para o ponto de corte no escore 19/20.

Gauer et al. (2005) também traduziram, adaptaram e validaram o SPAI-C para uma amostra de crianças e adolescentes com idade variando entre 9 a 14 anos, estudantes de

escolas públicas e privadas ($N = 1871$). Neste estudo, o SPAI-C apresentou adequadas confiabilidade teste-reteste ($r = 0,78$) e consistência interna ($\alpha = 0,94$). A análise fatorial, assim como no estudo original do instrumento, apontou a existência de quatro fatores, denominados de assertividade, evitação de encontros sociais, desempenho público e sintomas físicos e cognitivos, que conjuntamente explicaram 47,7% da variância dos dados.

Picon et al. (2005a, 2005b, 2006) traduziram e aferiram a confiabilidade teste-reteste do SPAI para a população de universitários, utilizando uma amostra de 225 estudantes de diferentes cursos. Os resultados dos estudos evidenciaram que o instrumento apresentou boa homogeneidade de conteúdo, discriminabilidade entre os itens, consistência interna de 0,96 e adequada estabilidade temporal ($r = 0,83$) para esta amostra populacional. A análise fatorial foi também realizada (Picon, 2006), utilizando-se de uma amostra não-clínica ($N = 1014$ universitários), encontrando-se dois fatores: fobia social e agorafobia. A análise da subescala de fobia social evidenciou quatro dimensões latentes: interações sociais, cognitivo e somático, foco de atenção e evitação. Ainda como parte deste estudo, Picon (2006) validou o SPAI para um grupo de indivíduos adultos portadores de diferentes transtornos de ansiedade: TAS ($N = 45$), Transtorno do Pânico ($N = 40$) e Transtorno Obsessivo-compulsivo ($N = 11$). Encontrou adequadas estabilidade temporal ($r = 0,90-0,98$), validade discriminativa (sensibilidade = 97,8%, especificidade = 98% para a nota de corte 79,5) e validade concorrente/ divergente (subescala fobia social: $r = 0,94$; BAI: $r = 0,22$; BDI: $r = 0,09$; STAI: $r = 0,16-0,23$).

Ao se analisar o conjunto de instrumentos desenvolvidos e validados em diferentes contextos para a avaliação do TAS, constata-se um número limitado de estudos que se ocuparam de aspetos específicos do transtorno, especialmente do falar em público, considerado um medo comum ao TAS e à população geral (SAAB et al., 1989; GIRDER et

al., 1990; D'EL REY; PACINE, 2005). Considerando-se tal aspecto, passar-se-á a discorrer sobre os aspectos relativos à avaliação deste medo específico.

O Transtorno de Ansiedade Social e o medo de falar em público

Estudos epidemiológicos evidenciaram que o medo de falar em público é o mais prevalente entre a população geral (GEER, 1965; STEIN; WALKER; FORDE, 1996), sendo que sua prevalência independe do gênero, etnia e idade (PHILLIPS et al., 1997), o que tem despertado e estimulado estudos que avaliem e dimensionem esta situação específica.

O falar em público também tem sido considerado um poderoso estressor psicossocial (SAAB et al., 1989; GIRDER et al., 1990; D'EL REY; PACINE, 2005), despertando grande ansiedade e afetos negativos, respostas neuroendócrinas, metabólicas, imunológicas, cardiovasculares e eletrodérmicas (GONZÁLES-BONO et al., 2002). Além de tais características, o falar em público tem sido considerado o medo mais prevalente no TAS (STEIN; WALKER; FORDE., 1994; FURMARK et al, 1999; BAPTISTA, 2007).

McNair et al. (1982), considerando a associação da ansiedade ao falar em público, desenvolveram um modelo clínico-experimental de ansiedade, por meio da proposição do “Teste de Simulação de Falar em Público” (TSFP), utilizado inicialmente para a testagem dos efeitos do diazepam sobre a ansiedade. Por meio de tal procedimento, demonstraram que as alterações evidenciadas no modelo experimental são consoantes com os construtos relativos aos diferentes tipos de ansiedade. O modelo experimental proposto é composto por cinco fases: basal, pré-stress, antecipação, execução/ fala e pós-stress/ recuperação. As

fases basal e pré-stress correspondem ao período da chegada e habituação do voluntário ao laboratório antes de qualquer explicação específica quanto ao procedimento; a fase de antecipação corresponde ao período onde é dado especificamente ao sujeito as instruções detalhadas quanto a tarefa que ele deverá desempenhar; a fase execução/ fala: corresponde ao período em que o sujeito executa a tarefa proposta; e a fase pós-stress/ recuperação corresponde ao período após a execução da fala. É solicitado ao sujeito que escolha um entre cinco temas de conteúdo neutro e prepare uma fala a respeito que será gravada em *video-tape*, sendo informado que deve apresentar-se como se estivesse falando para uma platéia, embora na sala esteja presente somente o avaliador. Ao longo do experimento são aferidas medidas fisiológicas relativas à condutância da pele, e medidas subjetivas relativas ao grau de tensão, ansiedade e fadiga experimentadas em cada uma das fases do procedimento.

O modelo experimental do TSFP tem se mostrado capaz de induzir ansiedade em voluntários saudáveis, independente do nível do traço de ansiedade, diferentemente de outros modelos, como o *Stroop Color Word Test* (PALMA; GUIMARÃES; ZUARDI, 1994). Também, o TSFP produziu maior incremento nas respostas cardiovasculares se comparado a outros estressores comuns de laboratório (PUIGCERVER et al., 1989; SAAB et al., 1992).

Osório, Crippa e Loureiro (2008) realizaram uma revisão sistemática sobre os delineamentos adotados nos estudos de simulação de falar em público, e identificaram diferentes modelos na estruturação do experimento se comparados às proposições de McNair et al. (1982).

Destacar-se-á, com base na referida revisão, os aspectos relativos: a) ao tipo e variações de tema; b) às condições para a apresentação da fala; c) às fases do procedimento e suas durações e; d) aos tipos de medidas utilizadas.

Quanto ao conteúdo dos temas adotados, esses geralmente foram determinados pelos avaliadores, com bastante variabilidade de assuntos, envolvendo questões polêmicas ou não, como aborto, homossexualidade, racismo, férias, aprendizagem, entre outros (BEHNKE; SAWYER, 2000; CARRILO et al., 2001; EGLOFF et al., 2002; MAUSS; WILHELM; GROSS, 2003; JEZOVA et al., 2004). Em relação às condições de estresse propostas para a apresentação da fala, predominaram a apresentação para uma platéia com um número variável de pessoas (BEHNKE; SAWYER, 2001; SAVITSKY; GILOVICH, 2003; GRUENEWAL et al., 2004), a fala gravada por uma vídeo-câmara (HAZLETT-STEVENSON; BORKOVEC, 2001; GONZALEZ-BONO et al., 2002; MAUSS; WILHELM; GROSS, 2003) e a avaliação do desempenho por psicólogos ou especialistas (CARRILO et al., 2001; HOFMANN et al., 2005), sendo que a maior parte dos estudos utilizou-se de pelo menos dois destes parâmetros. Já quanto às fases do procedimento, predominou a avaliação de pelo menos três: basal ou pré-stress ou antecipação, execução e pós-stress/recuperação (CARRILO et al., 2003; CROFT et al., 2004; JEZOVA et al., 2004). No que diz respeito às durações destas fases, o tempo foi variável entre nos estudos, de 2,5 a 15 minutos (mediana = 5 minutos) para as fases basal/ pré-stress, de 2,5 a 15 minutos (mediana = 3 minutos) para a fase antecipação, de 0,5 a 15 minutos (mediana = 3 minutos) para a fase execução/ fala e de 0,6 a 5 minutos (mediana = 1 minuto) para a fase pós-stress/recuperação. Em média, os procedimentos tiveram uma duração aproximada de 12 a 15 minutos.

Com relação aos tipos de medidas, a maior parte dos estudos utilizou as subjetivas, predominando o uso de instrumentos auto-avaliativos, padronizados e não padronizados,

conjuntamente (GRUENEWAL et al., 2004; SCHWERDTFEGGER, 2004; VASSEND; KNARDAHL, 2005). Quanto aos instrumentos de auto-avaliação padronizados utilizados, percebeu-se uma grande diversidade, sendo os mais utilizados a *Spielberger's State Anxiety Inventory* (STAI-E) e a STAI-T (SPIELBERG; GORSUCH; LUSHINE, 1970). Quanto aos instrumentos auto-aplicados não padronizados, estes formulavam questões do tipo *likert* especialmente criadas para o experimento, buscando avaliar a auto e hetero-percepção do desempenho, o nível de ansiedade e nervosismo experimentados, a atribuição de causalidade relacionada a fatores internos/ externos, a frustração frente ao desempenho, o esforço despendido, a percepção do grau de dificuldade da tarefa, o engajamento nas etapas do procedimento, o nível de ameaça e os sentimentos experimentados ao longo do mesmo. Os estudos que utilizaram-se de medidas hetero-avaliativas (SIDDLE; LIPP; DALL, 1996; SAWYER; BEHNKE, 2002; SAVITSKY; GILOVICH, 2003; SCHWERDTFEGGER, 2004), o fizeram em conjunto com medidas auto-avaliativas, tendo por objetivo, a avaliação do desempenho dos sujeitos por meio de avaliadores experientes. No geral, os estudos combinaram estas medidas subjetivas, utilizando em média de duas a cinco medidas.

Ao se analisar os estudos, constata-se que a escala STAI, nas versões traço e estado, apresentou-se como uma medida consagrada para a avaliação dos padrões de ansiedade no TSFP. Porém, observou-se que a área carece de estudos que evidenciem a sua sensibilidade às diferentes fases do procedimento. Quanto às medidas que avaliaram os aspectos de auto-avaliação do desempenho na tarefa e os aspectos cognitivos relativos à ansiedade, observou-se que foram utilizados, em sua totalidade, instrumentos não padronizados, construídos especialmente para o estudo. Assim, faz-se necessário o estudo psicométrico de tais instrumentos, visando a identificação de medidas que possam ser consideradas como referência e tomadas como “padrão-ouro”, a exemplo do ocorrido com a STAI.

Considera-se ainda que a avaliação mais sistemática dos aspectos cognitivos envolvidos no TSFP pode favorecer, por meio deste modelo experimental, a confirmação do papel fundamental das crenças e cognições nas teorias relativas à ansiedade social, servindo como procedimento para a análise de intervenções baseadas na reestruturação cognitiva e exposição ao vivo.

Quanto às variáveis fisiológicas, predominou o uso de medidas cardiovasculares, a saber: frequência cardíaca, volume do pulso periférico, pressão arterial e fluxo sanguíneo da face (BEHNKE; SAWYER, 2001; GONZALEZ-BONO et al., 2002; SCHWERDTFEGER, 2004; VASSEND; KNARDAHL, 2005) e de condutância da pele (CARRILO et al., 2001; CARRILO et al., 2003; CROFT et al., 2004; HOFMANN et al., 2005), estas utilizadas de forma isolada ou combinada. Alguns estudos utilizaram também de medidas neurais (DAVIDSON et al., 2000; TILLFORS et al., 2001; FURMARK et al., 2005) e medidas hormonais, cujo parâmetro mais utilizado foi o do cortisol salivar (GRUENEWAL et al., 2004; JEZOVA, 2004). As medidas fisiológicas foram as mais estudadas quanto à sua sensibilidade ao modelo experimental. Dentre elas, observou-se que as medidas de frequência cardíaca e de condutância da pele parecem já referendadas e sensíveis ao modelo e às suas diferentes fases, podendo ser utilizadas como preditores de ansiedade neste contexto. As medidas hormonais e neurais, por sua vez, carecem de estudos mais sistemáticos.

Com relação ao procedimento experimental, observou-se, como já dito, a ausência de um modelo único de avaliação. Contudo, apesar de quase não referido explicitamente nos estudos, o modelo experimental original, proposto por McNair et al. (1982) parece ter sido o delineamento padrão dos procedimentos utilizados pelos diferentes estudos. Os pontos comuns mais evidenciados nos estudos analisados foram: a) avaliação da ansiedade

em pelo menos três fases: basal/pré-stress, execução e pós-stress/ recuperação; b) adoção de condições visando aumentar o stress da situação como por exemplo: presença de platéia ou avaliador, avaliação posterior do desempenho, gravação da fala e temas polêmicos; c) utilização de medidas subjetivas e fisiológicas de ansiedade.

Apesar da grande diversidade de variáveis, condições e medidas, parece unânime que o modelo experimental do TSFP é sensível para a avaliação da ansiedade, o que referenda a sua utilização em diferentes contextos de investigação clínico-experimental.

No Brasil, o TSFP tem sido utilizado em estudos clínico-farmacológicos, adotando-se, em geral, o procedimento adaptado por Guimarães, Zuardi e Graeff (1987). Os referidos autores modificaram e adaptaram o modelo experimental proposto por McNair et al. (1982), sendo que as principais características de tal procedimento serão descritas a seguir. Solicita-se ao sujeito que apresente uma fala sobre um tema neutro, como por exemplo o sistema de transporte da cidade. A fala/ performance é gravada em *video-tape* e ao sujeito é dito que, posteriormente, ela será avaliada por psicólogos. As medidas subjetivas de ansiedade utilizadas são o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI), que avalia tanto a predisposição do indivíduo em responder com ansiedade frente a situações ameaçadoras, bem como os sentimentos de ansiedade percebidos em um dado instante; a Escala de Sintomas Somáticos (ESS), que avalia a presença de sintomas físicos que podem indiretamente sofrer influências dos estados de ansiedade; e a Escala Visual Analógica de Humor (VAMS), que avalia aspectos de ansiedade, sedação mental e física e outros sentimentos e atitudes. Propõe o uso de medidas fisiológicas, como a pressão arterial, a frequência cardíaca e a condutância da pele.

Os resultados obtidos nos diversos estudos têm conseguido demonstrar o efeito ansiolítico de diversos psicofármacos, como por exemplo o canabidiol (ZUARDI et al.,

1993), a d-fenfluramina (HETEM et al., 1996), a ritanserina (GUIMARÃES et al., 1997) e a ocitocina (CHAVES, 2007), bem como o entendimento dos mecanismos mentais e biológicos envolvidos nos transtornos psiquiátricos, sobretudo no Transtorno do Pânico (DEL-BEN et al, 2001b; GARCIA-LEAL et al., 2005; PARENTE et al., 2005), referendando a eficácia e validade do modelo experimental.

Ao se analisar os recursos metodológicos utilizados para o estudo do medo de falar em público, constata-se as potencialidades do modelo do TSFP e a ausência de estudos que avaliem o TAS sob essa condição experimental, apesar da validade de critério deste modelo apontar para o TAS.

O Transtorno de Ansiedade Social e a avaliação de adultos jovens

Considerando-se importância do diagnóstico precoce do TAS, somado ao pequeno número de estudos no Brasil relacionados à tradução e validação de instrumentos que permitam a identificação e avaliação deste transtorno, especialmente para a população adulta e sobretudo em um nível de atenção primária, propõe-se a validação de um conjunto de instrumentos que avaliem aspectos gerais do TAS, sob a perspectiva da auto e da hetero-avaliação, e o aspecto específico relativo ao medo de falar em público, considerando as cognições e as auto-avaliações frente a um procedimento experimental de simulação de falar em público.

OBJETIVO

OBJETIVO

Tem-se como objetivo geral, a avaliação sistemática do TAS por meio de instrumentos validados em uma população de adultos jovens brasileiros, estudantes universitários (região nordeste do estado de São Paulo), sob a perspectiva da auto e hetero-avaliação.

Como objetivos específicos, têm-se:

• Estudo 1

- a) traduzir e adaptar para o português do Brasil, e aferir as propriedades psicométricas de dois instrumentos de auto-avaliação do TAS, a saber: SPIN (ANEXO A) e SSPS (ANEXO B), em uma amostra da população geral de universitários;
- b) verificar o poder discriminativo da forma reduzida do Inventário de Fobia Social – Mini-SPIN, para rastreamento do TAS.

• Estudo 2

- a) aferir as propriedades psicométricas do SPIN e SSPS em uma amostra de universitários casos e não-casos de TAS;
- b) traduzir e adaptar para o português do Brasil, e também aferir as propriedades psicométricas da BSPS, um instrumento de hetero-avaliação do TAS (ANEXO C), em uma amostra de casos e não- casos de TAS.

- **Estudo 3**

a) adaptar o instrumento SSPS para avaliação do estado de ansiedade na situação específica de simulação de falar em público;

b) aferir as propriedades psicométricas da SPSS-versão estado (SSPS-E) em uma amostra de universitários casos e não-casos de TAS, frente a uma situação experimental de falar em público.

MÉTODO

MÉTODO

Para atender aos objetivos propostos foram realizados três estudos com delineamento do tipo transversal/ comparação entre grupos, os quais serão apresentados separadamente.

O estudo 1, com características psicométricas, visou validar instrumentos para a avaliação sistemática do TAS do ponto de vista da auto-avaliação em uma amostra da população de universitários. O estudo 2, também com características psicométricas, objetivou validar instrumentos de auto e hetero-avaliação do TAS em amostras diferenciadas como casos e não-casos de TAS. O estudo 3, com característica experimental-observacional, visou verificar as auto-avaliações relativas a ansiedade social frente a uma situação de simulação de falar em público, em amostra de casos e não-casos de TAS, através da validação de um instrumento de auto-avaliação.

Apresentar-se-á inicialmente a caracterização geral da população da qual originaram-se as amostras dos estudos, e em seguida, descrever-se-á cada um dos estudos.

Caracterização da população estudada

A pesquisa teve como fonte de sujeitos, estudantes universitários da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (FMRP-USP), da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP (FFCLRP-USP) e da Universidade de Franca (UNIFRAN), matriculados no ano de 2004.

A FMRP-USP caracteriza-se como uma instituição universitária pública, situada na cidade de Ribeirão Preto, no nordeste do estado de São Paulo - Brasil. Na ocasião da coleta oferecia os seguintes cursos: Medicina, Fonoaudiologia, Nutrição e Metabolismo, Terapia Ocupacional, Fisioterapia e Informática Biomédica, sendo este último curso oferecido em conjunto com a FFCLRP-USP, totalizando 260 vagas ao ano.

A FFCLRP-USP também é uma instituição universitária pública, situada na cidade de Ribeirão Preto, que oferecia no período do estudo os seguintes cursos: Psicologia, Biologia, Química (bacharelado e licenciatura), Física Médica, Pedagogia, Ciências da Documentação e Informação e Matemática Aplicada a Negócios, totalizando 375 vagas ao ano.

A UNIFRAN é uma instituição universitária particular, localizada na cidade de Franca, também interior do estado de São Paulo, distante aproximadamente 80 Km de Ribeirão Preto. No momento do estudo oferecia 11 cursos na área de Ciências Biológicas e da Saúde, 13 cursos na área de Ciências Humanas e sete cursos na área de Ciências Exatas e Tecnológicas, totalizando 1100 vagas ao ano.

• Estudo 1

Sujeitos

Foram contatados 1182 alunos da USP, sendo 668 alunos da FMRP-USP e 514 da FFCLRP-USP, e 1432 da UNIFRAN para a participação nesta fase do estudo, totalizando 2614 alunos.

Os critérios de inclusão dos alunos na amostra foram: indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 17 e 35 anos, que aceitaram participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Já os critérios de exclusão adotados foram: idade menor que 17 e maior que 35 anos, uso de neurolépticos e preenchimento incompleto e/ou incorreto dos instrumentos. Os sujeitos em uso de psicofármacos como ansiolíticos e antidepressivos não foram excluídos do estudo pois, considerando-se a alta taxa de comorbidade do TAS com depressão e outros transtornos de ansiedade, poder-se-ia excluir prováveis portadores de TAS medicados em função das comorbidades.

A Tabela 2 apresenta o número de sujeitos contatados em relação à instituição de ensino freqüentada e os incluídos e excluídos, discriminando os critérios utilizados.

Tabela 2 – Número de sujeitos contatados, excluídos e incluídos em relação à instituição de ensino freqüentada

Situação dos alunos	FMRP-USP	FFCLRP-USP	UNIFRAN	Total
Presentes em sala de aula	668	514	1432	2614
Responderam instrumentos	603	448	1362	2413
Excluídos:- idade	0	2	51	53
- uso de neuroléptico	1	1	3	5
-preenchimento incorreto	9	5	27	41
Incluídos	593	440	1281	2314

Dos alunos inicialmente contatados (N = 2614), 201 (7,7%) não aceitaram participar do estudo, alegando não ter interesse ou disponibilidade para tanto. Aplicando-se os critérios exclusão adotados, excluiu-se 99 sujeitos (4,1%), obtendo-se uma amostra final de 2314 sujeitos. Destes, 1281 eram da UNIFRAN e os demais, alunos da FMRP-USP e

FFCLRP-USP, foram agrupados e passaram a ser nomeados como USP, totalizando 1033 sujeitos.

Para a realização do estudo relativo às propriedades discriminativas do Mini-SPIN, selecionou-se uma subamostra deste grupo inicial. Para tanto, identificou-se com base nas proposições de Connor et al. (2001) todos os sujeitos com Mini-SPIN positivo, ou seja, mínimo de seis pontos nos três itens – 6,9,15, que compõem o Mini-SPIN (N = 473 – 20,4% da amostra inicialmente estudada). Outros 183 (7,9%) sujeitos com Mini-SPIN negativo (zero a um ponto nos itens que compõem o Mini-SPIN) foram selecionados de forma não aleatória para compor o grupo de comparação, emparelhados quanto à características relativas ao sexo, curso freqüentado e idade do grupo identificado, totalizando 656 sujeitos.

Desses, 59 sujeitos não foram localizados para participarem do estudo mesmo após quatro tentativas de contato telefônico e envio de e-mail e/ou carta, e sete alegaram não ter mais interesse em continuar a participar, ficando a amostra final composta por 590 sujeitos. Tais dados podem ser melhor visualizados na Tabela 3.

Tabela 3 - Amostra de sujeitos selecionados, excluídos e incluídos em função da classificação no Mini-SPIN

	MS positivo	MS negativo	Total
Selecionados	473	183	656
Excluídos	50	16	66
Incluídos	423	167	590

MS = Mini-SPIN

Materiais e Métodos

Os seguintes instrumentos de avaliação e materiais foram empregados na avaliação dos sujeitos:

- *Social Phobia Inventory* (SPIN), traduzido e adaptado para o português do Brasil como parte deste estudo, passando a chamar-se Inventário de Fobia Social - instrumento auto-aplicado, composto por 17 itens pontuados numa escala *likert* de 0 (nada) a 4 (extremamente), utilizado para quantificar os sintomas fisiológicos, de medo e evitação relacionados ao TAS, os quais são divididos em três subescalas: medo (itens 1, 3, 5, 10, 14, 15), evitação (itens 4, 6, 8, 9, 11, 12, 16) e sintomas fisiológicos (itens 2, 7, 13, 17). Tal instrumento pode ser utilizado em sua versão reduzida – Mini-SPIN (CONNOR et al., 2001), composta por três dos 17 itens do instrumento original (itens 6, 9 e 15). Estes itens foram aqueles que em estudo empírico se mostraram como os mais discriminativos de sujeitos com TAS, com excelentes indicadores de sensibilidade (88,7%) e de especificidade (90%) (APÊNDICE A);

- *Self Statements During Public Speaking Scale* (SSPS), traduzida e adaptada para o português do Brasil como parte deste estudo, passando a chamar-se Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público – versão traço - instrumento auto-aplicável, composto por 10 itens, pontuados numa escala *likert* de 0 (discordo totalmente) a 5 (concordo inteiramente), que tem por objetivo mensurar a auto-percepção do desempenho na situação específica de falar em público. É dividida em duas subescalas: auto-avaliação positiva (itens 1, 3, 5, 6, 9) e auto-avaliação negativa (itens 2, 4, 7, 8, 10) (APÊNDICE B);

- Inventário de Ansiedade de *Beck* (BAI), traduzido, adaptado e validado para a população brasileira por Cunha (2001) - instrumento auto-administrado composto por 21

itens que avaliam a gravidade dos sintomas de ansiedade, os quais são pontuados em uma escala *likert* de 0 (absolutamente não) a 4 (gravemente). É subdividido em quatro subescalas: neurofisiológica (itens 1, 3, 6, 8, 12, 13, 19), subjetiva (itens 4, 5, 9, 10, 14, 17), pânico (itens 7, 11, 15, 16) e autonômica (itens 2, 18, 20, 21). Originalmente criado para uso com pacientes psiquiátricos, este instrumento também mostrou-se adequado para o uso na população geral. No Brasil, foi utilizado em estudo normativo em pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos, incluindo neste grupo os estudantes universitários. Neste estudo, o BAI demonstrou confiabilidade (alfa de *Cronbach*) de 0,93 para a amostra de pacientes identificados com TAS e de 0,87 para a amostra de universitários; validade convergente com o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE, Spielberger, 1970) de 0,78 ($p < 0,001$) com a subescala Ansiedade-Traço e de 0,76 ($p < 0,001$) com a subescala Ansiedade-Estado; validade de construto em amostra de pacientes identificados como portadores de TAS de 0,36 ($p < 0,01$) e 0,59 ($p < 0,01$) em amostra de universitários (ANEXO D);

- Entrevista Clínica Estruturada para o DSM- IV (SCID-IV – versão clínica) proposta em 1997 por First et al., traduzida e adaptada para o português por Del-Ben et al. (2001a) – instrumento utilizado para a elaboração de diagnósticos clínicos psiquiátricos baseados no DSM-IV. É composto por módulos, em um total de dez, que podem ser aplicados de forma independente ou combinada, conforme os objetivos almejados. Nesta fase do estudo foram utilizados apenas o Módulo de Ansiedade Social (Módulo F), visando a confirmação diagnóstica do TAS nos participantes identificados como portadores de TAS e nos participantes que constituíram o grupo de comparação.

- Protocolo para Registro da Entrevista Telefônica I, relativo ao Módulo F da SCID-IV (APÊNDICE C)

- Questionário de Identificação - composto por 16 itens que visam a caracterização sociodemográfica dos participantes (APÊNDICE D).

- Protocolo de Coleta de Dados e Protocolo Pós-coleta de Dados - protocolos relativos ao registro das situações de avaliação e pós-avaliação, envolvendo número de estudantes presentes, número dos que aceitaram participar, tempo utilizado pelo primeiro que concluiu e tempo utilizado pelo último participante a concluir a avaliação. (APÊNDICES E e F).

Procedimento

1. Tradução e adaptação do SPIN e SSPS para o português do Brasil

Os instrumentos SPIN e a SSPS foram traduzidos e adaptados para o português do Brasil, seguindo-se as mesmas etapas descritas a seguir, conforme recomendações de Flaherty et al. (1988), Fachel e Camey (2000), Jorge (2000), Streiner e Norman (2003). Inicialmente foram traduzidos de suas versões originais em inglês para o português por um tradutor experiente e, em seguida, foram objetos de mais duas traduções independentes realizadas por médicos psiquiatras brasileiros com boa formação em língua inglesa. As três versões foram comparadas e discutidas por dois juízes bilíngües com ampla experiência em transtornos de ansiedade e escalas de avaliação psiquiátrica, os quais propuseram para cada escala uma tradução correspondente à versão comum. Estas foram então retrotraduzidas de forma independente por um psiquiatra bilíngüe, com oito anos de trabalho em pesquisa com transtornos psiquiátricos no Reino Unido, que não teve acesso à versão original em inglês,

e foram apresentadas aos autores das escalas originais para apreciação. Os autores não fizeram sugestões de modificação, considerando as versões das duas escalas adequadas, autorizando e considerando o uso oficial desta versão para o português (ANEXOS G e H).

Quatro psiquiatras brasileiros, especialistas em transtornos de ansiedade e em escalas de avaliação, avaliaram os instrumentos quanto à pertinência e linguagem dos itens, atestando assim, a validade de face dos mesmos.

Uma testagem piloto com um número reduzido de universitários da FMRP-USP (N= 30) foi realizada visando a verificação da compreensão semântica das instruções e dos instrumentos.

Nesta testagem foram dadas aos universitários as instruções coletivas para o preenchimento dos instrumentos, e todos responderam individualmente aos mesmos. Após o término do preenchimento, procedeu-se à leitura conjunta dos instrumentos, discutindo-se a compreensão das instruções e das formulações dos itens, especialmente quanto à pontuação dos mesmos. Observou-se pequenas dificuldades isoladas de compreensão que foram verificadas, mas não implicaram em sugestões de modificações a serem incorporadas à versão final dos instrumentos.

Considerou-se assim, concluída a etapa de tradução e adaptação do SPIN e SSPS.

A Figura 1 ilustra de forma esquemática o processo metodológico utilizado.

Figura 1. Organograma das etapas metodológicas utilizadas na adaptação transcultural do Inventário de Fobia Social (SPIN) e da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS).

2. Treinamento dos avaliadores – Aplicação coletiva dos instrumentos e entrevista telefônica

Dois médicos psiquiatras e uma psicóloga clínica foram treinados pela pesquisadora para procederem a aplicação coletiva dos instrumentos. O treinamento constou de leitura conjunta e discussão do Protocolo de Aplicação Coletiva dos Instrumentos (APÊNDICE G), seguidas de atividades de *role-play*, nas quais foram simuladas situações envolvendo perguntas e dúvidas. Além disso, foram treinados quanto ao preenchimento do “Protocolo de Coleta de Dados”.

Para proceder às entrevistas telefônicas, foram treinados pela pesquisadora outros cinco profissionais de Saúde Mental (quatro psiquiatras e uma psicóloga) com experiência

clínica (três a oito anos de formados) e com conhecimento e treinamento sistemático no uso da SCID-IV. O treinamento constou de leitura e discussão do Módulo F da SCID-IV, chegando-se a um consenso das respostas a serem pontuadas como positivas e negativas, seguido de atividades de *role-play*, simulando possíveis respostas.

3. Coleta de dados

Primeiramente, procedeu-se a aplicação coletiva dos instrumentos, a qual foi conduzida em sala de aula, evitando-se dias de provas e priorizando-se disciplinas com o maior número de alunos matriculados. Contou-se sempre com a presença de dois avaliadores de forma a garantir a pronta assistência aos participantes quando solicitado.

Após contato e autorização do docente responsável pela disciplina, dirigiu-se diretamente aos alunos, informando-os sobre os objetivos do estudo e convidando-os a participar. Em seguida, os alunos receberam o TCLE (APÊNDICE H), que foi lido pausadamente em voz alta pelo aplicador e acompanhado pelos estudantes em cópia impressa. Após o término da leitura, foi pedido para permanecerem na sala apenas os que concordassem em participar do estudo. Estes assinaram o TCLE, entregando uma cópia ao aplicador e permanecendo com a outra cópia. Os universitários que não concordaram em participar do estudo, por qualquer motivo, foram dispensados da atividade. Permaneceram na sala de aula apenas os estudantes que assinaram o TCLE.

Os estudantes receberam, então, um caderno contendo os instrumentos na seguinte ordem: Questionário de Identificação, SPIN, SSPS e BAI. Solicitou-se que não abrissem o caderno até que todos o tivessem recebido. O aplicador informou que as instruções de cada instrumento estavam especificadas por escrito, que o tempo para responder era livre, e que

na medida em que terminassem poderiam entregar o caderno e deixar a sala. Quando tivessem qualquer dúvida deveriam levantar a mão para que fossem atendidos individualmente pelo avaliador ou pelo auxiliar.

Foram realizadas 89 sessões de aplicação, sendo 25 na FMRP-USP, 17 na FFCLRP-USP e 47 na UNIFRAN, sem nenhum tipo de intercorrência que as inviabilizassem.

As sessões variaram de no mínimo quatro a 18 minutos (média = 11 minutos) ao máximo de sete a 40 minutos (média = 24 minutos). Não foi anotado o tempo individual, registrando-se apenas o tempo gasto pelo primeiro e pelo último participante a entregar o material.

Observou-se a ocorrência de poucas dúvidas durante a aplicação. As perguntas mais frequentes feitas aos avaliadores, durante o processo de aplicação dos instrumentos, relacionaram-se em sua maioria à especificação da palavra procedência, à curiosidades sobre o TAS e à dúvidas quanto referir ou não os medicamentos que faziam uso.

Para verificar o poder discriminativo do Mini-SPIN, os participantes desta fase da pesquisa (N = 656) foram contatados por telefone para responderem ao Módulo de ansiedade social da SCID-IV (Módulo F). Aos estudantes que não conseguiram ser contatados por telefone, pelo fato do mesmo estar desligado ou o número não ser mais do estudante que o informou, foram enviados e-mail e/ ou carta, solicitando um novo número de telefone de contato.

Durante o telefonema, os avaliadores, que desconheciam a pontuação dos sujeitos nos instrumentos previamente aplicados, identificavam-se como pertencentes ao grupo de pesquisa e perguntavam ao estudante sobre a disponibilidade para continuar participando do estudo, afirmando novamente que a participação era voluntária e sem qualquer ônus para

o mesmo. Prosseguiu-se apenas com aqueles sujeitos que continuaram concordando em participar.

Após uma breve explicação dos objetivos da entrevista, procedeu-se à aplicação do Módulo F da SCID-IV. O tempo de duração das entrevistas foi de em média três a cinco minutos.

Visando verificar a confiabilidade interavaliadores da SCID-IV para o diagnóstico do TAS (Módulo F), alguns sujeitos com diferentes pontuações no Mini-SPIN foram contatados de forma aleatória, novamente por telefone, por um segundo avaliador que também perguntava sobre a disponibilidade em continuar participando do estudo e, em caso afirmativo, prosseguia com a realização da entrevista nos mesmos moldes descritos anteriormente. Estas avaliações foram realizadas sem que os avaliadores tivessem informações sobre o tipo e nível de sintomatologia apresentada pelos participantes e estavam “cegos” quanto à pontuação dos mesmos no Mini-SPIN (positivo ou negativo). Analisou-se um total de 74 avaliações conjuntas (aproximadamente 13% do total de pacientes da subamostra), realizadas por um grupo de cinco avaliadores, distribuídos em sete duplas, do que resultou 148 protocolos a serem avaliados quanto à concordância. Dos sujeitos que compuseram esta amostra, 56 preencheram os critérios para Mini-SPIN positivo (76%) e 18 para Mini-SPIN negativo (24%).

Para verificar a confiabilidade entre a entrevista telefônica e a “face-a-face” para o diagnóstico do TAS, uma subamostra de conveniência, composta pelos primeiros 100 sujeitos localizados, foi avaliada em uma entrevista “face-a-face” por um outro avaliador “cego” quanto a pontuação positiva ou negativa. Destes sujeitos, 57% apresentaram o Módulo F da SCID positivo (casos) e 43% negativo (não-casos).

4. Codificação e Tratamento dos dados

Os dados foram codificados por meio de um programa de leitura ótica, especialmente desenvolvido para este estudo. Cada questionário (um total de quatro por sujeito) foi “scaneado” e alocado em um banco de dados.

Os conceitos e nomenclaturas psicométricas, bem como as estatísticas utilizadas neste estudo, tiveram por referencial a seguinte literatura: Fleiss (1981), Hsiao, Bartko e Potter (1989), Cortina (1993), Streiner (1993), Floyd e Widaman (1995), Fachel e Camey (2000), Streiner e Norman (2003) e Hair et al. (2005).

As análises estatísticas foram realizadas usando-se o pacote estatístico SPSS, versão 13.0 (SPSS - INCORPORATION, 2001)

A análise dos dados demográficos e clínicos da amostra estudada foi realizada por meio da aplicação de testes estatísticos descritivos e paramétricos. Para a comparação de grupos foi utilizado o Teste t de *Student* e o Teste do Qui-quadrado.

No estudo de confiabilidade interavaliadores do Módulo F da SCID-IV e da entrevista “face-a-face” e por telefone, adotou-se o Coeficiente de Correlação de *Kappa*. As correlações de 0 a 0,25 foram consideradas fracas; entre 0,26 - 0,50 moderadas; 0,51 - 0,70 fortes e acima de 0,71, muito fortes.

Para o estudo de validade do SPIN e SSPS foram utilizadas as seguintes técnicas de análise:

- Alfa de *Cronbach*, visando a avaliação da consistência interna das escalas. Os valores de alfa considerados aceitáveis foram aqueles superiores à 0,60;
- Análise fatorial exploratória, por meio da técnica de análise dos componentes principais com rotação *varimax*, visando a avaliação da consistência interna e validade de construto das escalas. Os critérios utilizados para a composição dos fatores foram: índice de

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) acima de 0,60; teste de esfericidade de *Bartlett* significativo, autovalores acima de um; percentual de variância explicada pelos fatores de aproximadamente 60%; e carga fatorial mínima de aproximadamente 0,40;

- Coeficiente de Correlação de *Pearson* (r) para os itens, escores totais e das subescalas do SPIN e BAI, SSPS e BAI e SPIN e SSPS, visando avaliar a validade concorrente entre as escalas. Para a classificação da magnitude das correlações encontradas, utilizou-se os mesmos padrões já referidos em relação ao Coeficiente de Correlação de *Kappa*;

- Curva ROC (*Receiver Operating Characteristics Analyses*), visando examinar os pontos de corte que correspondem ao diagnóstico do TAS (distinguindo sujeitos com TAS daqueles sem o transtorno). Foram determinadas também as notas de corte que: a) maximizam conjuntamente a sensibilidade e a especificidade; b) maximizam a sensibilidade (sem, entretanto, reduzir a especificidade a níveis baixos) e; c) maximizam a especificidade (sem reduzir a sensibilidade a níveis baixos).

Para a comparação de variáveis foi utilizado o Teste t de *Student* e a ANOVA multivariada.

Adotou-se em todos os estudos o nível de significância $p \leq 0,05$.

• Estudo 2

Sujeitos

Os sujeitos convidados para participar deste estudo foram selecionados a partir do estudo anterior referente ao Mini-SPIN (N = 590). Dadas as características de conveniência da amostra, contatou-se, inicialmente, de forma aleatória até atingir-se a subamostra final desejada (cerca de 80 sujeitos no grupo caso e 80 no não-caso), sujeitos que preencheram os critérios para o grupo de caso de TAS, ou seja, apresentaram Mini-SPIN positivo e também preencheram critérios para o diagnóstico clínico do TAS, avaliados por meio da SCID-IV (N= 178). Para o grupo de não-casos de TAS também foram contatados aleatoriamente outros 194 sujeitos com Mini-SPIN negativo e ausência de critérios para o diagnóstico clínico do TAS, totalizando 372 sujeitos.

Os critérios de inclusão utilizados foram: localização do sujeito; disponibilidade para continuar participando do estudo e para comparecer ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (HC-FMRP-USP) ou à Clínica de Psicologia da UNIFRAN para a realização das atividades previstas; ausência de algumas comorbidades psiquiátricas, a saber: quadros psicóticos, depressão atual, depressão recorrente, transtorno alimentar atual, abuso de substância atual, transtorno obsessivo compulsivo, episódios hipomaniaco/ maníaco e transtorno do pânico; e preenchimento incompleto e/ou incorreto dos instrumentos.

Aplicando-se os critérios de inclusão, chegou-se a uma amostra final de 178 sujeitos, sendo 88 casos de TAS e 90 não-casos de TAS. A Tabela 4 apresenta o processo

de inclusão e exclusão de sujeitos na amostra discriminando a presença/ ausência de TAS e a instituição de ensino freqüentada.

Tabela 4 - Número de sujeitos selecionados, incluídos e excluídos em função da instituição de ensino freqüentada e da presença/ ausência de Transtorno de Ansiedade Social

Situação dos Sujeitos	Casos USP	Não-Casos USP	Casos UNIFRAN	Não-Casos UNIFRAN	Total
Selecionados	102	125	76	69	372
Não localizados	17	24	15	17	73
Desistentes	07	25	31	32	95
Excluídos – comorbidades	12	4	06	01	23
– preenchimento incorreto	02	01	0	0	3
Incluídos	64	71	24	19	178

Materiais e Métodos

Os seguintes instrumentos de avaliação e materiais foram empregados na avaliação dos sujeitos:

- Entrevista Clínica Estruturada para o DSM- IV (SCID-IV – versão clínica) conforme já descrito no Estudo 1. Nesta fase do estudo, todos os módulos do instrumento foram aplicados visando a identificação da presença/ ausência de diferentes transtornos psiquiátricos (comorbidades associadas ao TAS) durante uma entrevista telefônica;

- *Social Phobia Inventory* (SPIN), nomeado Inventário de Fobia Social, conforme já descrito no Estudo 1

- *Self Statements During Public Speaking Scale* (SSPS), nomeada Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público- versão traço, conforme já descrito no Estudo 1.
- Inventário de Ansiedade de *Beck* (BAI), conforme já descrito no Estudo 1.
- *Brief Social Phobia Scale* (BSPS), traduzida e adaptada para o português do Brasil como parte deste estudo, passando a chamar-se Escala Breve de Fobia Social – escala de hetero-avaliação composta por 18 itens que avaliam os diferentes sintomas característicos do TAS (medo, evitação e sintomas fisiológicos), pontuados em uma escala *likert* de cinco pontos (0 = nenhum/ nunca; 4 = extremo/ sempre) (APÊNDICE I).
- Roteiro de Perguntas-Guia para aplicação da Escala Breve de Fobia Social – instrumento elaborado como parte deste estudo, objetivando sistematizar a aplicação do instrumento (APÊNDICE J).
- Protocolo para Registro da Entrevista Telefônica II (APÊNDICE L)

Procedimentos

1. Tradução e adaptação da BSPS para o português

A BSPS foi traduzida de sua versão original no inglês e adaptada para o português do Brasil, utilizando-se os mesmos procedimentos adotados para a tradução e adaptação do SPIN e SSPS, já descritos anteriormente no Estudo 1 e ilustrados na Figura 1, com exceção ao estudo piloto com universitários, que não foi realizado. Recebeu-se autorização dos autores para o uso oficial do instrumento na versão para o português (ANEXO G).

2. Proposição do Roteiro de Perguntas-Guia para aplicação da BSPS

Visando facilitar e sistematizar a aplicação da escala BSPS, propôs-se uma entrevista semi-estruturada com base em um roteiro de perguntas-guia de modo a abranger todos os itens da escala. Procurou-se agrupar os itens a serem avaliados em categorias mais abrangentes, favorecendo uma sequência lógica de perguntas e não se atendo necessariamente à sequência inicial de apresentação dos itens no instrumento original.

Tal roteiro de entrevista foi submetido à apreciação independente de um grupo de juízes constituído por oito profissionais pesquisadores de saúde mental (quatro psicólogos, dois terapeutas ocupacionais e dois médicos psiquiatras). Este grupo, composto por uma graduanda de Psicologia e sete profissionais formados, com um a doze anos de conclusão da graduação, tinha pouca ($N = 4$) ou boa ($N = 4$) experiência na utilização de escalas de avaliação em contexto clínico e/ou de pesquisa. O subgrupo com pouca experiência era composto por psicólogos e terapeutas ocupacionais profissionais em formação em cursos de especialização, e o grupo com boa experiência, por psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras com experiência profissional em serviços clínicos.

Os juízes avaliaram o roteiro quanto à clareza das instruções, pertinência e compreensão do seu conteúdo e das perguntas-guia para avaliação dos itens da escala. Em seguida, assistiram a uma entrevista gravada em *video-tape* realizada com indivíduo com TAS. A entrevista foi realizada tendo por base o roteiro de perguntas-guia previamente elaborado. O tempo médio de entrevista com utilização do roteiro foi em torno de 40 minutos. Depois, foi solicitado aos avaliadores que preenchessem de forma independente a escala. Procedeu-se a comparação das respostas, sendo avaliados e discutidos os pontos de concordância e discordância, estabelecendo-se um consenso geral. O nível de concordância por itens variou de 0,14 a 1,00 para a escala geral, de 0,14 a 0,86 para a subescala de medo,

de 0,57 a 1,00 para a subescala de evitação e de 0,57 a 0,86 para a subescala de sintomas fisiológicos. Considerando-se a concordância por dupla de avaliadores, a mesma variou de 0,55 a 0,88. A média geral de concordância foi de 0,68.

Durante a discussão quanto à pontuação da escala, os juízes apontaram as dificuldades experimentadas no uso do roteiro e fizeram sugestões sobre possíveis modificações. No geral, os mesmos consideraram que as perguntas do roteiro estavam adequadas, claras e favoreciam a sistematização da aplicação. Contudo, julgaram que algumas das perguntas necessitavam de reformulações e outras deveriam ser incluídas. Os problemas identificados foram relativos aos critérios de gravidade da subescala de medo, que carecia de mais clareza e objetividade. Em função disto, propôs-se um detalhamento maior para cada um dos quatro critérios de gravidade a fim de torná-los mais objetivos. Após tal reformulação, novamente o material foi submetido aos avaliadores que consideraram sanadas as dificuldades referidas anteriormente.

O roteiro elaborado, em sua versão final, consta de perguntas divididas em seis categorias de investigação:

- Categoria 1 – Reuniões Sociais: parte 1 – item 6 (medo e evitação)
- Categoria 2 – Sintomas Fisiológicos: parte 2 – itens 1, 2, 3 e 4.
- Categoria 3 – Ser Observado: parte 1 – item 7 (medo e evitação)
- Categoria 4 – Falar/ Conversar 1 – itens 1, 2 e 3 (medo e evitação)
- Categoria 5 – Ficar Envergonhado: parte 1 – item 4 (medo e evitação)
- Categoria 6 – Sentir-se Criticado: parte 1 – item 5 (medo e evitação)

3. Treinamento dos avaliadores – Aplicação completa da SCID-IV e da BSPS

Para aplicação completa da SCID-IV, foram treinados três médicos psiquiatras com conhecimento no uso do instrumento. O treinamento constou de leitura e discussão dos módulos da entrevista, chegando-se a um consenso das respostas a serem pontuadas como positiva e negativa, seguido de atividades de *role-play*, simulando possíveis respostas.

Para a aplicação da BSPS, os oito profissionais da área de saúde mental que funcionaram como juízes do roteiro de perguntas-guia foram treinados. O treinamento constou, em um primeiro momento, de leitura e discussão do roteiro na versão final. Em seguida, o grupo de avaliadores assistiu em dois momentos diferentes a outras quatro entrevistas gravadas em *video-tape*, sendo três de indivíduos com TAS e em diferentes estágios de gravidade do transtorno e uma de um indivíduo sem TAS, preenchendo a escala de forma independente após o término de cada vídeo. Tais entrevistas tiveram como referência o roteiro de perguntas-guia em sua versão final. Novamente após o preenchimento independente, cada resposta à escala foi avaliada pelo grupo, estabelecendo-se a resposta de consenso para cada item, a qual foi utilizada como “padrão ouro” para o estabelecimento do nível de concordância interavaliadores. As avaliações foram comparadas para cada item, e cada avaliador também foi comparado individualmente em relação ao grupo como um todo.

4. Coleta de dados

Os sujeitos selecionados foram contatados por telefone pelos psiquiatras treinados para responderem aos diferentes módulos da SCID-IV, objetivando verificar a ausência ou presença de comorbidades. Aos sujeitos que não apresentaram comorbidade ou

apresentaram aquelas não descritas como critérios de exclusão, foi perguntado sobre a disponibilidade de continuar participando do estudo. Aos que concordaram, foi solicitado comparecer no HC-FMRP-USP ou na Clínica de Psicologia da UNIFRAN, em dia e horário previamente agendado de acordo com a disponibilidade individual, para participarem de uma entrevista individual, e responderem à instrumentos de auto-avaliação.

No dia agendado, iniciou-se o contato com uma breve explicação sobre os objetivos da entrevista e dos instrumentos. Solicitou-se, então, que o sujeito preenchesse os instrumentos SPIN, SSPS e BAI. Prosseguiu-se com a aplicação da BSPS, seguindo o roteiro de perguntas-guia. Cada aplicação foi realizada na presença de dois aplicadores, que se revezavam aleatoriamente nas funções de avaliador e observador. O avaliador conduzia a entrevista e pontuava a escala e o observador assistia à entrevista e pontuava a escala. Tal procedimento foi utilizado para verificação da confiabilidade interavaliadores da escala.

5. Codificação e Tratamento dos dados

Os dados foram codificados manualmente e alocados em um novo banco de dados. Em seguida, realizou-se a conferência aleatória para aproximadamente 25% dos protocolos quanto aos dados digitados.

Assim como no Estudo 1, o tratamento estatístico dos dados teve por referência a seguinte literatura: Fleiss (1981), Hsiao, Bartko e Potter (1989), Cortina (1993), Streiner (1993), Floyd e Widaman (1995), Fachel e Camey (2000), Streiner e Norman (2003), Hair et al. (2005) e Picon (2006).

A análise dos dados demográficos e clínicos da amostra estudada foi realizada por meio da aplicação de testes estatísticos descritivos, paramétricos e não-paramétricos. Para a

comparação de grupos foi utilizado o Teste t de *Student*, o Teste de *Mann-Whitney* e o Teste do Qui-quadrado.

Para o estudo de validade das escalas foram utilizadas as seguintes técnicas de análise:

- Teste de *Mann-Whitney*, visando avaliar a capacidade discriminativa de cada item;
- Alfa de *Cronbach*, visando avaliar a consistência interna das escalas, tendo-se os valores de alfa acima de 0,60 como os aceitáveis ;
- Análise fatorial, por meio da técnica de análise dos componentes principais com rotação *varimax*, visando a avaliação da consistência interna e validade de construto das escalas. Os critérios utilizados para tal análise foram os mesmos já referidos no Estudo 1;
- Coeficiente de Correlação de *Pearson* entre os itens, escores totais e das subescalas do SPIN e BAI, SSPS e BAI, SPIN e SSPS, BSPS e SPIN, BSPS e SSPS e BSPS e BAI, visando avaliar a validade concorrente entre as escalas. As correlações entre 0 - 0,25 foram consideradas fracas; entre 0,26 - 0,50 moderadas; 0,51 - 0,70 fortes e acima de 0,71, muito fortes;
- Curva ROC, visando examinar os pontos de corte que correspondem ao diagnóstico do TAS (distinguindo sujeitos com TAS dos sujeitos sem o transtorno). Foram determinados também as notas de corte que: a) maximizam conjuntamente a sensibilidade e a especificidade; b) maximizam a sensibilidade (sem, entretanto, reduzir a especificidade a níveis baixos) e; c) maximizam a especificidade (sem reduzir a sensibilidade a níveis baixos).

Para o estudo da confiabilidade interavaliadores, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de *Kappa* e o Coeficiente de Correlação Intraclass (CCI), adotando-se Intervalo de Confiança de 95% como nível de significância. Os parâmetros utilizados para

a classificação das correlações encontradas foram os mesmos acima citados em relação ao Coeficiente de Correlação de *Pearson*.

Para a comparação de variáveis foi utilizado o Teste t de *Student* e a ANOVA multivariada.

Adotou-se em todos os testes estatísticos, nível de significância $p \leq 0,05$.

• Estudo 3

Sujeitos

Os sujeitos incluídos neste estudo foram selecionados a partir da amostra do Estudo 2 (N = 178). Em função da necessidade de realização das atividades no Laboratório de Psicofarmacologia do HC-FMRP-USP, por uma questão de praticidade, foram excluídos os 43 sujeitos procedentes da UNIFRAN incluídos no Estudo 2, contando-se assim com uma amostra inicial de 145 sujeitos procedentes da USP, sendo 63 deles casos de TAS e 72 não-casos de TAS. Contatou-se de forma aleatória os sujeitos, até atingir-se a amostra de conveniência desejada (cerca de 20 sujeitos em cada grupo: casos e não-casos de TAS). Adotou-se os mesmos critérios de inclusão utilizados para a seleção de sujeitos no Estudo 2. No total, esta amostra foi composta por 45 alunos, sendo 24 casos de TAS e 21 não-casos de TAS.

Materiais e Métodos

Os seguintes instrumentos e materiais foram empregados na avaliação dos sujeitos:

- Teste de Simulação de Falar em Público (TSFP) – desenvolvido por McNair et al. (1982) e modificado por Guimarães, Mbaya e Deakin (1997). O teste consiste em solicitar ao sujeito que prepare um discurso e depois apresente-o verbalmente em frente a uma câmara de vídeo que estará gravando o seu desempenho. Medidas fisiológicas e subjetivas de ansiedade foram efetuadas ao longo do procedimento. As medidas fisiológicas não foram objetos deste estudo.

- Escala Visual Analógica de Humor (*Visual Analogue Mood Scale* – VAMS)- traduzida e adaptada para o português por Zuardi e Karniol (1981) – instrumento composto por 16 pares de adjetivos com sentidos opostos de estados de humor (por exemplo: calmo – agitado, capaz – incapaz) , separados por uma linha de 100 mm, sobre a qual o sujeito deve assinalar como se sente com relação àquela condição, sendo que a posição central indica como o indivíduo se encontra habitualmente e as extremidades indicam o máximo de cada condição. Em relação a outros instrumentos que avaliam o humor, apresenta maior poder de discriminação, além de ser de compreensão e preenchimento simples. A análise fatorial da versão para o português permitiu o agrupamento dos itens em quatro fatores: ansiedade, sedação física, sedação mental e outros sentimentos e atitudes (ZUARDI et al., 1993). A utilização destes fatores específicos como medida, demonstrou ser particularmente útil em situações experimentais, nas quais os estados subjetivos mudam muito rapidamente (ZUARDI et al., 1993; HETEM et al., 1996) (ANEXO E).

- Escala de Sintomas Somáticos (ESS) – instrumento auto-aplicado composto por 21 itens pontuados em uma escala *likert* de seis pontos (0 = nada a 5 = extremamente),

utilizada para detectar sintomas fisiológicos que podem indiretamente sofrer influências dos estados de ansiedade (ANEXO F)

- *Self Statements During Public Speaking Scale* (SSPS) - versão modificada visando a avaliação do estado de ansiedade experimentado no momento da situação de falar em público, passando a ser nomeada Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público – versão estado (SSPS-E) – instrumento auto-aplicado, composto por 10 itens pontuados em uma escala *likert* de seis pontos (0= discorda totalmente; 5= concorda inteiramente) (APÊNDICE M)

Procedimentos

1. Modificação das instruções da SSPS (versão Estado)

A versão traduzida e adaptada para o português da SSPS foi modificada em relação às instruções iniciais de preenchimento (“*Por favor, imagine as coisas que você costuma pensar sobre si mesmo quando se encontra em alguma situação em que tenha que falar em público. Tendo em mente estas situações, até que ponto você concorda com as afirmações abaixo? Por favor, dê uma nota de 0 (se você discorda totalmente) a 5 (se você concorda inteiramente com a afirmação)*”), de forma que pudesse ser utilizada para avaliação da ansiedade nos diferentes momentos da situação de simulação de falar em público.

No geral, tal modificação constou em solicitar ao sujeito que imaginasse o que pensaria sobre si, não numa situação hipotética de falar em público, mas sim na situação agora vivenciada de falar diante da câmara (“*Imagine as coisas que você está pensando*

sobre si mesmo agora nesta situação de falar diante da câmara. Tendo em mente esta situação, até que ponto você concorda com as afirmações abaixo? Por favor, dê uma nota de 0 (se você discorda totalmente) a 5 (se você concorda inteiramente com a afirmação)”). Esta versão foi chamada de SSPS- versão estado (SSPS-E).

2. Coleta dos dados

A aplicação do TSFP foi realizada por uma psiquiatra e uma técnica de pesquisa com ampla experiência na aplicação do procedimento, já consolidada em estudos prévios (ZUARDI et al., 1993; GUIMARÃES; MBAYA; DEAKIN, 1997; DEL-BEN et al., 2001b; CHAVES, 2007).

Os sujeitos, aleatoriamente selecionados, foram convidados a continuarem participando do estudo. Os sujeitos que concordaram agendaram, de acordo com a sua disponibilidade pessoal, um dia e horário para comparecerem ao Laboratório de Psicofarmacologia do HC-FMRP-USP para participarem de uma situação experimental considerada um teste de ansiedade. Todas as avaliações foram realizadas individualmente.

No dia agendado, iniciou-se a atividade com um breve *rapport* e explicação sobre os objetivos do teste a ser realizado, entregando em seguida duas vias do TCLE - parte 1 (APÊNDICE N) para que lessem e assinassem concordando com a participação, entregando uma via para o avaliador e permanecendo com a outra. Somente prosseguiu-se com o procedimento com aqueles sujeitos que devidamente assinaram o TCLE.

Em uma primeira etapa, procedeu-se a aplicação individual dos instrumentos VAMS, ESS e SSPS-E na ordem descrita, sendo os mesmos auto-aplicados. Tal avaliação foi considerada a fase de Medidas Basais (B).

Após esta avaliação, pediu-se ao sujeito que aguardasse por um período de 30 minutos na própria sala, permanecendo deitado, recebendo a instrução de que procurasse relaxar. Para tanto, ofereceu-se revistas com conteúdo neutro (por exemplo: Caras, Quem, Contigo) e o avaliador retirava-se da sala. Após o término do período, o avaliador retornava à sala e solicitava ao sujeito que preenchesse novamente as três escalas: VAMS, ESS, SSPS-E. Tal avaliação foi considerada a fase de Medidas Pré-estresse (P).

Em seguida, entregou-se ao sujeito duas vias do TCLE - parte 2 (APÊNDICE O), para que lesse e assinasse, caso concordasse em continuar a participar do procedimento. Novamente, somente prosseguiu-se com aqueles sujeitos que devidamente assinaram o TCLE.

Nesta segunda etapa, iniciou-se então o procedimento do TSFP, conforme proposto por Guimarães, Zuardi e Graeff (1987). A sessão experimental foi conduzida em uma sala com atenuação sonora e temperatura controlada. O sujeito sentava-se em frente a uma câmara de vídeo e assistia a um *video-tape* pré gravado com instruções verbais sobre a tarefa que deveria desempenhar. As instruções informavam que teria dois minutos para preparar um discurso de quatro minutos sobre “o sistema de transporte de sua cidade”, o qual seria gravado e, posteriormente, analisado por um psicólogo. Após os dois minutos de preparo do discurso, o sujeito preenchia novamente as três escalas: VAMS, ESS e SSPS-E. Tal avaliação foi considerada a fase de Ansiedade Antecipatória (A). Ao término do preenchimento das escalas, o avaliador saía da sala e o sujeito era orientado a iniciar o seu discurso. O discurso era interrompido no meio (após dois minutos) para que pudessem ser tomadas novamente as medidas subjetivas de ansiedade por meio das escalas VAMS, ESS e SSPS-E, considerada a fase de Ansiedade de Performance (S). Após o preenchimento das escalas, o sujeito continuava o discurso (por mais dois minutos) e ao terminar, novamente

preenchia as três escalas. Tal avaliação foi considerada a primeira medida de Ansiedade Pós-estresse 0 (F0).

Solicitou-se depois, que o sujeito permanecesse no ambiente, deitado, procurando novamente relaxar. Após 15 minutos, novas medidas pós-estresse foram realizadas, solicitando que preenchesse novamente as três escalas, sendo tal fase nomeada de Ansiedade Pós-estresse 1 (F1). Após o decorrer de mais 30 minutos, novamente os sujeitos preencheram as três escalas, sendo a fase nomeada Ansiedade Pós-estresse 2 (F2). Encerrou-se então a sessão experimental.

O Quadro 2 ilustra de forma esquemática este procedimento de coleta de dados.

Horário	Fase	Procedimento
- 0:30	Adaptação - Ansiedade Basal (B)	Chegada ao Laboratório; TCLE 1; 1ª aplicação da VAMS, ESS e SSPS-E
0	Ansiedade Pré-Estresse (P)	2ª aplicação da VAMS, ESS e SSPS-E; TCLE 2
+ 0:10	Instrução na TV	Orientados a preparar discurso sobre sistema de transportes
+ 0:12	Preparação do discurso	
+ 0:14	Ansiedade antecipatória (A)	3ª aplicação da VAMS, ESS e SSPS-E
+ 0:25	Início do discurso	Sujeitos falam em frente a câmera, vendo-se na tela da TV
+ 0:27	Ansiedade de Performance (S)	4ª aplicação da VAMS, ESS e SSPS-E
+ 0:33	Discurso continua	
+ 0:35	Término do discurso - Ansiedade Pós-estresse 0 (F0)	5ª aplicação da VAMS, ESS e SSPS-E
+ 0:50	Ansiedade Pós-estresse 1 (F1)	6ª aplicação da VAMS, ESS e SSPS-E
+ 1:20	Ansiedade Pós-estresse 2 (F2)	7ª aplicação da VAMS, ESS e SSPS-E

Quadro 2 - Fluxograma dos procedimentos para coleta de dados

3. Codificação e Tratamento dos Dados

Os dados foram codificados manualmente e alocados em um novo banco de dados, sendo conferidos aleatoriamente, cerca de 25% dos protocolos quanto aos dados digitados.

Para o tratamento dos dados, utilizou-se o mesmo referencial bibliográfico já citado nos Estudos 1 e 2.

A análise dos dados demográficos e clínicos da amostra estudada foi realizada por meio da aplicação de testes estatísticos descritivos, paramétricos e não-paramétricos. Para a comparação das características sociodemográfica dos grupos foi utilizado o Teste de *Mann-Whitney* e o Teste do Qui-quadrado.

Para avaliar as associações entre as auto-avaliações relativas à ansiedade social entre a SSPS-E e a VAMS e entre a SSPS-E e a ESS (validade concorrente), utilizou-se o Coeficiente de Correlação de *Pearson*. Os parâmetros adotados para classificar a magnitude das correlações foram: fracas (0 - 0,25), moderadas (0,26 - 0,50), fortes (0,51 - 0,70) e muito fortes (acima de 0,71).

Para a comparação das auto-avaliações dos sujeitos identificados como casos e não-casos de TAS em cada uma das fases do TSFP utilizou-se o Teste t de *Student*.

Para avaliar comparativamente as auto-avaliações de ansiedade em relação à uma dada fase do estudo e a anterior, aplicou-se uma ANOVA de medidas repetidas. Para verificar-se as diferenças entre as fases, aplicou-se a Técnica de Formação de Contrastes Repetidos.

Adotou-se como nível de significância $p \leq 0,05$, para todos os testes estatísticos aplicados.

Aspectos éticos

O presente estudo, como um todo, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (Processo HCRP-Nº11570/2003) (ANEXO I), bem como pelas Comissões de Graduação dos demais cursos da USP (ANEXOS J, L, M e N) e pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da UNIFRAN (ANEXO O).

Para cada um dos estudos adotou-se um TCLE específico, a saber: Estudo 1 e 2 – APÊNDICE H, Estudo 3 – APÊNDICE N e O.

A todos os participantes foi entregue duas vias dos TCLE, fornecendo-lhes informações sobre as justificativas, objetivo, procedimento, riscos e benefícios do estudo ao qual estavam sendo convidados a participar. Somente foram aceitos no estudo aqueles participantes que devidamente assinaram o TCLE. A participação foi absolutamente voluntária. Os universitários foram esclarecidos que a não disponibilidade em participar não implicaria em nenhum tipo de prejuízo e que teriam também a liberdade de retirarem seu consentimento a qualquer momento no transcorrer da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou constrangimento. Foi assegurado a não identificação dos participantes e o sigilo das informações.

Aos sujeitos diagnosticados como portadores de TAS foi oferecido de acordo com suas necessidades e interesse: a) esclarecimentos sobre o transtorno (sinais, sintomas, curso, prognóstico, tratamento) sendo elaborada uma cartilha informativa com tal finalidade (APÊNDICE P) e, b) encaminhamento para tratamento psicoterápico e/ ou medicamentoso no Ambulatório de Fobia Social do HC-FMRP-USP.

RESULTADOS

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados separadamente para cada um dos três estudos realizados. Em cada estudo, os dados serão apresentados na seguinte ordem: 1) caracterização da amostra estudada; 2) testagem dos materiais e instrumentos utilizados para a validação das escalas que são objetos deste estudo (quando for o caso); 3) indicadores psicométricos de cada instrumento avaliado.

• Estudo 1

1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

A amostra final deste estudo foi composta por 2314 sujeitos, sendo 1281 da UNIFRAN, 593 da FMRP e 440 da FFCLRP. Observa-se, assim, um ligeiro predomínio de alunos da UNIFRAN (55,3%) em relação aos da USP (N = 1033 – 44,7%).

A caracterização sociodemográfica desta amostra em função da instituição de ensino freqüentada, pode ser vista detalhadamente na Tabela 5.

Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica da amostra total incluída no Estudo 1 em função da instituição de origem (N = 2314)

V a r i á v e i s		USP (N=1033)	UNIFRAN (N=1281)	TOTAL (N=2314)	Estatística
Sexo	Feminino N (%)	559 (54,1)	733 (57,2)	1292 (55,8)	$\chi^2 = 2,23$ $p = 0,14$
	Masculino N (%)	474 (45,9)	458 (42,8)	1022 (44,2)	
Idade	Média (DP)	21,0 (2,5)	21,75 (3,7)	21,41 (3,3)	$t = - 5,75$ $p < 0,001^*$
Atividade Profissional	Estuda N (%)	997 (96,5)	829 (64,7)	1826 (78,9)	$\chi^2 = 347,49$ $p < 0,001^*$
	Estuda+trabalha N(%)	36 (3,5)	452 (35,5)	488 (21,1)	
Área do Curso	Exatas N (%)	342 (33,0)	261 (20,0)	603 (26,0)	$\chi^2 = 127,04$ $p < 0,001^*$
	Humanas N (%)	58 (6,0)	262 (20,0)	320 (14,0)	
	Biológicas N (%)	633 (61,0)	758 (60,0)	1391 (60,0)	
Ano do Curso	1º ano N (%)	359 (34,8)	437 (34,1)	796 (34,4)	$\chi^2 = 49,44$ $p < 0,001^*$
	2º ano N (%)	305 (29,5)	322 (25,1)	627 (27,1)	
	3º ano N (%)	235 (22,7)	261 (20,4)	496 (21,4)	
	4º ano N (%)	134 (13,0)	213 (16,6)	347 (15,0)	
	5º ano N (%)	-	48 (3,7)	48 (2,1)	
Uso de Medicação	Não N (%)	838 (81,1)	1113 (86,9)	1951 (84,3)	$\chi^2 = 14,35$ $p < 0,001^*$
	Sim N (%)	195 (18,9)	168 (13,1)	363 (15,7)	

N = frequência; % = porcentagem; * = diferença significativa; χ^2 = Teste do qui-quadrado; t = Teste t de Student.

Observou-se um pequeno predomínio do sexo feminino (55,8%) na amostra total, porém não ocorreram diferenças significativas quanto à instituição frequentada. A média de idade da amostra ficou em torno dos 21 a 21,7 anos, e embora estatisticamente tenha se encontrado uma diferença significativa entre os grupos, na prática tal diferença pareceu ser pouco relevante. Quanto à atividade profissional, a maior parte dos sujeitos das duas instituições não realizava outras atividades de trabalho além do estudo (78,9%). Entretanto,

a porcentagem de sujeitos que estudavam e trabalhavam foi superior entre os sujeitos da UNIFRAN, com diferença significativa.

Na amostra total e nos dois subgrupos predominaram alunos dos cursos da área de Biológicas, seguidos na USP pelos de Exatas e na UNIFRAN pelos de Humanas, sendo que a maior parte deles freqüentava os anos iniciais (1º e 2º) dos cursos. Quanto ao uso de medicamentos, apenas 15,7% da amostra total fazia uso de algum tipo de remédio, havendo uma tendência desta porcentagem ser maior entre os alunos da USP. As medicações mais comumente usadas eram: anticoncepcionais, complexos vitamínicos, antiinflamatórios e antialérgicos. Destes alunos, apenas 2,9% (N = 68) faziam uso de psicotrópicos (com exceção à neurolépticos, os quais foram excluídos do estudo), sendo os mais comuns antidepressivos e ansiolíticos.

No geral, observou-se poucas diferenças com significância estatística na amostra, quando da comparação em função da instituição de ensino freqüentada. Pode-se considerar que ambos os subgrupos apresentaram um perfil bastante parecido podendo ser tomado como um todo para a coleta de dados.

1.1. Caracterização da amostra de sujeitos para o estudo psicométrico do Mini-SPIN

Quanto às características sociodemográficas desta subamostra, as variáveis analisadas em função da classificação dos sujeitos no Mini-SPIN, são destacadas na Tabela 6.

Tabela 6 - Caracterização sociodemográfica da amostra estudada para avaliação das propriedades psicométricas do Mini-SPIN (N=590)

V a r i á v e i s		MS positivo (N = 423)	MS negativo (N = 167)	Total (N= 590)	Estatística
Sexo	Feminino N (%)	275 (65,1)	102 (60,7)	377 (63,9)	$\chi^2 = 0,95$ $p = 0,33$
	Masculino N (%)	147 (34,9)	66 (39,3)	213 (36,1)	
Idade	Média	21,0	21,0	21,0	$t = -0,83$ $p = 0,41$
	(DP)	(2,9)	(2,7)	(2,8)	
Instituição	UNIFRAN N (%)	231 (54,7)	97 (57,7)	328 (55,6)	$\chi^2 = 0,50$ $p = 0,48$
	USP N (%)	191 (45,3)	71 (42,3)	262 (44,4)	
Área do Curso	Exatas N (%)	239 (56,6)	98 (58,3)	337 (57,1)	$\chi^2 = 0,42$ $p = 0,39$
	Humanas N (%)	124 (29,4)	45 (26,8)	169 (28,6)	
	Biológicas N (%)	59 (1,0)	25 (14,9)	84 (14,3)	

MS = Mini-SPIN; N = frequência; % = porcentagem; χ^2 = Teste do qui-quadrado; t = Teste t de *Student*.

Observa-se que nesta subamostra, a maior parte dos sujeitos também foi do sexo feminino, com idade média em torno dos 21 anos. Além disso, predominaram alunos da instituição privada – UNIFRAN, e dos cursos da área de Biológicas, mantendo, no geral, o mesmo perfil da amostra inicial. Também não se encontraram diferenças significativas no que diz respeito à caracterização sociodemográfica da amostra em função da classificação do sujeito no Mini-SPIN, evidenciando a homogeneidade dos dois subgrupos, Mini-SPIN positivo e Mini-SPIN negativo.

2. Testagem de materiais e instrumentos para validação das escalas

2.1. Confiabilidade interavaliadores quanto ao uso do Módulo F da SCID-IV

Para avaliação da confiabilidade interavaliadores quanto ao uso do módulo F da SCID-IV foram analisadas um total de 74 avaliações conjuntas (148 protocolos).

A Tabela 7 apresenta a distribuição dos sujeitos em função da classificação no Mini-SPIN, destacando o número de concordância e discordância nas avaliações realizadas.

Tabela 7 - Distribuição dos sujeitos em função da classificação no Mini-SPIN, número de concordância e discordância das avaliações

Mini-SPIN	Concordância	Discordância	Total
Positivo (%)	48 (86)	8 (14)	56 (76)
Negativo (%)	16 (89)	2 (11)	18 (24)
Total (%)	64 (86)	10 (14)	74 (100)

Como observado, obteve-se acordo de 86% (N = 48) para as avaliações dos sujeitos com Mini-SPIN positivo. Para os sujeitos com Mini-SPIN negativo, o acordo foi de 89% (N = 16). O acordo geral foi de 86%.

O Coeficiente de Correlação de *Kappa* também foi calculado, encontrando-se o valor de 0,80 ($p < 0,0001$) apontando para um excelente nível de confiabilidade interavaliadores.

2.2. Confiabilidade entre a entrevista telefônica e “face-a-face” para o diagnóstico do TAS

Para avaliar a confiabilidade quanto ao diagnóstico do TAS por meio de entrevista telefônica e “face-a-face”, analisou-se um total de 100 avaliações conjuntas, resultando em 200 protocolos a serem avaliados quanto à concordância. Para a amostra total, o índice geral de acordo foi de 87%, sendo 89% para os casos, e 95% para os não-casos. O coeficiente de correlação de *Kappa* também foi calculado e o valor encontrado foi de 0,85 ($p < 0,01$) para o grupo como um todo.

3. Indicadores de Validade do Inventário de Fobia Social (SPIN) e da Escala de Auto-avaliação ao Falar em Público (SSPS)

Os dados relativos aos indicadores de validade serão apresentados subdivididos em cinco partes que tratam respectivamente da: a) frequência dos itens; b) consistência interna; c) validade concorrente; d) análise fatorial e; e) comparação de variáveis.

3.1. Inventário de Fobia Social (SPIN)

a) Frequência dos Itens

Objetivando-se avaliar individualmente a frequência de pontuação de cada item da escala, foi calculado para cada um deles sua pontuação média, desvio-padrão e porcentagem dos escores de 0 a 4. Tais dados podem ser visualizados na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição dos itens do Inventário de Fobia Social (SPIN) em função da pontuação média, desvio-padrão e porcentagem dos escores de 0 a 4, em uma amostra da população de estudantes universitários (N = 2314)

I t e m s	Média	(DP)	E s c o r e s (%)				
			0	1	2	3	4
1. Medo de autoridades	0,83	(0,86)	42	38	16	03	01
2. Ficar vermelho em público	1,24	(1,14)	30	36	17	12	05
3. Medo de festas e eventos sociais	0,41	(0,78)	74	17	06	02	01
4. Evitar falar com desconhecidos	1,04	(1,02)	36	37	17	07	03
5. Medo de ser criticado	1,43	(1,13)	21	39	21	13	06
6. Evitar ficar envergonhado	1,10	(1,12)	37	35	14	10	04
7. Transpirar em público	0,95	(1,15)	47	29	10	10	04
8. Evitar festas	0,40	(0,86)	75	15	05	03	02
9. Evitar ser o centro das atenções	1,09	(1,22)	42	29	13	10	06
10. Medo falar com desconhecidos	0,53	(0,80)	62	27	07	03	01
11. Evitar falar em público	1,63	(1,37)	26	27	17	17	13
12. Evitar críticas	1,32	(1,22)	32	31	18	12	07
13. Sentir palpitações em público	0,73	(1,02)	56	26	10	6	02
14. Medo de ser observado	1,27	(1,09)	26	41	18	11	04
15. Medo de ficar envergonhado	1,13	(1,21)	40	30	14	10	06
16. Evitar falar com autoridades	0,51	(0,84)	65	23	08	03	01
17. Tremer/ estremecer em público	1,00	(1,11)	41	34	13	08	04

DP = desvio-padrão; % = porcentagem.

As pontuações médias variaram de 0,40 a 1,63. No geral, as maiores médias de pontuação foram para os itens 11, 5 e 12, sendo aqueles também mais comumente pontuados com os escores máximos. Porém, em nenhum destes itens a frequência de pontuação nesta categoria foi superior a 30%. Os itens com menores médias de pontuação foram os 8, 3, 16 e 10, com pelo menos 89% dos escores entre 0 e 1.

b) Consistência Interna

Para a análise da consistência interna aplicou-se o alfa de *Cronbach* para as três subescalas e para a escala total. Na Tabela 9 são apresentados os valores relativos à correlação dos itens com a escala total e subescalas e os alfas obtidos.

Tabela 9 - Valores relativos ao estudo da consistência interna do Inventário de Fobia Social (SPIN) numa amostra da população de estudantes universitários (N = 2314)

SPIN	Correlação item – escala	α
Escala total (17 itens)	0,43 – 0,70	0,90
SE medo (6 itens)	0,44 – 0,70	0,80
SE evitação (7 itens)	0,40- 0,63	0,78
SE sintomas fisiológicos (4 itens)	0,43 – 0,59	0,71

α = alfa de *Cronbach*; SE = subescala

Observou-se que os valores do alfa encontrados foram todos bastante satisfatórios, ou seja, superiores a 0,70, sendo o maior deles o da escala total (0,90) e o menor da subescala de sintomas fisiológicos (0,71).

Analisando-se a correlação de cada um dos itens com a escala total ou respectivas subescalas, observou-se que no geral todos os itens se relacionaram bem com o escore total (0,40 - 0,70). Para a escala total, o item com a maior correlação foi o 14 (“*Tenho receio de fazer coisas quando eu posso estar sendo observado*”) e o com a menor, o 8 (“*Evito ir a festas*”). A análise da consistência interna da escala, caso os itens fossem retirados do

instrumento, evidenciou que tanto para a escala total como para as subescalas não ocorreriam alterações significativas nos valores encontrados do alfa.

c) Validade Concorrente

Para determinação da validade concorrente analisou-se a correlação dos itens individuais e escore total do SPIN com os itens individuais e escore total do BAI, aplicados em 2314 sujeitos. Utilizou-se para tanto medidas de correlação bivariada entre os dois instrumentos, por meio do Coeficiente de Correlação de *Pearson*. Todos os itens individuais do SPIN mostraram correlações significativas ao nível de $p < 0,01$ com todos os itens e escore total do BAI, embora os valores encontrados estejam em um nível de fraco a moderado (0,08 - 0,50). As correlações encontradas são apresentadas na Tabela 10.

Tabela 10 - Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais do Inventário de Fobia Social (SPIN) com os itens individuais e escore total do Inventário de Ansiedade de *Beck* (BAI), em uma amostra da população de estudantes universitários (N = 2314)

Itens SPIN	Correlação com escore total - BAI	Variação da correlação significativa Com BAI (item)	Número total de correlações significativas
1	0,33*	0,11* (19) – 0,29* (17)	21
2	0,37*	0,10* (19) – 0,37* (20)	21
3	0,39*	0,09* (19) – 0,31* (5)	21
4	0,27*	0,09* (16) – 0,21* (10)	21
5	0,46*	0,14* (19) – 0,40* (5)	21
6	0,42*	0,12* (19) – 0,35* (5)	21
7	0,37*	0,12* (19) – 0,37* (21)	21
8	0,29*	0,08* (19) - 0,25 * (17)	21
9	0,38*	0,11* (16) – 0,29* (10)	21
10	0,38*	0,12* (19) – 0,31* (17)	21
11	0,35*	0,12* (19) – 0,28* (12)	21
12	0,40*	0,18* (11) – 0,36* (5)	21
13	0,49*	0,17* (19) – 0,42* (7)	21
14	0,50*	0,17* (19) – 0,40* (5)	21
15	0,47*	0,12* (19) – 0,38* (5)	21
16	0,40*	0,14* (19) – 0,31* (17)	21
17	0,50*	0,17* (19) – 0,40* (13)	21

* = $p < 0,01$; Item 1- Medo de autoridades; Item 2- Ficar vermelho em público; Item 3- Medo de festas e eventos sociais; Item 4- Evitar falar com desconhecidos; Item 5- Medo de ser criticado; Item 6- Evitar ficar envergonhado; Item 7- Transpirar em público; Item 8- Evitar festas; Item 9- Evitar ser o centro das atenções; Item 10- Medo de falar com desconhecidos; Item 11- Evitar falar em público; Item 12- Evitar críticas; Item 13- Sentir palpitações em público; Item 14- Medo de ser observado; Item 15- Medo de ficar envergonhado; Item 16- Evitar falar com autoridades; Item 17- Tremor/ estremecer em público.

A maior correlação encontrada foi entre o item 13 do SPIN (*“Sentir palpitações cardíacas me incomoda quando estou no meio de outras pessoas”*) e o item 7 do BAI (*“Assustado”*), sendo o $r = 0,42$; a menor correlação foi entre o item 8 do SPIN (*“Evito ir a festas”*) e o 19 do BAI (*“Sensação de desmaio”*), com $r = 0,08$ ($p < 0,01$).

Os itens 14 (*“Tenho receio de fazer coisas quando posso estar sendo observado”*), 17 (*“Tremor ou estremecer na frente das outras pessoas me angustia”*), 13 (*“Sentir palpitações cardíacas me incomoda quando estou no meio de outras pessoas”*) e 15 (*“Ficar envergonhado ou parecer bobo são meus maiores temores”*) foram aqueles que mostraram no geral, um nível maior e melhor de correlações com os itens do BAI, com pelo menos 8 a 11 correlações maiores que 0,30. Os itens do SPIN que menos se correlacionaram com os do BAI foram os itens 4 (*“Evito falar com pessoas que não conheço”*), 8 (*“Evito ir a festas”*) e 11 (*“Evito falar para uma platéia ou dar discursos”*), com mais do que 10 correlações com índice menor que 0,20.

Quanto às correlações do BAI, o item 5 (*“Medo que aconteça o pior”*) foi aquele que se correlacionou de forma mais significativa com os diferentes itens do SPIN, sendo que para 6 dos itens do SPIN (3, 5, 6, 12, 14, 15) foi com este item que se observou a maior correlação, com valores entre 0,31 e 0,40. Por outro lado, o item 19 do BAI (*“Sensação de desmaio”*) foi aquele que evidenciou as menores correlações com os itens do SPIN, sendo que para 15 itens os valores encontrados ficaram entre 0,08 e 0,17.

Procedeu-se também a análise das correlações entre a escala total do SPIN e suas subescalas com a escala total do BAI e suas subescalas. Os resultados são apresentados na Tabela 11.

Tabela 11- Valores relativos ao estudo da validade concorrente do Inventário de Fobia Social (SPIN) e suas subescalas com o Inventário de Ansiedade de *Beck* (BAI), em uma amostra da população de estudantes universitários (N = 2314)

SPIN	B A I				
	Escala total	SE neurofisiológica	SE subjetiva	SE pânico	SE autonômica
Escala total	0,63*	0,53*	0,60*	0,48*	0,50*
SE medo	0,61*	0,50*	0,60*	0,47*	0,47*
SE evitação	0,54*	0,46*	0,53*	0,41*	0,42*
SE sintomas fisiológicos	0,58*	0,51*	0,51*	0,44*	0,51*

SE = subescala; * = $p < 0,01$.

Detectou-se correlações significativas com $p < 0,01$ para todos os aspectos analisados relativos aos escores totais e subescalas. O nível de correlação entre o SPIN total e o BAI total foi de 0,63 ($p < 0,01$), classificado como forte e destacado como a maior correlação evidenciada. No geral, o escore total do SPIN foi aquele que também melhor se correlacionou com as subescalas do BAI. Entre as subescalas do SPIN, aquela com maiores correlações com o BAI foi a de medo ($r = 0,47-0,61$; $p < 0,01$) e a com menores correlações a de sintomas fisiológicos ($r = 0,44-0,58$; $p < 0,01$). Já quanto o BAI, também a escala total foi aquela que demonstrou as maiores correlações com o SPIN ($r = 0,54-0,63$; $p < 0,01$). Das subescalas, a maior correlação evidenciada foi com a subescala subjetiva ($0,51-0,60$; $p < 0,01$) e a menor com a de pânico ($0,41-0,48$; $p < 0,01$).

d) Análise Fatorial: Análise dos componentes principais com rotação *varimax*

Visando verificar a habituação da amostra total ($N = 2314$) para realização da análise fatorial, calculou-se inicialmente o índice de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO). O resultado encontrado foi de 0,93, demonstrando que a amostra é bastante adequada para tal análise. O teste de esfericidade de *Bartlett* também foi realizado, sendo o valor encontrado bastante significativo ($\chi^2 = 15596,15$; g.l.= 136; $p < 0,0001$).

A análise dos componentes principais forneceu três fatores, de acordo com os critérios de *Kaiser* (número de fatores igual ao número de autovalores maior ou igual a um), conforme observado na Tabela 12.

Tabela 12 - Análise fatorial: solução inicial do Inventário de Fobia Social (SPIN) aplicado em 2314 sujeitos da população de estudantes universitários por meio do método de análise dos componentes principais

Componente Principal	Autovalor	Variância (%)
1	6,90	40,60
2	1,26	7,40
3	1,04	6,12
4	0,94	5,54
5	0,86	5,05
6	0,82	4,80
7	0,71	4,16
8	0,65	3,83
9	0,53	3,14
10	0,48	2,81
11	0,47	2,75
12	0,42	2,49
13	0,41	2,43
14	0,40	2,34
15	0,39	2,28
16	0,38	2,21
17	0,35	2,06

Observou-se que três fatores foram inicialmente extraídos, os quais responderam juntos por 54,12% da variância dos dados. Analisando-se a carga individual de cada um dos fatores, detectou-se que o Fator 1 sozinho respondeu por mais de 40% da variância dos dados. Já os Fatores 2 e o 3 foram responsáveis, respectivamente, por apenas 7,40 e 6,12% da variância dos dados. Os demais fatores representaram individualmente menos do que 6% e quando somados totalizam 45,88% da variância dos dados.

Extraído os três componentes principais da escala por meio da técnica de Rotação *Varimax* com a normatização de *Kaiser*, a nova matriz fatorial foi construída, relacionando-a com os itens individuais da escala geral. Tal matriz é apresentada na Tabela 13.

Tabela 13 - Análise fatorial: matriz fatorial para os itens individuais do Inventário de Fobia Social (SPIN) por meio do método de análise dos componentes principais com rotação *varimax*

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3
12	0,70	0,11	0,06
13	0,66	0,23	0,16
17	0,66	0,33	0,13
15	0,65	0,42	0,16
5	0,65	0,29	0,16
14	0,63	0,43	0,16
16	0,56	0,22	0,29
1	0,55	0,11	0,19
7	0,52	0,09	0,25
11	0,26	0,77	-0,01
9	0,23	0,67	0,27
6	0,40	0,60	0,26
4	0,03	0,58	0,46
2	0,37	0,54	0,00
8	0,20	0,07	0,82
3	0,30	0,17	0,76
10	0,26	0,48	0,50

Item 1- Medo de autoridades; Item 2- Ficar vermelho em público; Item 3- Medo de festas e eventos sociais; Item 4- Evitar falar com desconhecidos; Item 5- Medo de ser criticado; Item 6- Evitar ficar envergonhado; Item 7- Transpirar em público; Item 8- Evitar festas; Item 9- Evitar ser o centro das atenções; Item 10- Medo de falar com desconhecidos; Item 11- Evitar falar em público; Item 12- Evitar críticas; Item 13- Sentir palpitações em público; Item 14- Medo de ser observado; Item 15- Medo de ficar envergonhado; Item 16- Evitar falar com autoridades; Item 17- Tremor/ estremecer em público.

Destacar-se-á os itens e suas cargas fatoriais nos fatores, avaliando-se a pertinência dos agrupamentos e a atribuição de um nome aos mesmos.

O Fator 1 foi composto pelos itens 12, 13, 17, 15, 5, 14, 16, 1 e 7 ($N = 9$), que respectivamente apresentaram as maiores cargas neste fator. A consistência interna desse fator assim composto foi de 0,86, calculada por meio do alfa de *Cronbach*. Analisando-se a formulação desses itens agrupados no Fator 1, foi observado que os mesmos referem-se ao medo e evitação de situações sociais, associados ao risco de vergonha, julgamento e crítica; ao medo e evitação de pessoas de autoridade, e também aos sintomas fisiológicos possíveis de serem experimentados no contato/ interação com outras pessoas. Outros dois itens, por serem considerados teoricamente pertinentes a este fator, foram agrupados ao mesmo. Um destes itens foi o de número 6 (*“Evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado”*) que mostrou maior carga no Fator 2 (0,60), mas carga também considerável no Fator 1 (0,40). O outro item foi o de número 2 (*“Incomodo-me por ficar vermelho na frente das pessoas”*), que também apresentou carga maior no Fator 2 (0,54), mas carga importante (0,37) no Fator 1. A análise da consistência interna do Fator 1, com o acréscimo dos dois itens referidos apontou o valor de alfa de 0,88, o que corrobora para o agrupamento de tais itens neste fator. Assim, o Fator 1, composto por 11 itens, foi denominado de “medo e evitação de situações de avaliação social e de pessoas de autoridade e sintomas fisiológicos”.

O Fator 2, inicialmente seria composto pelo itens 11, 9, 6, 4 e 2, com consistência interna de 0,77 (alfa de *Cronbach*). Os itens 6 e 2, como referido, por questões teóricas e por apresentarem peso significativo no Fator 1, foram agrupados junto a este, restando ao Fator 2, três itens que referem-se à evitação de falar em público, de ser o centro das atenções e de falar com estranhos. Analisando-se o item 10 (*“Conversar com estranhos me*

assusta”), observa-se que o mesmo apresenta cargas quase iguais tanto no Fator 2 (0,48), quanto no 3 (0,50). Por julgá-lo mais pertinente ao conteúdo dos itens do Fator 2, foi desta forma agrupado a este. Assim, o Fator 2, composto por quatro itens (11, 9, 4 e 10), foi denominado de “medo e evitação de interação com pessoas desconhecidas, falar em público e ser o centro de atenções”, tendo demonstrado consistência interna de 0,72 (alfa de *Cronbach*).

O Fator 3, inicialmente composto pelos itens 8, 3 e 10, com consistência interna de 0,71, ficou reduzido a dois itens, 8 e 3, sendo nomeado de “medo e evitação de eventos sociais”, com consistência interna de 0,76.

e) Comparação de variáveis

Para comparação das variáveis, em função da pontuação média no SPIN, realizou-se inicialmente uma análise univariada, por meio do Teste t de *Student*. As variáveis estudadas foram sexo e universidade. Os resultados de tal análise podem ser visualizados na Tabela 14.

Tabela 14 - Pontuação média no Inventário de Fobia Social (SPIN) e suas subescalas em função do sexo e universidade em uma amostra da população de estudantes universitários (N = 2314)

Variáveis		S P I N									
		Escala Total		SE medo		SE evitação		SE sintomas fisiológicos		Mini-SPIN	
		média	(DP)	média	(DP)	média	(DP)	média	(DP)	média	(DP)
Sexo	Feminino	17,6	(11,7)	6,0	(4,3)	7,5	(5,2)	4,1	(3,3)	3,6	(3,0)
	Masculino	15,3	(10,9)	5,0	(4,0)	6,6	(4,9)	3,7	(3,1)	3,0	(2,7)
	Estatística	t = 4,887 p < 0,001*		t = 5,897 p < 0,001*		t = 4,206 p < 0,001*		t = 2,962 p < 0,003*		t = 4,530 p < 0,001*	
Universidade	USP	16,0	(10,9)	5,5	(4,0)	6,8	(4,9)	3,8	(3,1)	3,3	(2,8)
	UNIFRAN	17,1	(11,8)	5,7	(4,3)	7,3	(5,2)	4,1	(3,4)	3,4	(3,0)
	Estatística	t = -2,179 p < 0,03*		t = -1,329 p = 0,18		t = -2,392 p = 0,02*		t = -2,198 p = 0,03*		t = -0,627 p = 0,53	
Total		16,6	(11,4)	5,6	(4,2)	7,1	(5,1)	3,9	(3,3)	3,3	(2,9)

SE = subescala; DP = desvio padrão; * = diferença significativa; t = Teste t de *Student*.

Encontraram-se diferenças significativas quanto ao sexo ($p < 0,003$) tanto para o escore total do SPIN como para as suas subescalas e Mini-SPIN, sendo que os sujeitos do sexo feminino apresentaram as maiores médias de pontuação.

Quanto à universidade também encontraram-se diferenças significativas para a escala total, e suas subescalas ($p < 0,05$), com exceção à subescala de medo e ao Mini-SPIN, sendo que os sujeitos da UNIFRAN apresentaram as maiores médias de pontuação comparados aos da USP.

Outra análise realizada foi mediante da ANOVA multivariada, buscando-se avaliar a influência simultânea das variáveis, bem como a interação das mesmas. Os resultados desta análise são ilustrados na Tabela 15.

Tabela 15 – Comparação das pontuações no Inventário de Fobia Social (SPIN) e nas suas subescalas em função das variáveis estudadas e da interação entre elas em uma amostra da população de estudantes universitários (N = 2314)

SPIN	Variáveis	F	P
Total	sexo	22,42	p < 0,001*
	universidade	3,92	p = 0,48
	sexo vs universidade	0,06	p = 0,81
SE medo	sexo	33,58	p < 0,001*
	universidade	1,33	p = 0,25
	sexo vs universidade	0,02	p = 0,89
SE evitação	sexo	16,53	p < 0,001*
	universidade	4,93	p = 0,03*
	sexo vs universidade	0,04	p = 0,84
SE sintomas fisiológicos	sexo	7,91	p = 0,005*
	universidade	3,98	p = 0,05*
	sexo vs universidade	0,48	p = 0,49
Mini-SPIN	sexo	19,60	p < 0,001*
	universidade	0,21	p = 0,64
	sexo vs universidade	0,02	p = 0,87

SE = subescala; vs = versus; * = diferença significativa; p = nível de significância.

Observou-se que quanto ao sexo houve diferenças significativas para a escala total, subescalas e Mini-SPIN ($p < 0,001$). Encontraram-se novamente, as maiores médias de pontuação para o sexo feminino. Já quanto à universidade, encontraram-se diferenças significativas apenas para as subescalas de evitação e de sintomas fisiológicos, nos quais os sujeitos da UNIFRAN mostraram as maiores médias. Já a interação das variáveis sexo vs universidade não mostrou diferenças significativas para nenhuma subescala e nem para a escala total, evidenciando que as diferenças encontradas anteriormente independem desta relação.

3.1.1. Mini- SPIN

a) Frequência de Itens

Considerando-se que no estudo original o Mini-SPIN foi composto pelos itens 6, 9 e 15, observa-se que na amostra estudada a média de pontuação destes itens foi 1,10, 1,09, 1,13, respectivamente. É de se destacar que dentre os demais itens do SPIN, estes não foram aqueles com as maiores médias de pontuação, pois ocuparam as 7ª, 8ª e 6ª posição, respectivamente. Quanto aos escores, uma porcentagem de apenas 14 a 16% dos sujeitos pontuaram os dois escores de maior gravidade (3 e 4), sendo que a maior porcentagem de pontuação nestes três itens estudados foi no escore 0 (37 a 42%).

b) Consistência Interna

Aplicando-se o alfa de *Cronbach* para os três itens em conjunto, observou-se que os itens se correlacionaram com a escala Mini-SPIN com valores entre 0,51 e 0,60, e o alfa encontrado para a escala total (Mini-SPIN) foi de 0,73, o qual foi considerado adequado / satisfatório.

c) Validade Concorrente

Por meio da aplicação do Coeficiente de Correlação de *Pearson*, avaliou-se as correlações dos itens do Mini-SPIN com os itens e escore total do BAI e com o escore total e subescalas do SPIN.

Cada um dos itens do Mini-SPIN correlacionou-se de forma variada com os itens do BAI, sendo que as correlações observadas ficaram no intervalo de 0,11 a 0,38 ($p < 0,01$), sendo consideradas fracas/moderadas. O item 6 do Mini-SPIN (“*Evito fazer coisas ou falar*

com certas pessoas por medo de ficar envergonhado”) correlacionou-se mais com o item 5 do BAI (*“Medo que aconteça o pior”*); o item 9 do Mini-SPIN (*“Evito atividades nas quais sou o centro das atenções”*) com o 10 do BAI (*“Nervoso”*) e o item 15 do Mini-SPIN (*“Ficar envergonhado ou parecer bobo são os meus maiores temores”*) com o 5 do BAI (*“Medo que aconteça o pior”*).

A correlação do escore total do Mini-SPIN com o escore total do BAI foi considerado forte, com $r = 0,52$ ($p < 0,01$). A correlação com as subescalas do BAI variou de 0,39 a 0,51 ($p < 0,01$), sendo a maior correlação com a subescala subjetiva e a menor com a de pânico.

Já a correlação do Mini-SPIN com o escore total do SPIN foi de 0,88 ($p < 0,01$), com a subescala de medo 0,82 ($p < 0,01$), com a subescala de evitação 0,88 ($p < 0,01$) e com a subescala de sintomas fisiológicos 0,67 ($p < 0,01$). Tais correlações foram consideradas bastante satisfatórias, classificadas como muito fortes.

d) Validade Discriminativa

Para avaliação da validade discriminativa do Mini-SPIN, os sujeitos selecionados foram contatados por telefone para responderem ao Módulo F da SCID-IV, visando identificar os sujeitos com diagnóstico de TAS. Os dados relativos à entrevista telefônica podem ser visualizados na Tabela 16.

Tabela 16 - Distribuição da amostra em função da classificação no Mini-SPIN e no Módulo F da SCID-IV (N = 590)

	Módulo F SCID positivo	Módulo F SCID negativo
MS positivo	241	182
MS negativo	15	152

MS= Mini-Spin

Após a entrevista telefônica, confirmou-se com base na SCID-IV, o diagnóstico de TAS para 57% dos que atingiram o critério para o Mini-SPIN positivo ($N_{++} = 241$) e excluiu-se para 43% ($N_{+-} = 182$). Confirmou-se também a ausência de diagnóstico de TAS para 91% dos Mini-SPIN negativo ($N_{--} = 152$) e a presença para 9% ($N_{-+} = 15$).

A amostra total também foi submetida à análise por meio da curva ROC. Encontrou-se uma área sob a curva com valor de 0,81 ($p < 0,001$), com erro padrão de 0,02 e intervalo de confiança de 95% entre 0,77 e 0,84. A Figura 2 ilustra a curva obtida.

Figura 2. Área sob a Curva ROC do escore total do Mini-SPIN para a amostra estudada (N = 590)

Para a nota de corte 6, o Mini-SPIN apresentou uma sensibilidade de 0,94, e especificidade de 0,46. O valor preditivo positivo foi 0,57, o valor preditivo negativo 0,91 e a taxa de classificação incorreta 0,33.

Calculou-se também a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo, bem como a taxa de classificação incorreta para outros pontos de corte além do 6, que foi o inicialmente proposto por Connor et al. (2001). Tais dados são apresentados na Tabela 17.

Tabela 17 - Valores relativos ao estudo da validade discriminativa do Mini-SPIN em uma amostra da população de estudantes universitários (N = 590)

Nota de corte	S	E	VPP	VPN	TCI
6	0,94	0,46	0,57	0,91	0,33
7	0,77	0,67	0,64	0,80	0,28
8	0,59	0,82	0,71	0,72	0,28
9	0,44	0,89	0,75	0,67	0,30
10	0,30	0,96	0,84	0,64	0,33

S = sensibilidade; E = especificidade; VPP = valor preditivo positivo; VPN = valor preditivo negativo; TCI = taxa de classificação incorreta.

Observou-se que utilizando a nota de corte 7, tem-se um aumento na especificidade e no valor preditivo positivo da escala, mantendo-se ainda índices altos de sensibilidade e valor preditivo negativo. Já para a nota de corte 8, tem-se um aumento ainda mais expressivo da especificidade e do valor preditivo positivo, com queda no valor preditivo negativo, mas sobretudo da sensibilidade, mantendo-se o valor da taxa de classificação incorreta. Para as demais notas de corte, observou-se um aumento relevante nos valores de especificidade e valor preditivo positivo.

3.2. Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS)

a) Frequência dos Itens

Para cada item da SSPS foi calculada a média de pontuação obtida pela amostra de 2314 universitários e o seu respectivo desvio-padrão, bem como a porcentagem de cada escore. Tais dados são descritos na Tabela 18.

Tabela 18 - Distribuição dos itens da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) em função da pontuação média, desvio-padrão e porcentagem dos escores de 0 a 5 em uma amostra da população de estudantes universitários (N= 2314)

I t e m s	Média	DP	Escores (%)					
			0	1	2	3	4	5
1. O que tenho a perder? Vale a pena tentar	3,49	1,45	4	7	13	21	22	33
2. Sou um fracasso	0,72	1,20	64	18	7	6	3	2
3. Esta é uma situação difícil, mas posso dar conta dela	3,72	1,40	4	5	9	16	26	40
4. Um fracasso nesta situação seria mais uma prova de minha incompetência	1,20	1,58	51	18	11	7	6	7
5. Mesmo que não dê certo não é o fim do mundo	3,80	1,54	6	6	8	12	19	49
6. Posso dar conta de tudo	2,64	1,56	14	11	18	26	18	13
7. Qualquer coisa que eu disser vai parecer bobagem	1,06	1,33	48	24	11	10	5	2
8. Acho que vou me dar mal de qualquer jeito	0,76	1,22	63	18	9	5	3	2
9. Ao invés de me preocupar, eu poderia me concentrar no que quero dizer	3,67	1,48	5	6	9	17	22	41
10. Eu me sinto desajeitado e tolo, certamente eles vão notar	1,34	1,60	46	18	13	9	7	7

DP = desvio-padrão; % = porcentagem.

Todos os itens da subescala de auto-avaliação positiva foram aqueles que obtiveram as maiores médias, bem como as maiores porcentagens de pontuação nos escores 4 e 5 e menores porcentagens nos escores 0 e 1.

Por outro lado, os itens da subescala de auto-avaliação negativa foram aqueles com as menores médias de pontuação, em comparação aos itens da subescala de auto-avaliação positiva, com 69 a 82% dos escores entre 0 e 1, evidenciando uma menor avaliação negativa do grupo em relação a si.

b) Consistência Interna

O alfa de *Cronbach* foi aplicado para a análise da consistência interna, tanto para cada subescala separadamente, como para a escala total. Os resultados obtidos são apresentados na Tabela 19.

Tabela 19 - Valores relativos ao estudo da consistência interna da Escala de Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) em uma amostra da população de estudantes universitários (N = 2314)

SSPS	Correlação Item – escala	α
Escala total (10 itens)	0,43 - 0,70	0,90
SE auto-avaliação positiva (5 itens)	0,44 - 0,70	0,80
SE auto-avaliação negativa (5 itens)	0,40 - 0,63	0,78

α = alfa de *Cronbach*; SE = subescala

Observa-se valores de alfa bastante satisfatórios tanto para a escala total como para as subescalas. A correlação de cada item com o total variou de 0,40 - 0,70, e cada um dos itens, caso retirados do instrumento, não alterariam a significância do valor do alfa para a escala total.

c) Validade Concorrente

Analisou-se a validade concorrente da SSPS com duas outras escalas: BAI e SPIN. Inicialmente, calculou-se a correlação de cada um dos itens e escore total da SSPS com os itens e escore total das outras escalas. Em seguida, procedeu-se o cálculo da correlação entre os escores totais e subescalas da SSPS e BAI/ SPIN .

As Tabelas 20 e 21 mostram os dados relacionados às correlações entre a SSPS e BAI.

Tabela 20 - Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) com os itens individuais e escore total do Inventário de Ansiedade de *Beck* (BAI), em uma amostra da população de estudantes universitários (N = 2314)

Itens SSPS	Correlação com escore total – BAI	Variação da correlação significativa com BAI (item)	Número total de correlações significativas
1	-0,15*	-0,03* (18) – -0,14* (20)	21
2	0,35*	0,13* (15) – 0,30* (5)	21
3	-0,21*	-0,09* (15) – -0,17* (5)	21
4	0,38*	0,13* (16) – 0,34* (5)	21
5	-0,21*	-0,08* (19) – -0,18* (5)	21
6	-0,21*	-0,06* (15) – -0,16* (5)	21
7	0,36*	0,12* (15) – 0,30* (5)	21
8	0,38*	0,14* (15) – 0,34* (5)	21
9	-0,07*	-0,02* (4) – -0,09* (3)	11
10	0,43*	0,12* (19) – 0,35* (5)	21

* = $p < 0,01$; Item 1- O que tenho a perder; Item 2- Sou um fracasso; Item 3- Situação difícil/ posso dar conta; Item 4- Fracasso/ prova incompetência; Item 5- Não é o fim do mundo; Item 6- Posso dar conta de tudo; Item 7- Parecer bobagem; Item 8- Vou me dar mal; Item 9- Concentrar no que dizer; Item 10 – Desajeitado, tolo.

Todos os itens da SSPS, com exceção do 9 (“*Ao invés de me preocupar, eu poderia me concentrar no que quero dizer*”), relativo à subescala de auto-avaliação positiva, mostraram correlações significativas com todos os itens da BAI, com valores entre 0,02 e 0,35 ($p < 0,01$). O item que guardou as melhores correlações foi o 10 (“*Eu me sinto desajeitado e tolo, certamente eles vão notar*”), pertencente à subescala de auto-avaliação negativa, mesmo assim com apenas 5 correlações das 21 possíveis acima de 0,30 ($p < 0,01$). Os demais itens mostraram correlações inferiores, sendo que o 9 foi aquele que

correlacionou-se com 11 dos 21 itens com valores inferiores a 0,09 ($p < 0,01$). Os itens 1, 3, 5 e 6, todos da subescala de auto-avaliação positiva, não mostraram nenhuma correlação superior a 0,20.

Analisando-se as correlações sob o ponto de vista do BAI, o item 5 (“*Medo que aconteça o pior*”) foi aquele que evidenciou o maior número e as maiores correlações com a SSPS, estas de ordem negativa, e o item 15 (“*Dificuldades de respirar*”) o menor número e as menores correlações, sendo estas de ordem positiva.

A análise das correlações entre os escores totais e os das subescalas dos dois instrumentos (SSPS e BAI) podem ser visualizadas na Tabela 21.

Tabela 21 - Valores relativos ao estudo da validade concorrente da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) e suas subescalas com o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) em uma amostra da população de estudantes universitários ($N = 2314$)

SSPS	BAI				
	Escala Total	SE neurofisiológica	SE subjetiva	SE pânico	SE Autonômica
Escala total	-0,47*	- 0,40*	-0,47*	-0,35*	-0,36*
SE auto-avaliação positiva	-0,24*	- 0,21*	-0,23*	-0,19*	-0,18*
SE auto-avaliação negativa	0,52*	0,43*	0,53*	0,37*	0,39*

SE = subescala, * = $p < 0,01$.

A subescala de auto-avaliação negativa foi aquela que guardou as maiores correlações (0,37 - 0,53; $p < 0,01$) com o BAI, correlações estas classificadas como moderadas/fortes, seguida pela escala total (-0,35 a -0,47; $p < 0,01$). A subescala de auto-avaliação positiva mostrou correlações significativas, porém com níveis considerados

fracos (-0,18 a -0,24; $p < 0,01$). Tomando-se como referência o BAI, a escala total e a subescala subjetiva foram aquelas que guardaram as melhores correlações com a SSPS.

As Tabelas 22 e 23 apresentam os dados relativos às correlações da SSPS e SPIN.

Tabela 22 - Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais e escore total da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) com os itens individuais e escore total do Inventário de Fobia Social (SPIN), em uma amostra da população de estudantes universitários (N = 2314)

Itens SSPS	Correlação com escore total - SPIN	Variação da correlação significativa Com SPIN (item)	Número total de correlações significativas
1	-0,24*	-0,07* (7) – -0,24* (9)	17
2	0,46*	0,20* (4) – 0,36* (15)	17
3	-0,26*	-0,09* (7) – -0,23* (11)	17
4	0,45*	0,20* (4) – 0,37* (15)	17
5	-0,23*	-0,09* (7) – -0,18* (15)	17
6	-0,26*	-0,09* (2) – 0,21* (9)	17
7	0,46*	0,19* (4) – 0,36* (15)	17
8	0,42*	0,18* (7) – 0,32* (15)	17
9	-0,11*	-0,03* (7) – -0,09* (9)	17
10	0,57*	0,25* (4) – 0,47* (15)	17

* = $p < 0,01$; Item1- O que tenho a perder; Item 2- Sou um fracasso; Item 3- Situação difícil/ posso dar conta; Item 4- Fracasso/ prova incompetência; Item 5- Não é o fim do mundo; Item 6- Posso dar conta de tudo; Item 7- Parecer bobagem; Item 8- Vou me dar mal; Item 9- Concentrar no que dizer; Item 10- Desajeitado, tolo.

Em relação às correlações com o SPIN, observou-se que todos os itens da SSPS mostraram correlações significativas com o escore total e com todos os itens do SPIN ao nível de $p < 0,01$. O item que mostrou o maior índice de correlação foi o 10 da SSPS (“*Eu me sinto desajeitado e tolo, certamente eles vão notar*”) com o 15 do SPIN (“*Ficar envergonhado ou parecer bobo são os meus maiores temores*”), com correlação de $r =$

0,47. O item 9, da subescala positiva (*“Ao invés de me preocupar, eu poderia me concentrar no que quero dizer”*), foi aquele que apresentou as menores correlações com o SPIN, seguido pelos itens 5 (*“Mesmo que não dê certo não é o fim do mundo”*) e 6 (*“Posso dar conta de tudo”*), também da subescala de auto-avaliação positiva, sendo que para os itens 9 e 5, 100% delas (N = 17) foram menores que 0,20 e para o item 6, 9% (N = 15).

Analisando-se os itens do SPIN, o item 15 (*“Ficar envergonhado ou parecer bobo são os meus maiores temores”*) foi aquele mais fortemente correlacionado com seis dos dez itens da SSPS. O item 7 (*“Transpirar na frente das pessoas me incomoda”*), ao contrário, foi, no geral, o que menos se correlacionou com os itens da SSPS, evidenciando as menores correlações para com cinco dos 10 itens da SSPS.

A análise das correlações dos escores totais das duas escalas e de suas subescalas evidenciou os valores apresentados na Tabela 23.

Tabela 23 - Valores relativos ao estudo da validade concorrente da Escala de Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) e suas subescalas com o Inventário de Fobia Social (SPIN) numa amostra da população de estudantes universitários (N = 2314)

SSPS	SPIN				
	Escala Total	SE Medo	SE evitação	SE sintomas fisiológicos	Mini-SPIN
Escala total	-0,60*	-0,57*	-0,57*	-0,47*	-0,54*
SE auto-avaliação positiva	-0,31*	-0,30*	-0,32*	-0,22*	-0,29*
SE auto-avaliação negativa	0,65*	0,62*	0,60*	0,52*	0,58*

SE = subescala, * = $p < 0,01$.

A melhor correlação evidenciada foi em relação à subescala de auto-avaliação negativa da SSPS e o SPIN total ($r = 0,65$; $p < 0,01$), correlação esta classificada como forte. No geral, foi a subescala de auto-avaliação negativa que também mostrou as melhores correlações com as subescalas do SPIN ($r = 0,52$ a $0,62$; $p < 0,01$), seguida pela SSPS total, cujos indicadores são bastante próximos. Já as correlações da subescala de auto-avaliação positiva com o SPIN foram inferiores, consideradas fracas/moderadas, com valores entre $-0,22$ e $-0,32$ ($p < 0,01$). Quanto ao SPIN, tanto a escala total como as subescalas apresentaram significativas correlações com a SSPS. O Mini-SPIN também se correlacionou mais fortemente com a subescala de auto-avaliação negativa ($r = 0,58$; $p < 0,01$).

d) Análise Fatorial: Análise dos componentes principais com rotação *varimax*

Analisou-se inicialmente a habituação da amostra para realização da análise fatorial, encontrando-se um valor de KMO de $0,84$, o que permitiu que a mesma fosse realizada. O teste de esfericidade de *Bartlett* foi realizado, e o valor encontrado foi considerado bastante significativo ($\chi^2 = 5514,83$; g.l.= 45; $p < 0,0001$).

Em seguida, a análise dos componentes principais forneceu dois fatores de acordo com os critérios de *Kaiser*. Na Tabela 24 pode-se observar os fatores extraídos, bem como sua participação na variância dos escores.

Tabela 24 -Análise Fatorial: Solução inicial da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) aplicada em 2314 sujeitos da população de estudantes universitários, por meio do método de análise dos componentes principais

Componente Principal	Autovalor	Variância (%)
1	3,36	33,60
2	1,84	18,45
3	0,82	8,21
4	0,71	7,08
5	0,63	6,27
6	0,57	5,68
7	0,56	5,56
8	0,53	5,33
9	0,50	4,98
10	0,48	4,84

Por meio da análise, identificou-se que dois fatores foram extraídos, os quais responderam conjuntamente por 52% da variância dos dados. O Fator 1 isoladamente representa 33,60% da variância e o Fator 2, 18,45%. Os demais fatores representam individualmente menos do que 8,5% da variância e conjuntamente explicaram 48% da mesma.

Aplicou-se a rotação *varimax* visando distinguir as cargas das variáveis dentro de cada um dos dois fatores. Uma matriz fatorial foi construída, relacionando-a com os itens individuais da escala geral, a qual é apresentada na Tabela 25.

Tabela 25 - Análise Fatorial: Matriz Fatorial com extração de dois fatores para os itens individuais da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS), por meio do método de análise dos componentes principais com rotação *varimax*

Itens	Fator 1	Fator 2
7	0,75	0,08
8	0,73	0,18
4	0,72	0,06
2	0,72	0,15
10	0,72	0,07
5	0,10	0,77
3	0,17	0,74
1	0,12	0,71
9	-0,04	0,70
6	0,17	0,51

Item 1- O que tenho a perder; Item 2- Sou um fracasso; Item 3- Situação difícil/ posso dar conta; Item 4- Fracasso/ prova incompetência; Item 5- Não é o fim do mundo; Item 6- Posso dar conta de tudo; Item 7- Parecer bobagem; Item 8- Vou me dar mal; Item 9- Concentrar no que dizer; Item 10 – Desajeitado, tolo.

Observou-se que o Fator 1 agrupou cinco itens relativos à auto-avaliação negativa e assim foi denominado, apresentando consistência interna de 0,78. O Fator 2 agrupou cinco itens relacionados à auto-avaliação positiva e também foi denominada desta forma, evidenciando consistência interna de 0,80.

e) Comparação de Variáveis

A pontuação média dos sujeitos na SSPS total e suas subescalas foi analisada em função das duas variáveis sociodemográficas: sexo e universidade, mediante duas técnicas: análise univariada (Teste t de *Student*) e ANOVA multivariada, conforme observado nas Tabelas 26 e 27, respectivamente.

Tabela 26 - Pontuação média na Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) e suas subescalas em função do sexo e universidade em uma amostra da população de estudantes universitários (N = 2314)

		S S P S					
Variáveis		Total		SE positiva		SE negativa	
		média	(DP)	média	(DP)	média	(DP)
Sexo	Feminino	37,0	(8,6)	17,5	(5,0)	19,5	(5,4)
	Masculino	37,6	(7,8)	17,1	(5,4)	20,5	(4,7)
	Estatística	t = -1,825 p = 0,68		t = 1,780 p = 0,75		t = -4,802 p < 0,001*	
Universidade	USP	37,4	(8,1)	17,4	(4,7)	20,1	(4,8)
	UNIFRAN	37,1	(8,4)	17,2	(5,5)	19,9	(5,4)
	Estatística	t = -1,124 p = 0,26		t = 0,830 p = 0,41		t = 0,990 p = 0,32	
Total		37,3	(8,2)	17,3	(5,2)	19,9	(5,1)

SE = subescala; DP = desvio-padrão; * = diferença significativa; t = Teste t de *Student*.

Com base na análise univariada, a variável sexo, tanto para a escala total quanto para a subescala de auto-avaliação positiva, não mostrou diferenças significativas. Entretanto, na subescala de auto-avaliação negativa foi encontrada diferença significativa, onde os sujeitos do sexo feminino apresentaram menor média de pontuação, ou seja, uma maior avaliação negativa, considerando que a pontuação desta subescala é invertida. Quanto à universidade, não foram encontradas diferenças significativas para a escala total e as subescalas.

Tabela 27 - Comparação das pontuações na Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) e nas suas subescalas em função das variáveis estudadas e da interação entre elas em uma amostra da população de estudantes universitários (N = 2314)

SSPS	Variáveis	F	P
Total	sexo	3,75	p = 0,06
	universidade	1,55	p = 0,21
	sexo vs universidade	2,99	p = 0,84
SE positiva	sexo	2,30	p = 0,13
	universidade	1,39	p = 0,24
	sexo vs universidade	7,86	p = 0,005 *
SE negativa	sexo	21,83	p < 0,001*
	universidade	0,68	p = 0,41
	sexo vs universidade	0,00	p = 0,96

SE = subescala; vs = versus; * = diferença significativa; p = nível de significância.

Observou-se que, por meio da análise multivariada (ANOVA), a variável sexo mostrou diferenças significativas apenas para a subescala de auto-avaliação negativa, assim como na análise anterior, com indivíduos do sexo feminino mostrando as menores pontuações, ou seja, maior nível de auto-avaliação negativa. Para a variável universidade, não foi evidenciado nenhum tipo de diferença significativa. Já a interação entre as variáveis sexo vs universidade foi significativa apenas para a subescala de auto-avaliação positiva. Como as variáveis nos seus efeitos principais não apresentaram diferenças significativas, esta interação, embora significativa, não parece ser relevante.

• **Estudo 2**

1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

A amostra final do Estudo 2 foi composta por 178 sujeitos, sendo 88 casos de TAS e 90 não-casos de TAS. A Tabela 28 apresenta o perfil da amostra estudada.

Tabela 28 - Caracterização sociodemográfica da amostra incluída no Estudo 2 em função da presença ou ausência de TAS (N = 178)

V a r i á v e i s		Casos (N = 88)	Não- Casos (N = 90)	Total (N = 178)	Estatística
Sexo	Feminino N (%)	60 (68,2)	50 (55,6)	110 (61,8)	$\chi^2 = 3,005$ p = 0,83
	Masculino N (%)	28 (31,8)	40 (44,4)	68 (38,2)	
Idade	Média	21,5	20,9	21,2	t = 1,438 p = 0,15
	(DP)	(2,9)	(2,5)	(2,7)	
Atividade Profissional	Estuda N (%)	81 (92,0)	79 (87,8)	160 (89,9)	$\chi^2 = 0,892$ p = 0,35
	Estuda+trabalha N (%)	07 (8,0)	11 (12,2)	18 (10,1)	
Universidade	USP N (%)	63 (72,1)	72 (78,9)	133 (75,6)	$\chi^2 = 1,100$ p = 0,29
	UNIFRAN N (%)	24 (27,9)	19 (21,1)	43 (24,4)	
Área do Curso	Exatas N (%)	34 (31,4)	28 (31,4)	62 (34,3)	$\chi^2 = 0,643$ p = 0,73
	Humanas N (%)	10 (11,2)	10 (11,6)	20 (11,4)	
	Biológicas N (%)	46 (51,7)	50 (57,0)	96 (54,3)	
Ano do Curso	1º ano N (%)	28 (31,4)	38 (41,6)	66 (36,6)	$\chi^2 = 3,221$ p = 0,36
	2º ano N (%)	29 (32,6)	27 (30,3)	56 (31,4)	
	3º ano N (%)	21 (24,4)	20 (22,5)	41 (23,4)	
	4º ano N (%)	10 (11,6)	5 (5,6)	15 (8,6)	
Uso de Medicação	Não N (%)	66 (75,0)	66 (73,3)	132 (74,2)	$\chi^2 = 0,640$ p = 0,80
	Sim N (%)	22 (25,0)	24 (26,7)	46 (25,8)	

N = frequência; % = porcentagem.

Pode-se verificar que predominaram sujeitos do sexo feminino, sendo a idade média dos sujeitos da amostra ficou em torno de 21,2 anos. Aproximadamente 90% dos sujeitos apenas estudavam, sendo que do total, 75,6% dos alunos eram da USP e 24,4% da UNIFRAN. Predominaram também alunos dos cursos da área de Biológicas, seguidos pelos da de Exatas, cursando os primeiros e segundos anos dos referidos cursos. Apenas 25,8% dos sujeitos faziam uso de medicações, sendo novamente as mais comuns: anticoncepcionais, complexos vitamínicos, antiinflamatórios e antialérgicos.

No geral, tal amostra tem um perfil bastante parecido ao da amostra do estudo inicial (Estudo 1 - N = 2314), podendo ser considerada bastante semelhante à mesma.

Analisando-se a amostra em função da presença ou ausência de TAS, não se encontraram diferenças significativas quanto às variáveis sociodemográficas, evidenciando a homogeneidade dos dois subgrupos: casos e não-casos de TAS.

2. Testagem de materiais e instrumentos para validação das escalas

2.1. Confiabilidade Interavaliadores Inicial para o Preenchimento da BSPS

A concordância entre avaliador e observador, envolvendo oito profissionais que se revezaram nestes papéis, foi aferida para todas as avaliações (N = 4).

A porcentagem de concordância para a escala geral variou de 0,55 a 1,00, sendo a média 0,84. O Coeficiente de Correlação Intraclassa encontrado foi de 0,91. Para a subescala de medo, o percentual de concordância variou de 0,55 a 0,94, com média de 0,76, e o Coeficiente de Correlação Intraclassa foi de 0,95. Para a subescala de evitação, a

variação percentual da concordância foi de 0,68 a 1,0, com média de 0,88 e Coeficiente de Correlação Intraclass de 0,99. Para a subescala de sintomas fisiológicos a porcentagem de concordância variou de 0,84 a 0,94, sendo o Coeficiente de Correlação Intraclass de 0,92. Todos os indicadores foram considerados como bastante satisfatórios, e os avaliadores aptos para procederem a aplicação do instrumento.

3. Indicadores de validade do SPIN, SSPS e BSPS

Os resultados quanto aos índices de validade dos instrumentos serão apresentados também separadamente, em subtópicos: a) frequência de itens, b) consistência interna, c) validade concorrente, d) validade discriminante, e) análise fatorial, f) validade de construto e g) comparação de variáveis. Para o instrumento BSPS, serão também apresentados os índices de fidedignidade.

3.1. Inventário de Fobia Social (SPIN)

a) Frequência de Itens

Para cada item do SPIN foi calculado a pontuação média, o desvio padrão e a porcentagem dos escores separadamente para as amostras de casos e não-casos. Tais dados são apresentados na Tabela 29.

Tabela 29 - Distribuição dos itens do Inventário de Fobia Social (SPIN) em função da pontuação média, desvio padrão e porcentagem dos escores de 0 a 4 em uma amostra de casos (N = 88) e de não-casos (N = 90) de TAS

Itens SPIN	C a s o s (N = 88)							N ã o – C a s o s (N = 90)							Estatística
	Média	(DP)	Escore s %					Média	(DP)	Escore s %					
			0	1	2	3	4			0	1	2	3	4	
1	1,56	(1,07)	17	34	28	17	4	0,59	(0,79)	57	31	9	3	0	U=1915,00**
2	2,20	(1,17)	10	16	30	32	12	0,86	(0,97)	41	43	10	3	3	U=1535,00**
3	1,26	(1,09)	30	32	24	12	2	0,24	(0,60)	81	16	2	0	1	U=1725,00**
4	1,75	(1,19)	16	31	24	21	8	0,73	(0,95)	53	29	14	2	2	U=2025,00**
5	2,47	(1,07)	1	23	23	35	18	1,07	(1,08)	33	44	9	11	3	U=1497,00**
6	2,23	(1,12)	6	25	20	38	11	0,61	(0,87)	56	34	6	2	2	U=1090,00**
7	1,71	(1,40)	24	28	15	18	15	0,87	(1,07)	46	38	4	9	3	U=2560,00**
8	1,03	(1,12)	42	29	17	9	3	0,16	(0,63)	94	1	3	1	1	U=1979,50**
9	2,66	(1,24)	7	12	17	32	31	1,04	(3,57)	64	16	9	10	1	U=1087,50**
10	1,30	(1,15)	27	39	16	14	4	0,22	(0,61)	85	11	3	0	1	U=1603,00**
11	2,76	(1,25)	4	14	21	21	40	0,71	(1,18)	64	19	6	4	7	U=1032,00**
12	2,04	(1,31)	13	28	18	24	17	1,07	(1,28)	43	32	6	11	8	U=2304,50**
13	1,59	(1,36)	28	28	12	22	10	0,56	(0,93)	65	21	7	6	1	U=2159,50**
14	2,34	(1,12)	3	20	35	21	21	0,90	(0,95)	39	41	14	4	2	U=1336,50**
15	2,35	(1,14)	6	18	30	28	18	0,53	(0,89)	66	22	7	4	1	U=929,50**
16	1,15	(1,07)	33	33	22	10	2	0,30	(0,68)	80	12	6	2	0	U=2023,00**
17	2,10	(1,42)	18	17	25	16	24	0,67	(0,96)	57	29	8	4	2	U=1708,00**

DP = desvio padrão; N = frequência; % = porcentagem; ** = $p < 0,001$; U = Teste de *Mann-Whitney*; Item 1- Medo de autoridades; Item 2- Ficar vermelho em público; Item 3- Medo de festas e eventos sociais; Item 4- Evitar falar com desconhecidos; Item 5- Medo de ser criticado; Item 6- Evitar ficar envergonhado; Item 7- Transpirar em público; Item 8- Evitar festas; Item 9- Evitar ser centro das atenções; Item 10- Medo de falar com desconhecidos; Item 11- Evitar falar em público; Item 12- Evitar críticas; Item 13- Sentir palpitações em público; Item 14- Medo de ser observado; Item 15- Medo de ficar envergonhado; Item 16- Evitar falar com autoridades; Item 17- Tremer/ estremecer em público.

Para a amostra de casos, a média de pontuação variou de 1,03 a 2,76. O item 11 (*“Evito falar para uma platéia ou dar discursos”*) foi aquele mais pontuado com o escore máximo, e também aquele com maior média de pontuação, seguido pelo item 9 (*“Evito atividades nas quais sou o centro das atenções”*). Já o item 8 (*“Evito ir a festas”*) foi aquele com menor média de pontuação, maior porcentagem de pontuação no escore 0, e apenas 3% de pontuação no escore máximo, sendo seguido pelo item de número 16 (*“Evito falar com qualquer autoridade”*) e pelo de número 3 (*“Festas e eventos sociais me assustam”*).

Na amostra de não-casos, a média de pontuação variou de 0,16 a 1,07. Nenhum item atingiu porcentagem de pontuação maior do que 20 nos níveis de severidade mais graves (3 e 4). Entretanto, no escore 0, a porcentagem de pontuação para quase todos os itens foi de no mínimo 50%. Os itens com maiores médias de pontuação foram o 5 (*“Fico muito assustado ao ser criticado”*) e o 12 (*“Faço qualquer coisa para não ser criticado”*), e com menor média de pontuação, o 8 (*“Evito ir a festas”*).

Todos os itens mostraram capacidade discriminativa frente aos grupos de casos e não-casos de TAS, com os casos evidenciando as maiores médias de pontuação.

b) Consistência Interna

A consistência interna foi estudada por meio do alfa de *Cronbach*, para as três subescalas e para a escala total, e os resultados podem ser vistos na Tabela 30.

Tabela 30 - Valores relativos ao estudo da consistência interna do Inventário de Fobia Social (SPIN) em uma amostra de casos (N = 88) e de não casos (N = 90) de TAS

SPIN	C a s o s (N = 88)		N ã o - C a s o s (N = 90)	
	Correlação item – escala	α	Correlação item – escala	α
Escala total (17 itens)	0,43 – 0,69	0,90	0,41 – 0,76	0,87
SE medo (6 itens)	0,42 – 0,62	0,79	0,35 – 0,73	0,81
SE evitação (7 itens)	0,37 – 0,62	0,76	0,26 – 0,65	0,63
SE sintomas fisiológicos(4 itens)	0,45 – 0,68	0,76	0,38 – 0,58	0,72

α = alfa de Cronbach; SE = subescala

Tanto para a amostra de casos como para a de não-casos, encontrou-se valores de alfa bastante significativos, seja para a escala total, seja para as subescalas. Para a escala total, o alfa foi de 0,87 e 0,90, respectivamente, para as amostras de não-casos e casos de TAS. Os maiores valores de alfa encontrados foram para a escala total, sendo seguidos pelos da subescala de medo.

Na amostra de casos, com exceção da subescala de medo, observou-se um ligeiro aumento do alfa em comparação à amostra de não-casos. A correlação de cada item com as subescalas e escala total variou de 0,37 a 0,69 na amostra de casos e de 0,26 a 0,76 na de não-casos. Para ambas as amostras, caso cada um dos itens fosse eliminado do instrumento, verificou-se que o cálculo do alfa não sofreria alterações significativas, mantendo o mesmo padrão encontrado para o instrumento como um todo.

c) Validade Concorrente

Inicialmente, para a avaliação da validade concorrente analisou-se a correlação dos itens individuais e escore total do SPIN com os itens individuais e escore total do BAI para as amostras de casos e não-casos de TAS separadamente, por meio do Coeficiente de Correlação de *Pearson*. Os dados de tal análise podem ser vistos nas Tabelas 31 e 32.

Tabela 31 - Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais do Inventário de Fobia Social (SPIN) com os itens individuais e escore total do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), para a amostra de casos de TAS (N = 88)

Itens SPIN	Correlação com escore total - BAI	Variação da correlação significativa com BAI (item)	Número total de correlações significativas
1	0,31**	0,21* (19) – 0,40 ** (10)	9
2	0,23*	0,22** (5) – 0,36 ** (20)	6
3	0,18	0,22* (9, 18)	2
4	0,34**	0,22* (10) – 0,39** (3)	14
5	0,27**	0,21* (7,20) – 0,32 ** (5)	8
6	0,17	0,22* (16) – 0,24** (5)	2
7	0,28**	0,23* (17) – 0,39** (21)	7
8	0,11	0,23* (1) – 0,27 * (18)	2
9	0,26*	0,23* (7, 18) – 0,33* (1)	3
10	0,33**	0,21* (7, 17) – 0,31** (21)	11
11	0,26*	0,23* (14) – 0,32** (13)	7
12	0,15	0,23* (9,14) – 0,26* (17)	4
13	0,39**	0,21* (15) – 0,50 ** (7)	14
14	0,28**	0,24* (5,16) – 0,26* (10,21)	5
15	0,09	(NS)	0
16	0,36**	0,22** (4) – 0,43** (17)	11
17	0,35**	0,21* (1) – 0,38 ** (7)	12

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; (NS) = não significativo; Item 1- Medo de autoridades; Item 2- Ficar vermelho em público; Item 3- Medo de festas e eventos sociais; Item 4- Evitar falar com desconhecidos; Item 5- Medo de ser criticado; Item 6- Evitar ficar envergonhado; Item 7- Transpirar em público; Item 8- Evitar festas; Item 9- Evitar ser o centro das atenções; Item 10- Medo de falar com desconhecidos; Item 11- Evitar falar em público; Item 12- Evitar críticas; Item 13- Sentir palpitações em público; Item 14- Medo de ser observado; Item 15- Medo de ficar envergonhado; Item 16- Evitar falar com autoridades; Item 17- Tremer/ estremecer em público.

Para a amostra de casos, os níveis de correlações significativas entre os itens do SPIN e o escore total do BAI variou de 0,23 a 0,39, sendo classificados como fracos/

moderados. As correlações significativas entre os itens das duas escalas variaram de 0,21 a 0,50. Os itens do SPIN com maior número de correlações com os itens do BAI foram o 4 (*“Evito falar com pessoas que não conheço”*) e o 13 (*“Sentir palpitações cardíacas me incomoda quando estou no meio de outras pessoas”*). Já o item 15 (*“Ficar envergonhado ou parecer bobo são meus maiores temores”*) foi o único que não evidenciou nenhuma correlação significativa com o BAI. A maior correlação encontrada foi entre o item 13 do SPIN (*“Sentir palpitações cardíacas me incomoda quando estou no meio de outras pessoas”*) e o 7 do BAI (*“Palpitações ou aceleração do coração”*), com $r = 0,50$ ($p < 0,01$).

Ainda para a amostra de casos, os itens do BAI com maior número de correlações com os do SPIN foram o 7 (*“Palpitações ou aceleração do coração”*) e o 10 (*“Nervoso”*). O item 6 do BAI (*“Atordado ou tonto”*) não evidenciou nenhuma correlação com nenhum dos itens do SPIN .

Tabela 32 - Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais do Inventário de Fobia Social (SPIN) com os itens individuais e escore total do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) para a amostra de não-casos de TAS (N = 90)

Itens SPIN	Correlação com escore total – BAI	Variação da correlação significativa com BAI (item)	Número total de correlações significativas
1	0,32**	0,21* (14) – 0,48* (21)	7
2	0,47**	0,22* (2) – 0,44 ** (5)	15
3	0,34**	0,23* (9) – 0,43* (17)	8
4	0,42**	0,22* (18) – 0,41** (5)	15
5	0,40**	0,22* (13) – 0,48 ** (11)	11
6	0,45**	0,21* (2) – 0,48** (1)	14
7	0,45*	0,21* (16) – 0,43** (21)	15
8	0,24**	0,24* (10) – 0,34 * (4)	4
9	0,32*	0,21* (18) – 0,41** (12)	9
10	0,29**	0,21* (21) – 0,44** (17)	8
11	0,32**	0,22* (9) – 0,43** (21)	8
12	0,44**	0,23* (6, 14) – 0,43** (3)	11
13	0,60**	0,23* (6) – 0,49 ** (7)	18
14	0,39**	0,23* (6) – 0,41** (14)	10
15	0,53**	0,22* (11) – 0,42** (21)	19
16	0,34**	0,22* (18) – 0,44** (21)	6
17	0,49**	0,21* (14) – 0,57 ** (12)	14

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; Item 1- Medo de autoridades; Item 2- Ficar vermelho em público; Item 3- Medo de festas e eventos sociais; Item 4- Evitar falar com desconhecidos; Item 5- Medo de ser criticado; Item 6- Evitar ficar envergonhado; Item 7- Transpirar em público; Item 8- Evitar festas; Item 9- Evitar ser o centro das atenções; Item 10- Medo de falar com desconhecidos; Item 11- Evitar falar em público; Item 12- Evitar críticas; Item 13- Sentir palpitações em público; Item 14- Medo de ser observado; Item 15- Medo de ficar envergonhado; Item 16- Evitar falar com autoridades; Item 17- Tremor/ estremecer em público.

Para a amostra de não-casos, observou-se que os níveis de correlações significativas entre os itens do SPIN e o escore total do BAI foi de 0,24 a 0,60, classificados como fracos a fortes. As correlações entre os itens das duas escalas variaram entre 0,21 a 0,57. Os itens

do SPIN com maior número de correlações significativas com os itens do BAI foram o 15 (*“Ficar envergonhado ou parecer bobo são os meus maiores temores”*) e o 13 (*“Trêmulo”*). A maior correlação significativa encontrada foi entre o item 17 do SPIN (*“Tremar ou estremecer na frente das outras pessoas me angustia”*) e o 12 do BAI (*“Tremores nas mãos”*).

Quanto ao BAI, os itens 21 (*“Suor”*), 1 (*“Dormência ou formigamento”*) e 5 (*“Medo que aconteça o pior”*) mostraram correlações com pelo menos 14 dos 17 itens do SPIN, sendo aqueles que também mais se correlacionaram de forma significativa. Os itens 4 (*“Incapaz de relaxar”*), 3 (*“Tremores nas pernas”*) e 12 (*“Tremores nas mãos”*) também evidenciaram um número significativo de correlações com o SPIN (12 a 13). Por outro lado, os itens 8 (*“Sem equilíbrio”*) e 15 (*“Dificuldade de respirar”*), apenas correlacionaram-se significativamente com um item do SPIN, e com valores pouco expressivos.

Analisou-se também a correlação do SPIN total e suas subescalas com o BAI total e suas subescalas, cujos resultados podem ser observados na Tabela 33.

Tabela 33 - Valores relativos ao estudo da validade concorrente do Inventário de Fobia Social (SPIN) e suas subescalas com o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) em uma amostra de casos (N = 88) e de não-casos (N = 90) de TAS

		B A I				
SPIN		Escala total	SE neurofisiológica	SE subjetiva	SE pânico	SE autonômica
Casos (N = 88)	Escala total	0,42**	0,26*	0,40**	0,37**	0,40**
	SE medo	0,35**	0,20	0,37**	0,28**	0,33**
	SE evitação	0,38**	0,27**	0,35**	0,33**	0,35**
	SE sintomas fisiológicos	0,41**	0,24*	0,37**	0,40**	0,43**
Não - Casos (N = 90)	Escala total	0,25**	0,25**	0,16*	0,25**	0,18*
	SE medo	0,25**	0,25**	0,17*	0,26**	0,18*
	SE evitação	0,24**	0,25**	0,16*	0,25**	0,17*
	SE sintomas fisiológicos	0,21**	0,22**	0,10*	0,24**	0,18*

SE = subescala; N= frequência; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$.

Para os casos, a correlação entre os escores totais das duas escalas foi considerada moderada ($r = 0,42$; $p < 0,01$). A correlação entre as subescalas do SPIN e o escore total do BAI variou de 0,35 a 0,41, sendo que a correlação mais significativa foi para a subescala de sintomas fisiológicos. A maior correlação encontrada foi entre a subescala de sintomas fisiológicos do SPIN e a subescala autonômica do BAI, com $r = 0,43$ ($p < 0,01$). As menores correlações evidenciadas foram entre o SPIN total e suas subescalas e a subescala neurofisiológica do BAI, com valores de $r < 0,30$ ($p < 0,05$).

Para os não-casos, a correlação entre os escores totais das duas subescalas foi fraco ($r = 0,25$; $p < 0,01$), sendo que a correlação entre as subescalas do SPIN e o escore total do

BAI também ficou no intervalo de 0,21 a 0,25 ($p < 0,001$). As correlações mais significativas, embora com valores iguais ou inferiores a 0,26, foram entre o SPIN total e subescalas e as subescalas neurofisiológica e de pânico do BAI, e as menores ($r < 0,20$) entre o SPIN total e subescalas e as subescalas subjetiva e autonômica do BAI.

Os casos, em todas as correlações, apresentaram valores superiores quando da comparação com os não-casos.

d) Validade Discriminativa

Para avaliação da validade discriminativa, utilizou-se os dados da amostra total ($N = 178$) e aplicou-se análise por meio da curva ROC. A área sob a curva encontrada foi de 0,91 ($p < 0,0001$), com erro padrão de 0,02, e intervalo de confiança de 95% entre 0,87 e 0,96. A Figura 3 ilustra a curva obtida.

Figura 3. Área sob a Curva ROC do escore total do SPIN para uma amostra de casos e não-casos de TAS (N = 178)

Calculou-se também a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e taxa de classificação incorreta para vários pontos de corte do SPIN, visando identificar aquele mais apropriado para o diagnóstico do TAS. Esses dados são apresentados na Tabela 34.

Tabela 34 - Valores relativos ao estudo da validade discriminativa do Inventário de Fobia Social (SPIN) em uma amostra de casos e não-casos de TAS (N = 178)

Nota de corte	S	E	VPP	VPN	TCI
10	0,98	0,61	0,71	0,96	0,21
11	0,97	0,63	0,72	0,95	0,20
12	0,97	0,66	0,73	0,95	0,19
13	0,95	0,69	0,75	0,94	0,18
14	0,95	0,73	0,78	0,94	0,16
15	0,95	0,78	0,81	0,95	0,13
16	0,93	0,81	0,83	0,92	0,13
17	0,92	0,82	0,84	0,91	0,13
18	0,91	0,84	0,85	0,90	0,12
19	0,86	0,84	0,84	0,86	0,15
20	0,85	0,86	0,85	0,85	0,15
21	0,84	0,87	0,86	0,85	0,15
22	0,81	0,87	0,86	0,82	0,16
23	0,78	0,89	0,87	0,81	0,16
24	0,75	0,90	0,88	0,79	0,17
25	0,74	0,91	0,89	0,78	0,17
26	0,67	0,91	0,88	0,74	0,21

S = sensibilidade, E = especificidade, VPP = valor preditivo positivo, VPN = valor preditivo negativo, TCI = taxa de classificação incorreta.

A nota de corte entre 19 e 21 foi aquela que melhor equilibrou os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo, com taxa de classificação incorreta de 0,15. Para a nota de corte 15, observou-se um aumento em torno de 10% na sensibilidade e valor preditivo negativo, mantendo-se a especificidade e o valor preditivo positivo ainda bastante expressivos, e taxa de classificação incorreta no valor de 0,13. Já a nota de corte 25, favoreceu um aumento em torno de 8% para a especificidade e 6% para o

valor preditivo positivo, com adequada sensibilidade e valor preditivo negativo, mantendo-se a taxa de classificação incorreta em 0,17.

e) Análise Fatorial: Análise dos componentes principais com rotação *varimax*

A análise fatorial nessa fase do estudo foi realizada somente para a amostra de casos. Para verificar a habituação desta amostra ($N = 88$) para tal análise, calculou-se o índice KMO, cujo valor encontrado foi de 0,80, demonstrando a adequação da mesma. O teste de *Bartlett* também foi significativo ($\chi^2 = 753,36$; g.l. = 136; $p < 0,001$).

Utilizando o método de análise dos componentes principais, encontraram-se de acordo com os critérios de *Kaiser*, cinco fatores, como pode ser observado na Tabela 35.

Tabela 35 - Análise fatorial : solução inicial do Inventário de Fobia Social (SPIN) aplicada em 88 sujeitos casos de TAS por meio do método de análise dos componentes principais

Componente Principal	Autovalor	Variância (%)
1	6,83	40,18
2	1,62	9,59
3	1,27	7,49
4	1,08	6,39
5	1,03	6,08
6	0,87	5,10
7	0,76	4,50
8	0,63	3,72
9	0,59	3,46
10	0,46	2,91
11	0,44	2,60
12	0,34	2,01
13	0,29	1,71
14	0,23	1,32
15	0,19	1,13
16	0,18	1,03
17	0,13	0,78

Observou-se que os cinco fatores extraídos inicialmente responderam conjuntamente por 69,73% da variância dos dados. Verificando-se a carga fatorial isolada de cada um destes fatores, constatou-se que o Fator 1 respondeu por 40,18% da variância, sendo que os outros quatro fatores contribuíram isoladamente com menos do que 10% da variância.

Foram extraídos os cinco componentes principais da escala mediante a técnica de rotação *varimax* com normalização de *Kaiser*, e construiu-se uma nova matriz fatorial, na qual os itens individuais da escala foram relacionados aos fatores. Esta matriz é apresentada na Tabela 36.

Tabela 36 - Análise fatorial: matriz fatorial para os itens individuais do Inventário de Fobia Social (SPIN) em uma amostra de casos de TAS (N = 88) por meio do método de análise dos componentes principais com rotação *varimax*

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
14	0,78	0,13	0,06	0,31	0,21
15	0,72	0,23	0,27	0,04	- 0,03
7	0,60	- 0,02	0,25	0,18	0,22
12	0,59	0,33	- 0,07	0,39	- 0,05
17	0,55	0,31	- 0,08	- 0,03	0,55
13	0,50	0,49	0,10	0,05	0,33
6	0,48	0,48	0,22	0,08	0,18
1	0,03	0,82	0,09	0,24	0,06
16	0,28	0,69	0,02	0,40	0,16
2	0,27	0,61	0,28	- 0,13	0,31
5	0,47	0,49	0,13	0,31	- 0,03
8	0,12	0,19	0,89	0,14	0,01
3	0,17	0,08	0,86	0,23	0,06
4	0,17	0,14	0,19	0,80	0,10
10	0,28	0,23	0,26	0,77	0,14
11	0,02	0,18	- 0,11	0,40	0,79
9	0,23	0,10	0,45	- 0,02	0,68

Item 1- Medo de autoridades; Item 2- Ficar vermelho em público; Item 3- Medo de festas e eventos sociais; Item 4- Evitar falar com desconhecidos; Item 5- Medo de ser criticado; Item 6- Evitar ficar envergonhado; Item 7- Transpirar em público; Item 8- Evitar festas; Item 9- Evitar ser o centro das atenções; Item 10- Medo de falar com desconhecidos; Item 11- Evitar falar em público; Item 12- Evitar críticas; Item 13- Sentir palpitações em público; Item 14- Medo de ser observado; Item 15- Medo de ficar envergonhado; Item 16- Evitar falar com autoridades; Item 17- Tremer/ estremecer em público.

Observou-se que o Fator 1, inicialmente, foi composto por 7 itens, com carga variando de 0,48 a 0,78, e consistência interna mediante o cálculo do alfa de *Cronbach*, de 0,85. Analisando-se esse fator em conjunto com os demais itens do instrumento, percebeu-se que o mesmo foi composto por itens de medo e evitação de situações sociais, e também por itens relacionados aos sintomas fisiológicos experimentados na situação de interação social. Considerando-se as formulações de tais itens, julgou-se que outros dois poderiam ser agrupados a este fator por guardarem proximidade de conteúdo com o mesmo: o item 5 que apresentou uma carga no Fator 1 (0,47) bastante semelhante do fator 2 (0,49), e o item 2 com carga de 0,27 no Fator 1. O acréscimo destes dois itens ao Fator 1 favoreceu um pequeno aumento da consistência interna do mesmo ($\alpha = 0,87$), justificando assim tal agrupamento. O Fator 1, foi denominado de “medo e evitação de situações de avaliação social e sintomas fisiológicos”.

O Fator 2 foi inicialmente composto por quatro itens, com consistência interna de 0,78, e carga variando de 0,48 a 0,82. Dois destes itens são aqueles referidos acima, os quais foram agrupados no Fator 1 (itens 5 e 2). Os dois itens restantes, 1 e 16, são aqueles com maior carga no fator, e referem-se ao “medo e evitação de pessoas de autoridade”. Compuseram assim o Fator 2, que recebeu tal nomeação, apresentando consistência interna de 0,81 (alfa de *Cronbach*).

Já o Fator 3 foi composto por dois itens, 8 e 3, relativos às situações sociais, com cargas de 0,89 e 0,86. Foi denominado de “medo e evitação de eventos sociais”, apresentando um alfa de 0,86, com adequada consistência interna.

O Fator 4, também composto por dois itens, 4 e 10, com cargas de 0,80 e 0,77, respectivamente, apresentou consistência interna de 0,82, sendo nomeado “medo e evitação de interação com pessoas estranhas”.

O Fator 5 foi composto pelos itens 11 e 9, relativos à “evitação de falar em público e de ser centro de atenções”, que apresentaram, respectivamente, cargas de 0,79 e 0,68 no referido fator, com consistência interna de 0,60.

f) Validade de construto

Considerando os critérios diagnósticos centrais do TAS segundo a 10ª Edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10 – OMS, 1993) e o DSM-IV, identificou-se as correlações teóricas existentes para com os itens do SPIN em função dos fatores identificados na amostra de casos. Tais correlações podem ser observadas na Tabela 37.

Tabela 37 - Validade de construto: correlações teóricas entre os itens do Inventário de Fobia Social (SPIN) e os critérios diagnósticos para o TAS descritos pela CID-10 e pelo DSM-IV, em função dos fatores

Critérios diagnósticos CID-10 e DSM-IV	Fatores / Itens SPIN				
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
<u>Critério A:</u> Medo e ansiedade de situações sociais/ desempenho. Temores quanto a agir de forma humilhante/ vergonhosa	14, 15, 12, 6, 5	1	3	10	—
<u>Critério B:</u> Sintomas autonômicos de ansiedade	7, 17, 13, 2	—	—	—	—
<u>Critério C:</u> Medo excessivo/ irracional	—	—	—	—	—
<u>Critério D:</u> Evitação de situações sociais/ desempenho	—	16	8	4	11, 9
<u>Critério E:</u> Sofrimento e prejuízo psicossocial	—	—	—	—	—

Fator 1= Medo e evitação de situações de avaliação social e sintomas fisiológicos; Fator 2 = Medo e evitação de pessoas de autoridade; Fator 3 = Medo e evitação de eventos sociais; Fator 4 = Medo e evitação de interação com pessoas estranhas; Fator 5 = Evitação de falar em público e de ser o centro das atenções.

Observou-se que o critério A, relativo ao medo e ansiedade de situações sociais e de desempenho, onde o indivíduo teme agir ou ser exposto de forma humilhante ou vergonhosa, guardou correlações com quatro dos cinco fatores, especialmente com o Fator 1, e também correlacionou-se com vários dos itens do SPIN ($N = 8$). Já o critério B, associado aos sintomas autonômicos de ansiedade guardou correlação com alguns itens do Fator 1. O critério D, relacionado à evitação de situações sociais e de desempenho também se correlacionou teoricamente com a maioria dos fatores (com exceção do 1), e os critérios reconhecimento de que o medo é excessivo e irracional (critério C), e vivências de sofrimento e e prejuízos psicossociais (critério E) não guardaram correlações com nenhum fator, ou seja, não foram abordados pelo instrumento.

Analisando-se esses dados do ponto de vista dos fatores, o Fator 1 correlaciona-se com o primeiro critério para o diagnóstico do TAS, uma vez que englobou medos gerais de ser observado, criticado e humilhado. Também foi o único fator a se correlacionar com o critério diagnóstico relativo aos sintomas autonômicos de ansiedade relativos a rubor, tremor, transpiração e palpitações. Os Fatores 2, 3 e 4 correlacionaram-se com os critérios relativos ao medo e a evitação das situações sociais, enfocando situações e temores específicos (autoridades, eventos sociais e estranhos, respectivamente). O Fator 5 correlacionou-se com o critério evitação, também focando duas situações específicas: o falar em público e o ser centro de atenções.

3.1.1 Mini-SPIN

a) Frequência dos itens

Considerando os itens que compõe o Mini-SPIN no estudo original (6,9,15), na amostra de casos tais itens obtiveram uma média de pontuação de 2,23, 2,66 e 2,35, respectivamente, sendo que em torno de 50% das avaliações, os escores pontuados foram os de maior gravidade (3 e 4). Já para a amostra de não-casos, a pontuação média dos referidos itens foi 0,61, 1,04 e 0,53, com apenas 4 a 11% de pontuação nos escores máximos, e superiores a 55% no escore 0.

Visando verificar quais dos itens do SPIN tem maior poder discriminativo entre os sujeitos com e sem TAS, realizou-se a mesma análise proposta por Connor et al. (2001), da qual derivou-se o Mini-SPIN. Para tanto, avaliou-se a diferença entre as médias das amostras (casos e não-casos), destacando-se aqueles itens com as maiores diferenças. Também avaliou-se a porcentagem de pontuação para cada item nos escores maiores ou igual a 3. Os três primeiros itens, serão aqueles que comporão o Mini-SPIN adaptada para a nossa população.

Os itens 11, 15, 6 e 9 foram os quatro primeiros com maior diferença entre as médias de pontuação (2,05, 1,82, 1,62, 1,62, respectivamente). O item 11 apresentou 49% de pontuação nos escores maior ou igual a três; o item 15, 46%; o item 6, 49% e o item 9, 63%. Assim, para a população estudada, utilizando-se os mesmos critérios de Connor et al. (2001), os itens 11, 15 e 9 foram ordenadamente aqueles três itens com maior poder discriminativo. Contudo o item 6, apresentou indicadores bastante próximos aos três primeiros itens, evidenciando que talvez, no nosso contexto, tal item deveria ser incluído no Mini-SPIN, sendo assim composto por quatro e não três itens.

b) Consistência Interna

Aplicando-se o Alfa de *Cronbach* para o escore total do Mini-SPIN, encontrou-se para a amostra de casos o valor de 0,66 e para a de não-casos de 0,49. Em ambas as amostras a correlação dos itens com a escala total variou de 0,40 a 0,60, e caso cada um deles fosse retirado da escala, favoreceria a diminuição da consistência interna da mesma.

c) Validade Concorrente

Para avaliação da validade concorrente do Mini-SPIN com o SPIN e BAI, aplicou-se o Coeficiente de Correlação de *Pearson* para os itens individuais e para a escala como um todo.

Na amostra de casos, em relação aos itens do BAI, evidenciou-se que os itens do Mini-SPIN correlacionaram-se de forma variada com os mesmos. O item 6 do Mini-SPIN (*“Evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado”*) mostrou correlações apenas com os itens 5 (*“Medo que aconteça o pior”*, $r = 0,24$, $p < 0,01$) e 16 (*“Medo de morrer”*, $r = 0,22$, $p < 0,05$) do BAI. O item 9 do Mini-SPIN (*“Evito atividades nas quais sou o centro das atenções”*) correlacionou-se significativamente com os itens 1 (*“Dormência ou formigamento”*), 7 (*“Palpitação ou aceleração do coração”*) e 18 (*“Indigestão ou desconforto no abdômen”*) do BAI com valores variando de 0,23 a 0,33 ($p < 0,05$). Já o item 15 do Mini-SPIN não demonstrou correlação com nenhum item do BAI. Apenas o item 9 mostrou correlações com o escore total do BAI ($r = 0,26$, $p < 0,05$).

Na amostra de não-casos, o número de correlações significativas entre os itens do Mini-SPIN e do BAI foi mais expressivo (9 a 19 correlações), com valores que variaram de 0,21 a 0,48. Os três itens do Mini-SPIN também se correlacionaram com o escore total do

BAI significativamente, com valores moderados a fortes: item 6: $r = 0,45$, $p < 0,01$; item 9: $r = 0,32$, $p < 0,05$; item 15: $r = 0,53$, $p < 0,01$.

Analisou-se também a correlação entre o Mini-SPIN e o escore total e subescalas do BAI. A correlação do escore total do Mini-SPIN com o escore total do BAI foi de 0,23 para os casos e de 0,30 para os não-casos ($p < 0,05$), com valores considerados fracos a moderados. Já, as correlações entre o Mini-SPIN e as subescalas do BAI, tanto para a amostra de casos como para a de não-casos podem ser observados na Tabela 38, destacando-se as maiores correlações para a subescala de pânico e a autonômica.

Tabela 38 - Valores relativos ao estudo da validade concorrente entre o Mini-SPIN e o Inventário de Ansiedade de *Beck* (BAI) em função das amostras de casos (N = 88) e não-casos (N = 90) de TAS

BAI	M i n i – S P I N	
	Casos (N = 88)	Não-Casos (N = 90)
SE neurofisiológica	0,13	0,29**
SE subjetiva	0,22*	0,20**
SE pânico	0,22*	0,30**
SE autonômica	0,21*	0,26**
Total	0,23*	0,30**

SE = subescala; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$.

Quanto à validade concorrente do Mini-SPIN com o SPIN, a correlação com a escala total foi de 0,82 para casos e 0,86 para não-casos ($p < 0,01$), correlações estas classificadas qualitativamente como muito fortes. As correlações com as subescalas para os casos foram de 0,77 para a subescala de medo, 0,80 para a de evitação e 0,64 para a de sintomas fisiológicos ($p < 0,01$). Para a amostra de não-casos as correlações com as

subescalas foi de 0,78 para a subescala de medo, 0,87 para a de evitação e 0,73 para a de sintomas fisiológicos ($p < 0,01$).

d) Comparação de Variáveis

Por meio do Teste t de *Student*, realizou-se uma análise univariada para verificar o comportamento das variáveis estudadas em função da média no SPIN. A Tabela 39 ilustra o resultado desta análise.

Tabela 39 - Pontuação média no Inventário de Fobia Social (SPIN) e suas subescalas em função do sexo, universidade e presença/ ausência de TAS (N = 178)

Variáveis		S P I N									
		Escala total		SE medo		SE evitação		SE sintomas fisiológicos		Mini-SPIN	
		média	(DP)	média	(DP)	média	(DP)	média	(DP)	média	(DP)
Sexo	Feminino	23,1	(16,2)	7,9	(5,8)	9,5	(6,9)	5,6	(4,4)	4,7	(3,8)
	Masculino	19,1	(15,1)	6,5	(5,4)	8,0	(6,6)	4,7	(3,8)	4,2	(3,6)
	Estatística	t = 1,597 p = 0,11		t = 1,661 p = 0,10		t = 1,428 p = 0,15		t = 0,978 p = 0,33		t = 2,130 p = 0,33	
Universidade	USP	19,6	(15,0)	6,7	(5,4)	8,3	(6,6)	4,6	(3,9)	4,2	(3,6)
	UNIFRAN	27,6	(17,3)	9,5	(6,0)	10,9	(7,3)	7,2	(4,6)	5,6	(3,8)
	Estatística	t = -2,908 p = 0,004*		t = -2,897 p = 0,004*		t = -2,201 p = 0,029*		t = -3,500 p = 0,001*		t = -2,130 p = 0,035*	
Diagnóstico	TAS	32,5	(12,8)	11,3	(4,6)	13,7	(5,3)	7,6	(4,1)	7,25	(2,7)
	Não TAS	10,8	(10,2)	3,5	(3,6)	4,3	(4,5)	2,9	(2,9)	2,18	(4,5)
	Estatística	t = -12,505 p < 0,001*		t = -12,380 p < 0,001*		t = -12,645 p < 0,001*		t = -8,777 p < 0,001*		t = -8,921 p < 0,001*	
Total		21,6	(15,8)	7,37	(6,5)	8,9	(6,8)	5,2	(4,3)	4,69	(4,5)

SE = subescala; DP = desvio-padrão; TAS = Transtorno de Ansiedade Social; * = diferença significativa; t = Teste t de *Student*.

Não se encontrou diferenças significativas com relação a variável sexo, seja para a escala total, seja para as subescalas. Já a variável universidade mostrou diferenças bastante significativas ($p < 0,05$), na qual os sujeitos da UNIFRAN (instituição particular) evidenciaram as maiores médias, ou seja, a presença de mais indicadores relacionados ao transtorno. Já a análise quanto a presença ou ausência de TAS evidenciou de forma muito expressiva que os casos, em todas as subescalas e escala total, apresentaram as maiores médias.

Para verificar a influência simultânea das variáveis e de suas interações, realizou-se uma ANOVA multivariada, cujos resultados são apresentados na Tabela 40.

Tabela 40 – Comparação das pontuações no Inventário de Fobia Social (SPIN) e nas suas subescalas em função das variáveis estudadas e da interação entre elas em uma amostra de casos e não-casos de TAS (N = 178)

SPIN	Variáveis	F	p
Total	sexo	0,90	p = 0,34
	universidade	7,00	p = 0,009*
	diagnóstico	95,82	p < 0,001*
	sexo vs universidade	0,74	p = 0,39
	sexo vs diagnóstico	0,20	p = 0,65
	universidade vs diagnóstico	0,38	p = 0,54
	sexo vs universidade vs diagnóstico	0,02	p = 0,89
SE medo	sexo	0,88	p = 0,35
	universidade	6,4	p = 0,011*
	diagnóstico	100,20	p < 0,001*
	sexo vs universidade	0,60	p = 0,44
	sexo vs diagnóstico	0,8	p = 0,54
	universidade vs diagnóstico	0,5	p = 0,70
	sexo vs universidade vs diagnóstico	0,19	p = 0,67
SE evitação	sexo	0,80	p = 0,60
	universidade	3,40	p = 0,07
	diagnóstico	94,16	p < 0,001*
	sexo vs universidade	0,21	p = 0,64
	sexo vs diagnóstico	0,22	p = 0,64
	universidade vs diagnóstico	0,71	p = 0,40
	sexo vs universidade vs diagnóstico	0,00	p = 0,99
SE sintomas fisiológicos	sexo	1,60	p = 0,21
	universidade	9,57	p = 0,002*
	diagnóstico	44,69	p < 0,001*
	sexo vs universidade	1,64	p = 0,20
	sexo vs diagnóstico	0,01	p = 0,92
	universidade vs diagnóstico	0,14	p = 0,71
	sexo vs universidade vs diagnóstico	0,95	p = 0,33
Mini-SPIN	sexo	0,01	p = 0,89
	universidade	3,78	p = 0,06
	diagnóstico	122,13	p < 0,001*
	sexo vs universidade	0,08	p = 0,77
	sexo vs diagnóstico	0,23	p = 0,63
	universidade vs diagnóstico	0,38	p = 0,54
	sexo vs universidade vs diagnóstico	0,24	p = 0,62

SE = subescala; vs = versus; * = diferença significativa; p= nível de significância.

Poucas diferenças significativas foram observadas, sendo que para a variável sexo, nenhuma delas foi significativa. Quanto à universidade, somente na subescala de evitação e Mini-SPIN não se encontraram diferenças significativas, sendo que nas demais subescalas e escala total, os sujeitos da UNIFRAN apresentaram as maiores médias. Já para a variável diagnóstico, novamente todos os casos apresentaram médias bastante superiores aos não-casos. Não foi observado diferenças significativas quanto à interação das variáveis, mostrando a independência das mesmas.

3.2. Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS)

a) Frequência de Itens

Para cada item da SSPS, calculou-se a média de pontuação e o desvio-padrão e relação à cada amostra (caso e não-caso), bem como a porcentagem de cada escore, como apresentado na Tabela 41.

Tabela 41 – Distribuição dos itens da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) em função da pontuação média, desvio-padrão e percentagem dos escores de 0 a 5 em uma amostra de casos (N = 88) e de não-casos (N = 90) de TAS

Itens SSPS	Casos (N = 88)								Não - Casos (N = 90)								Estatística
			Escore %								Escore %						
	Média	(DP)	0	1	2	3	4	5	Média	(DP)	0	1	2	3	4	5	
1	2,57	(1,55)	9	16	19	15	18	11	3,84	(1,32)	3	5	2	20	23	37	U= 2106,00**
2	2,02	(1,71)	21	21	13	12	10	11	1,23	(1,88)	55	11	3	2	7	12	U= 2685,50**
3	2,93	(1,40)	4	12	16	22	22	12	3,97	(1,29)	3	2	8	10	26	41	U= 2220,00**
4	2,05	(1,65)	21	17	14	16	12	8	2,20	(1,72)	52	12	4	7	8	7	U= 2680,00**
5	3,01	(1,56)	2	18	17	13	16	22	4,03	(1,42)	4	4	6	7	19	50	U= 2444,50**
6	1,75	(1,50)	25	19	11	22	8	3	2,73	(1,48)	10	10	15	22	25	8	U= 2538,50**
7	1,98	(1,41)	15	21	21	17	10	4	1,28	(1,69)	45	16	11	4	5	9	U= 2688,00**
8	1,94	(1,71)	24	18	15	11	10	10	1,15	(1,78)	59	11	5	0	3	12	U= 2533,50**
9	3,14	(1,58)	5	14	10	14	24	21	3,63	(1,44)	3	6	10	19	16	36	U= 3246,50*
10	2,43	(1,60)	15	11	18	19	15	10	1,17	(1,73)	50	18	4	2	7	9	U= 2231,50**

DP = desvio-padrão; % = percentagem; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,0001$; U = Teste de *Mann-Witney*; Item1- O que tenho a perder; Item 2- Sou um fracasso; Item 3- Situação difícil/ posso dar conta; Item 4- Fracasso/ prova incompetência; Item 5- Não é o fim do mundo; Item 6- Posso dar conta de tudo; Item 7- Parecer bobagem; Item 8- Vou me dar mal; Item 9-Concentrar no que dizer; Item 10- Desajeitado, tolo.

Para a amostra de casos, o item com maior pontuação foi o 9, da subescala de auto-avaliação positiva (“*Ao invés de me preocupar, eu poderia me concentrar no que quero dizer*”), com 45% dos escores entre os pontos 4 e 5, seguido pelo item 5 também da subescala positiva (“*Mesmo que não dê certo não é o fim do mundo*”) com 38% de pontuação nos maiores escores. Já o item 6 (“*Posso dar conta de tudo*”) da subescala positiva, foi o menos pontuado, com média de 1,75, e apenas 11% de pontuação nos escores 4 e 5.

Para os não-casos, os item mais pontuado foi o 5, da subescala positiva (“*Mesmo que não dê certo não é o fim do mundo*”), com 69% de pontuação nos escores 4 e 5. Os itens menos pontuados foram o 8 e o 10, relativos à subescala negativa. Para todos os itens da subescala positiva, com exceção do 6, a pontuação no escore 5 foi maior que 40%, denotando uma avaliação bastante positiva do grupo em relação a si.

Todos os itens mostraram a capacidade para discriminar os grupos casos e não-casos de TAS, sendo que os casos evidenciaram uma maior avaliação negativa em relação aos não-casos, e os não-casos, por sua vez, uma maior avaliação positiva em relação aos casos.

b) Consistência Interna

Para análise da consistência interna, utilizou-se do alfa de *Cronbach*, aplicado tanto para a escala total e subescalas. A tabela 42 apresenta os resultados encontrados para as duas amostras: casos e não-casos.

Tabela 42– Valores relativos ao estudo da consistência interna da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) em uma amostra de casos (N = 88) e de não casos (N = 90) de TAS

SSPS	Casos (N = 88)		Não-Casos (N = 90)	
	Correlação item – escala	α	Correlação item – escala	α
Escala total (10 itens)	0,27 – 0,60	0,75	0,12 – 0,76	0,81
SE auto-avaliação positiva (5 itens)	0,47 – 0,59	0,76	0,27 – 0,50	0,64
SE auto-avaliação negativa (5 itens)	0,41 – 0,71	0,83	0,71 – 0,91	0,94

α = alfa de *Cronbach*, SE = subescala.

No geral, os valores de alfa foram bastante significativos, variando entre 0,75 e 0,83 para a amostra de casos e de 0,64 a 0,94 para a amostra de não-casos. A subescala de auto-avaliação negativa foi aquela que tanto na amostra de casos como na de não-casos apresentou os valores mais significativos: 0,83 e 0,94 respectivamente.

A análise de cada item evidenciou correlações com a escala total variando de 0,12 a 0,91, sendo também as correlações mais significativas relacionadas aos itens da subescala de auto-avaliação negativa. No geral, todos os itens contribuem de forma significativa para manter a consistência interna do instrumento como um todo.

c) Validade Concorrente

Analisou-se a validade concorrente da SSPS com o BAI e com o SPIN. Correlacionou-se por meio do Coeficiente de Correlação de *Pearson*, cada item da SSPS e o escore total com cada item e escore total das demais escalas. Também correlacionou-se cada subescala da SSPS com as subescalas e escore total do BAI e SPIN.

Os resultados da análise da correlação de itens da SSPS e BAI em função das amostras de casos e não-casos de TAS são apresentadas nas Tabelas 43 e 44.

Tabela 43 - Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) com os itens individuais e escore total do Inventário de Ansiedade de *Beck* (BAI), para a amostra de casos de TAS (N = 88)

Itens SSPS	Correlação com escore total - BAI	Variação da correlação significativa com BAI (item)	Número total de correlações significativas
1	-0,36	-0,21* (2) – -0,25* (1)	2
2	0,16	(NS)	0
3	-0,16	-0,23* (2) – -0,24* (1, 21)	3
4	0,18	0,23* (12) – 0,32** (14)	3
5	-0,11	-0,23* (20) – -0,25 * (21)	2
6	-0,11	-0,26* (21)	1
7	0,26*	0,22* (11) – 0,32** (17)	6
8	0,36*	0,21* (13) – 0,38** (9, 17)	12
9	-0,07	(NS)	0
10	0,17	0,21* (7) – 0,28 ** (15)	2

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; (NS) = não significativa; Item 1- O que tenho a perder; Item 2- Sou um fracasso; Item 3- Situação difícil/ posso dar conta; Item 4- Fracasso/ prova incompetência; Item 5- Não é o fim do mundo; Item 6- Posso dar conta de tudo; Item 7- Parecer bobagem; Item 8- Vou me dar mal; Item 9- Concentrar no que dizer; Item 10 – Desajeitado, tolo.

Em relação aos casos, as correlações significativas entre os itens variaram de 0,21 a 0,38, sendo que a maior correlação observada foi entre o item 8 da SSPS (“*Acho que vou me dar mal de qualquer jeito*”) e os itens 9 (“*Aterrorizado*”) e 17 (“*Assustado*”) do BAI. O item 8 da SSPS, da subescala negativa, foi aquele que também guardou o maior número de correlações com o BAI. Os itens 2 (“*Sou um fracasso*”) e 9 (“*Ao invés de me preocupar, eu poderia me concentrar no que quero dizer*”), ao contrário, não evidenciaram nenhuma correlação significativa com o BAI, e os demais itens, denotaram apenas um número pequeno de correlações, variando entre 1 e 6. Somente os itens 7 (“*Qualquer coisa que eu*”) e 8 (“*Acho que vou me dar mal de qualquer jeito*”) apresentaram mais de uma correlação significativa com o BAI.

disser vai parecer bobagem”) e 8 (*“Acho que vou me dar mal de qualquer jeito”*) mostraram correlações significativas com o escore total do BAI.

Analisando-se os itens do BAI, as correlações com a SSPS também foram pouco expressivas. O item 21 (*“Suor”*) foi aquele com maior número de correlações ($N = 4$). Dez itens do BAI mostraram correlações significativas, porém com valores pouco expressivos com o escore total da SSPS.

Tabela 44- Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) com os itens individuais e escore total do Inventário de Ansiedade de *Beck* (BAI), para a amostra de não-casos de TAS ($N = 90$)

Itens SSPS	Correlação com escore Total - BAI	Variação da correlação significativa com BAI (item)	Número total de correlações significativas
1	-0,10	-0,21* (8)	1
2	0,18	0,26* (21)	1
3	-0,30*	-0,22* (15) – -0,42* (5)	5
4	0,26*	0,23* (9,13) – 0,33** (19)	5
5	-0,19	-0,21* (20) – -0,31 * (5)	3
6	-0,11	(NS)	0
7	0,18	(NS)	0
8	0,06	(NS)	0
9	-0,03	-0,23* (8,14)	2
10	0,05	(NS)	0

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; (NS) = não significativa; Item1- O que tenho a perder; Item 2- Sou um fracasso; Item 3- Situação difícil/ posso dar conta; Item 4- Fracasso/ prova incompetência; Item 5- Não é o fim do mundo; Item 6- Posso dar conta de tudo; Item 7- Parecer bobagem; Item 8- Vou me dar mal; Item 9- Concentrar no que dizer; Item 10- Desajeitado, tolo.

Quanto aos não-casos, um número muito pequeno de correlações foi evidenciado.

Os itens 3 (*“Esta é uma situação difícil, mas posso dar conta dela”*) e 4 (*“Um fracasso*

nesta situação seria mais uma prova de minha incompetência”) da SSPS foram aqueles que mais se correlacionaram com o BAI, com valores variando entre 0,22 a 0,42 ($p < 0,05$). Os itens 6, 7, 8 e 10, por outro lado, não se correlacionaram significativamente com nenhum item do BAI. Quanto aos itens do BAI, o 8 (“*Sem equilíbrio*”) foi o que guardou maior número de correlações com a SSPS ($N = 3$).

A Tabela 45 evidencia os resultados relativos à correlação entre o escore total e as subescalas da SSPS e BAI para as amostras de casos e não-casos de TAS.

Tabela 45- Valores relativos ao estudo da validade concorrente da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) e suas subescalas com o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), em uma amostra de casos ($N = 88$) e de não-casos ($N = 90$) de TAS

		B A I				
SSPS		Escala total	SE neurofisiológica	SE subjetiva	SE pânico	SE autonômica
Casos (N=88)	Escala total	-0,29**	-0,26*	-0,25*	-0,17	-0,29**
	SE positiva	-0,14	-0,09	-0,07	-0,04	-0,33**
	SE negativa	0,29**	0,28**	0,29**	0,20	0,15
Não - Casos (N = 90)	Escala total	-0,23*	-0,22*	-0,24*	-0,10	-0,10
	SE positiva	-0,22*	-0,19	-0,25*	-0,10	-0,11
	SE negativa	0,16	0,16	0,16	0,07	0,07

SE = subescala, * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$.

Para a amostra de casos, as correlações mais significativas, porém classificadas como fracas, entre a SSPS e o BAI foram para a escala total e subescala de auto-avaliação negativa, sendo que para a subescala de pânico do BAI, nenhuma correlação significativa foi evidenciada. Para os não-casos, as correlações mais significativas foram entre a escala

total e subescala de auto-avaliação positiva da SSPS e a escala total e subescala subjetiva do BAI.

Os resultados relativos à correlação entre os itens da SSPS e SPIN são apresentados nas Tabela 46 e 47.

Tabela 46- Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) com os itens individuais e escore total do Inventário de Fobia Social (SPIN), para a amostra de casos de TAS (N = 88)

Itens SSPS	Correlação com escore total – SPIN	Variação da correlação significativa com SPIN (item)	Número total de correlações significativas
1	-0,05	(NS)	0
2	0,07	0,22* (4) – 0,23* (7)	2
3	-0,37**	-0,21* (5) – -0,35** (3)	12
4	0,03	(NS)	0
5	-0,25*	-0,21* (4) – -0,29 ** (14)	3
6	-0,28**	-0,26* (4) – -0,35** (3,9)	5
7	0,14	(NS)	0
8	0,09	0,25* (4)	1
9	-0,17	-0,21* (14)	1
10	0,13	0,23* (4)	1

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; (NS)= não significativa; Item1- O que tenho a perder; Item 2- Sou um fracasso; Item 3- Situação difícil/ posso dar conta; Item 4- Fracasso/ prova incompetência; Item 5- Não é o fim do mundo; Item 6- Posso dar conta de tudo; Item 7- Parecer bobagem; Item 8- Vou me dar mal; Item 9- Concentrar no que dizer; Item 10- Desajeitado, tolo.

Para a amostra de casos, o item 3 da SSPS (“*Esta é uma situação difícil, mas eu posso dar conta dela*”) foi aquele que correlacionou-se de forma mais significativa e expressiva com os itens do SPIN, denotando 12 correlações, com valores variando de 0,21 a 0,35 ($p < 0,05$). Três itens da SSPS (1- “*O que tenho a perder? Vale a pena tentar*”; 4-

“Um fracasso nesta situação seria mais uma prova de minha incompetência”; 7- “Qualquer coisa que eu disser vai parecer bobagem”) não mostraram nenhuma correlação significativa com o SPIN. Para os demais itens, o número de correlações variou de 1 a 5, com valores iguais ou inferiores a 0,35 ($p < 0,05$). Quanto ao SPIN, o item 4 (“Evito falar com pessoas que não conheço”) foi aquele que mais se correlacionou com a SSPS.

Tabela 47- Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) com os itens individuais e escore total do Inventário de Fobia Social (SPIN), para a amostra de não-casos de TAS (N = 90)

Itens SSPS	Correlação com escore total – SPIN	Variação da correlação significativa com SPIN (item)	Número total de correlações significativas
1	-0,18	-0,25* (16) – -0,34* (11)	2
2	0,23*	0,21* (11) – 0,24* (16)	3
3	-0,25*	-0,21* (11) – -0,30** (14)	5
4	0,21*	0,23* (1) – 0,31** (6)	3
5	-0,30**	-0,22* (15) – -0,34 ** (12)	5
6	-0,28**	-0,21* (5) – -0,30** (6, 15)	8
7	0,22**	0,21* (6) – 0,24* (15)	6
8	0,10	(NS)	0
9	-0,10	(NS)	0
10	0,15	0,22* (16) – 0,24* (15)	4

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; (NS)= não significativa; Item1- O que tenho a perder; Item 2- Sou um fracasso; Item 3- Situação difícil/ posso dar conta; Item 4- Fracasso/ prova incompetência; Item 5- Não é o fim do mundo; Item 6- Posso dar conta de tudo; Item 7- Parecer bobagem; Item 8- Vou me dar mal; Item 9- Concentrar no que dizer; Item 10- Desajeitado, tolo.

Para a amostra de não-casos, observou-se um número maior de correlações entre os itens dessas duas escalas, porém com valores parecidos aos da amostra de casos (0,21 -

0,34; $p < 0,05$). O item 5 da SSPS (“*Mesmo que não dê certo, não é o fim do mundo*”) foi aquele com maiores correlações com o SPIN, e os itens 8 (“*Acho que vou me dar mal de qualquer jeito*”) e 9 (“*Ao invés de me preocupar eu poderia me concentrar no que eu quero dizer*”), aqueles que não evidenciaram nenhuma correlação significativa com nenhum item do SPIN. Dos itens do SPIN, os de número 11 (“*Evito falar para uma platéia ou dar discursos*”) e 15 (“*Ficar envergonhado ou parecer bobo são os meus maiores temores*”) foram aqueles que evidenciaram o maior número de correlações com a SSPS nesta amostra.

Quanto às correlações entre o escore total e as subescalas da SSPS e SPIN, os dados são apresentados na Tabela 48.

Tabela 48- Valores relativos ao estudo da validade concorrente da Escala para Auto-avaliação ao Falar em Público (SSPS) e suas subescalas com o Inventário de Fobia Social (SPIN), em uma amostra de casos (N = 88) e não-casos (N = 90) de TAS

		S P I N				
SSPS		Escala total	SE medo	SE evitação	SE sintomas fisiológicos	Mini-SPIN
Casos (N = 88)	Escala total	-0,28**	-0,28**	-0,29**	-0,17	-0,22*
	SE positiva	-0,31**	-0,30**	-0,32**	-0,21	-0,31**
	SE negativa	0,12	0,13	0,13	0,05	0,05
Não - Casos (N = 90)	Escala total	-0,30**	-0,29**	-0,29**	-0,24*	-0,30**
	SE positiva	-0,28**	-0,25**	-0,30**	-0,20	-0,33**
	SE negativa	0,21*	0,21*	0,19	-0,19	-0,19

SE = subescala, * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$.

As maiores correlações observadas na amostra de casos, foram entre a subescala positiva da SSPS e a escala total e subescalas do SPIN, correlações estas classificadas como fracas. Na amostra de não-casos, as maiores correlações foram entre a escala total e subescala positiva da SSPS e escala total e subescalas do SPIN, e mantiveram-se também classificadas qualitativamente como fracas. A subescala negativa da SSPS foi aquela que menos guardou correlações com o SPIN. Do ponto de vista do SPIN, a subescala de sintomas fisiológicos foi aquela com as menores correlações.

d) Análise Fatorial: Análise dos componentes principais com rotação *varimax*

A análise fatorial nessa fase do estudo foi realizada somente para a amostra de casos. Para verificar a habituação desta amostra ($N = 88$), calculou-se o índice KMO, cujo valor encontrado foi de 0,86, demonstrando a adequação da mesma. Realizou-se também o teste de esfericidade de *Bartlett*, cujo valor encontrado do χ^2 foi de 801,16 (g.l.= 45; $p < 0,0001$), considerando dentro dos padrões aceitáveis.

Utilizou-se do método de análise dos componentes principais, o qual, forneceu dois fatores, de acordo com os critérios de *Kaiser*, como pode ser observado na Tabela 49.

Tabela 49 - Análise fatorial : solução inicial da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) aplicada em 88 sujeitos com TAS, por meio da análise dos componentes principais

Componente Principal	Autovalor	Variância (%)
1	4,10	41,10
2	2,16	21,60
3	0,80	8,02
4	0,63	6,26
5	0,53	5,25
6	0,48	4,79
7	0,47	4,68
8	0,39	3,92
9	0,28	2,80
10	0,17	1,70

Observou-se que os dois fatores extraídos inicialmente responderam conjuntamente por 62,7% da variância dos dados. Observando-se a carga fatorial isolada de cada um desses fatores, constatou-se que o Fator 1 respondeu sozinho por mais de 40% da variância, e o Fator 2, por 21,6 %.

Extraiu-se os dois componentes principais da escala mediante o uso da técnica de rotação *varimax* com normatização de *Kaiser*, e construiu-se uma nova matriz fatorial, na qual os itens individuais da escala foram relacionados aos fatores. Esta matriz é apresentada na Tabela 50.

Tabela 50 - Análise fatorial: matriz fatorial para os itens individuais da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) em uma amostra de casos de TAS (N = 88), utilizando-se da análise dos componentes principais com rotação *varimax*

Itens	Fator 1	Fator 2
8	0,90	0,08
7	0,88	0,08
2	0,86	0,17
4	0,82	0,04
10	0,76	0,18
3	0,05	0,77
5	0,16	0,76
1	0,18	0,73
9	- 0,06	0,65
6	0,18	0,62

Item1- O que tenho a perder; Item 2- Sou um fracasso; Item 3- Situação difícil/ posso dar conta; Item 4- Fracasso/ prova incompetência; Item 5- Não é o fim do mundo; Item 6- Posso dar conta de tudo; Item 7- Parecer bobagem; Item 8- Vou me dar mal; Item 9- Concentrar no que dizer; Item 10 – Desajeitado, tolo.

Analisando-se os dados obtidos, observou-se que o Fator 1 reuniu os cinco itens que são característicos de uma avaliação negativa quanto à situação de falar em público, e foi nomeado de “auto-avaliação negativa”, evidenciando uma consistência interna de 0,76. O Fator 2 reuniu os cinco itens típicos de uma auto-avaliação positiva frente ao falar em público, sendo nomeado de “auto-avaliação positiva”, com consistência interna de 0,83.

e) Comparação de Variáveis

Realizou-se a comparação das pontuações médias na SSPS e subescalas em função das variáveis estudadas: sexo, universidade e grupo (casos e não-casos de TAS), por meio do Teste t de *Student*. Os resultados são apresentados na Tabela 51.

Tabela 51 - Pontuação média na Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) e suas subescalas em função do sexo e universidade e presença/ ausência de TAS (N = 178)

Variáveis		S S P S					
		Total		SE positiva		SE negativa	
		média	(DP)	Média	(DP)	média	(DP)
Sexo	Feminino	32,7	(9,6)	15,7	(5,5)	17,1	(6,9)
	Masculino	32,6	(11,6)	16,1	(5,4)	16,5	(8,2)
	Estatística	t = 0,89		t = -0,504		t = 0,841	
		p = 0,93		p = 0,62		p = 0,63	
Universidade	USP	35,5	(9,9)	16,1	(5,3)	19,3	(5,6)
	UNIFRAN	24,5	(7,0)	15,1	(5,8)	9,4	(7,6)
	Estatística	t = 7,992		t = 0,256		t = 7,835	
		p < 0,001*		p = 0,615		p < 0,001*	
Diagnóstico	TAS	28,0	(8,7)	13,4	(5,4)	14,6	(6,2)
	Não-TAS	37,3	(9,8)	18,2	(4,5)	19,1	(7,9)
	Estatística	t = 6,691		t = 6,460		t = 4,234	
		p < 0,001*		p < 0,001*		p < 0,001*	
Total		32,7	(10,4)	15,8	(5,5)	16,9	(7,5)

SE = subescala; DP = desvio- padrão; TAS = Transtorno de ansiedade Social; * = diferença significativa; t = Teste t de *Student*.

Para a variável sexo, nenhuma diferença significativa foi encontrada. Já para a variável universidade, tanto no escore total, quanto na subescala de auto-avaliação negativa, as diferenças encontradas foram significativas, sendo que os sujeitos da UNIFRAN evidenciaram as menores médias em relação aos da USP, caracterizando para este grupo, quanto ao falar em público, uma auto-avaliação menos positiva (diminuição do escore total) e mais negativa de si, uma vez que para a subescala negativa a pontuação é invertida. Da mesma forma, os sujeitos com TAS denotaram médias bastante inferiores aos não-casos, em todas as subescalas, sendo todas as diferenças significativas a nível estatístico.

Realizou-se também, por meio de uma análise multivariada (ANOVA) uma nova comparação entre as variáveis, bem como a interação entre elas. Os resultados desta análise podem ser visualizados na Tabela 52.

Tabela 52 - Comparação das pontuações na Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) e nas suas subescalas em função das variáveis estudadas e da interação entre elas numa amostra de casos e não-casos de TAS (N = 178)

SSPS	Variáveis	F	P
Total	sexo	1,59	p = 0,21
	universidade	56,16	p < 0,001*
	diagnóstico	12,81	p < 0,001*
	sexo vs universidade	0,35	p = 0,55
	sexo vs diagnóstico	0,01	p = 0,92
	universidade vs diagnóstico	26,36	p < 0,001*
	sexo vs universidade vs diagnóstico	1,22	p = 0,27
SE positiva	sexo	0,00	p = 0,99
	universidade	0,15	p = 0,70
	diagnóstico	17,76	p < 0,001*
	sexo vs universidade	0,05	p = 0,82
	sexo vs diagnóstico	3,02	p = 0,08
	universidade vs diagnóstico	1,29	p = 0,26
	sexo vs universidade vs diagnóstico	1,48	p = 0,23
SE negativa	sexo	3,55	p = 0,06
	universidade	117,95	p < 0,001*
	diagnóstico	1,67	p = 0,20
	sexo vs universidade	1,25	p = 0,26
	sexo vs diagnóstico	3,36	p = 0,07
	universidade vs diagnóstico	43,56	p < 0,001*
	sexo vs universidade vs diagnóstico	0,23	p = 0,63

SE = subescala; vs = versus; * = diferença significativa; p = nível de significância.

A variável sexo novamente não mostrou diferenças significativas em nenhum aspecto avaliado. A variável universidade continuou evidenciando diferenças significativas na escala total e subescala de auto-avaliação negativa, onde os sujeitos da universidade

privada (UNIFRAN) apresentaram uma menor avaliação positiva de si e uma maior avaliação negativa. Quanto ao grupo, os sujeitos identificados como casos de TAS foram aqueles que também pontuaram as menores médias na escala total e subescala positiva. Observou-se também interação significativa das variáveis universidade e diagnóstico para o escore total e subescala negativa, onde os sujeitos da UNIFRAN identificados como casos de TAS denotaram uma pontuação inferior aos demais sujeitos, ou seja, uma menor avaliação positiva de si, e os sujeitos da USP identificados como não-casos, as maiores pontuações, denotando uma maior avaliação positiva deste grupo.

3.3. Escala Breve de Fobia Social (BSPS)

a) Frequência de Itens

Assim como para as demais escalas, calculou-se para cada item da BSPS a pontuação média, o desvio-padrão e a porcentagem dos escores, separadamente, para as subamostras de casos e não-casos de TAS, cujos resultados são apresentados na Tabela 53.

Tabela 53 - Distribuição dos itens da Escala Breve de Fobia Social (BSPS) em função da pontuação média, desvio-padrão e percentagem dos escores de 0 a 4 em uma amostra de casos (N = 88) e de não-casos (N = 90) de TAS

Itens BSPS	C a s o s (N = 88)							N ã o – C a s o s (N = 90)							Estatística
	Média	(DP)	Escore %					Média	(DP)	Escore %					
			0	1	2	3	4			0	1	2	3	4	
1M. Falar em público	2,53	(1,01)	7	6	27	48	12	0,93	(1,12)	53	12	23	12	0	U=1313,50**
2M. Conversar autoridades	1,67	(1,16)	24	16	31	28	1	0,56	(0,84)	62	25	9	4	0	U=1890,00**
3M. Conversar estranhos	1,28	(1,30)	41	19	14	23	3	0,31	(0,74)	81	10	7	1	1	U=2230,00**
4M. Ficar envergonhado	2,26	(1,03)	7	16	28	42	7	0,78	(0,96)	49	33	10	7	1	U=1280,50**
5M. Ser criticado	2,12	(0,94)	4	22	34	36	4	0,71	(0,90)	53	30	13	3	1	U=1808,00**
6M. Reuniões sociais	1,02	(1,24)	54	10	19	15	2	0,27	(0,73)	86	7	3	4	0	U=2630,00**
7M. Ser observado	1,73	(1,33)	27	14	26	24	9	0,56	(1,01)	69	16	9	3	3	U=2004,50**
1E. Falar em público	2,62	(1,16)	4	18	17	35	26	0,87	(1,12)	48	34	6	6	6	U=1194,50**
2E. Conversar autoridades	1,66	(1,01)	12	33	34	17	4	0,62	(0,76)	51	39	7	3	0	U=1708,00**
3E. Conversar estranhos	1,44	(1,14)	25	31	22	20	2	0,71	(0,80)	48	36	14	2	0	U=2523,50**
4E. Ficar envergonhado	2,18	(1,03)	7	18	32	36	7	1,06	(0,96)	29	47	16	6	2	U=1736,00**
5E. Ser criticado	2,08	(1,10)	9	21	33	28	9	0,71	(0,90)	40	39	16	3	2	U=1676,50**
6E. Reuniões sociais	1,43	(1,08)	20	39	21	18	2	0,53	(0,77)	60	30	7	3	0	U=2031,00**
7E. Ser observado	1,65	(1,16)	16	36	20	22	6	0,67	(0,89)	54	33	8	4	1	U=2000,50**
1SF. Rubor	1,33	(1,07)	33	14	42	10	1	0,58	(0,83)	62	20	16	2	0	U=2440,00**
2SF. Palpitação	1,12	(0,92)	33	25	39	3	0	0,29	(0,54)	76	20	4	0	0	U=1978,00**
3SF. Tremores	0,85	(1,00)	51	19	23	7	0	0,11	(0,48)	94	4	0	2	0	U=2274,00**
4SF. Transpirar	1,13	(1,18)	46	12	26	15	1	0,40	(0,82)	80	4	14	2	0	U=2575,50**

DP = desvio-padrão; % = percentagem; N = frequência; M = medo; E = evitação; SF = sintomas fisiológicos; ** = p<0,0001; U= Teste de *Mann-Whitney*.

Para a amostra de casos, observou-se que o item 1E e o 1M, relativos ao medo e evitação de falar em público, foram aqueles mais pontuados (média de 2,62 e 2,53, respectivamente), com 61 e 60% das pontuações nos escores máximos (3 e 4). Em seguida, as maiores pontuações foram para os itens 4M e 4E, relativos à humilhação e vergonha, com média de 2,26 e 2,18. Os itens com menor pontuação foram os da subescala de sintomas fisiológicos (1SF a 4SF) e o 6M, da subescala de medo, com médias variando entre 0,85 a 1,33 e pontuação nos escores mínimos (0 e 1) superiores a 47%.

Para a amostra de não-casos, observou-se que os itens 4E e 1M foram os mais pontuados, com médias de 1,06 e 0,93, e porcentagem nos escores máximos inferiores a 12%. Os itens menos pontuados foram o 2SF e 3SF e o 6M, com mais do que 86% das pontuações nos escores 0 e 1.

Todos os itens mostraram-se capazes de discriminar os diferentes grupos: casos e não-casos de TAS, sendo que os casos evidenciaram as maiores médias de pontuação.

b) Consistência Interna

A análise da consistência interna da BSPS foi realizada por meio do alfa de *Cronbach*. Calcularam-se os valores do alfa para a escala total e subescalas, para as amostras casos e não-casos, cujos resultados são apresentados na Tabela 54.

Tabela 54 - Valores relativos ao estudo da consistência interna da Escala Breve de Fobia Social (BSPS) numa amostra de casos (N = 88) e não-casos (N = 90) de TAS

BSPS	Casos (N = 88)		Não - Casos (N = 90)	
	Correlação item – escala	α	Correlação item – escala	α
Escala total (18 itens)	0,31 – 0,66	0,85	0,14 – 0,65	0,88
SE medo (7 itens)	0,35 – 0,57	0,72	0,10 – 0,66	0,76
SE evitação (7 itens)	0,27 – 0,62	0,73	0,42 – 0,69	0,82
SE sintomas fisiológicos (4 itens)	0,41 – 0,53	0,69	0,18 – 0,35	0,48

SE = subescala; α = alfa de *Cronbach*

No geral, os valores encontrados para o alfa foram bastante significativos, predominando valores acima de 0,70. A escala total foi aquela com os melhores valores de alfa, variando de 0,85 a 0,88 nas diferentes amostras, sendo seguida pela subescala de evitação. A subescala de sintomas fisiológicos foi aquela que apresentou os menores valores, variando de 0,48 a 0,69. A correlação dos itens com a escala total variou de 0,10 a 0,69. A análise específica simulando a retirada de cada item do instrumento não evidenciou alterações significativas do alfa.

Comparativamente, as amostras de casos e não-casos apresentaram valores de alfa bastante parecidos, observando-se uma pequena diferença para mais na amostra de não-casos.

c) Validade Concorrente

Analisou-se a validade concorrente da BSPS com outras três escalas: BAI, SPIN e SSPS. As análises foram realizadas separadamente para cada instrumento, considerando-se a correlação entre os itens, as subescalas e a escala total.

No que diz respeito à validade concorrente com o BAI, os dados relativos à correlação entre os itens da BSPS e os itens individuais e escore total do BAI são apresentados nas Tabelas 55 e 56.

Tabela 55- Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala Breve de Fobia Social (BSPS) e os itens individuais e escore total do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) para a amostra de casos de TAS (N = 88)

Itens BSPS	Correlação com escore total – BAI	Variação da correlação significativa com BAI (item)	Número total de correlações significativas
1M	0,39**	0,22* (3,7) – 0,36* (14)	16
1E	0,17	0,23* (1) – 0,28** (16)	3
2M	0,39**	0,22* (3,12) – 0,39** (7)	13
2E	0,34**	0,21* (16) – 0,41** (17)	10
3M	0,28**	0,21* (16) – 0,29 ** (7)	5
3E	0,17	0,22* (7)	1
4M	0,26*	0,22* (20) – 0,29** (18)	7
4E	0,17	0,22* (16)	1
5M	0,21*	0,21* (17) – 0,27* (9)	2
5E	0,22*	0,22* (9) – 0,26* (18)	4
6M	0,20	0,23* (18) – 0,28** (19)	3
6E	0,19	0,21* (9) – 0,32* (17)	5
7M	0,29**	0,21* (19) – 0,35 ** (17)	7
7E	0,30**	0,22* (3,5,10) – 0,34** (16)	11
1SF	0,21	0,17* (2,3) – 0,32** (7)	4
2SF	0,37**	0,21*(21) – 0,41** (11)	13
3SF	0,36**	0,21* (16,18) – 0,36 ** (2)	13
4SF	0,21	0,23* (16) – 0,33** (21)	4

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; M = medo; E = evitação; SF = sintomas fisiológicos; Item 1M- Falar em público; Item 2M- Conversar com autoridades; Item 3M- Conversar com estranhos; Item 4M- Ficar envergonhado; Item 5M- Ser criticado; Item 6M- Reuniões sociais; Item 7M- Ser observado; Item 1E- Falar em público; Item 2E- Conversar com autoridades; Item 3E- Conversar com estranhos; Item 4E- Ficar envergonhado; Item 5E- Ser criticado; Item 6E- Reuniões sociais; Item 7E- Ser observado; Item 1SF- Rubor; Item 2SF- Palpitações; Item 3SF- Tremores; Item 4SF- Transpiração.

Observa-se que os 11 itens da BSPS guardaram correlações significativas com o escore total do BAI, com valores variando de 0,21 a 0,39 ($p < 0,05$). Os itens 1M (“Falar

em público ou na frente de outras pessoas”), 2M (“*Conversar com autoridades*”), 2SF (“*Palpitações*”), 3SF (“*Tremores ou estremecimento*”) foram aqueles que guardaram um maior número (N=13 a 16) e as melhores correlações com o BAI (0,21 - 0,41; $p < 0,05$). Já os itens 3E (“*Conversar com estranhos*”) e 4E (“*Ficar envergonhado ou sentir-se humilhado*”) foram aqueles com as menores correlações (N = 1, $r = 0,22$; $p < 0,05$). Quanto ao BAI, quase todos os seus itens relacionaram-se positivamente com o escore total da BSPPS. Os itens 7 (“*Palpitação ou aceleração do coração*”), 16 (“*Medo de morrer*”) e 17 (“*Assustado*”) foram aqueles com maior número de correlações significativas com a BSPPS e o item 6 (“*Atordoado ou tonto*”) não se correlacionou com nenhum item da BSPPS.

Tabela 56- Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala Breve de Fobia Social (BSPS) com os itens individuais e escore total do Inventário de Ansiedade de *Beck* (BAI) para a amostra de não-casos de TAS (N = 90)

Itens BSPS	Correlação com escore total – BAI	Variação da correlação significativa com BAI (item)	Número total de correlações significativas
1M	0,40**	0,21* (11) – 0,39** (10)	13
1E	0,39**	0,23* (3,17) – 0,39** (21)	10
2M	0,33**	0,21* (12) – 0,45** (21)	7
2E	0,33**	0,21* (4) – 0,49** (21)	7
3M	0,23*	0,21* (12) – 0,34 ** (7)	5
3E	0,26*	0,21* (4) – 0,34** (3)	6
4M	0,45**	0,24* (16) – 0,36** (5)	14
4E	0,44**	0,22* (6,7) – 0,51** (21)	12
5M	0,59**	0,22* (15) – 0,48** (13)	19
5E	0,50**	0,21* (18,19) – 0,46* (21)	17
6M	0,31**	0,20* (3) – 0,32** (17)	10
6E	0,43**	0,21* (1) – 0,45** (4)	13
7M	0,28**	0,21* (12) – 0,40 ** (21)	6
7E	0,29**	0,21* (5) – 0,47** (21)	8
1SF	0,20	0,24* (2) – 0,38* (20)	5
2SF	0,14	0,42** (7)	1
3SF	0,28**	0,22* (4) – 0,62 ** (12)	7
4SF	0,40**	0,22* (5) – 0,43** (2)	10

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; M = medo; E = evitação; SF = sintomas fisiológicos; Item 1M- Falar em público; Item 2M- Conversar com autoridades; Item 3M- Conversar com estranhos; Item 4M- Ficar envergonhado; Item 5M- Ser criticado; Item 6M- Reuniões sociais; Item 7M- Ser observado; Item 1E- Falar em público; Item 2E- Conversar com autoridades; Item 3E- Conversar com estranhos; Item 4E- Ficar envergonhado; Item 5E- Ser criticado; Item 6E- Reuniões sociais; Item 7E- Ser observado; Item 1SF- Rubor; Item 2SF- Palpitações; Item 3SF- Tremores; Item 4SF- Transpiração.

Para a amostra de não-casos, 16 itens da BSPS se correlacionaram significativamente com o escore total do BAI, com valores variando de 0,23 a 0,59 ($p <$

0,05). Todos os itens da BSPS também se correlacionaram com pelo menos um item do BAI, sendo que as correlações mais significativas e expressivas foram evidenciadas para os itens 5M e 5E (*“Ser criticado”*), seguidos pelos itens 4M e 4E (*“Ficar envergonhado ou sentir-se humilhado”*). A maior correlação encontrada foi entre os itens 3 SF da BSPS (*“Tremores”*) e o 12 do BAI (*“Medo que aconteça o pior”*). No geral, os itens 1SF (*“Rubor”*) e 2SF (*“Palpitações”*) da BSPS foram os que denotaram os menores valores de correlações com o BAI. Do ponto de vista do BAI, quase todos os seus itens correlacionaram-se com o escore total da BSPS (exceção aos itens de número 15, 16 e 19) com valores variando entre 0,22 e 0,62 ($p < 0,05$). Os itens com maior número de correlações significativas com a BSPS foram o 3 (*“Tremores nas pernas”*) e o 21 (*“Suor”*) ($N=15$), e os com menores, o 16 (*“Medo de morrer”*) e o 19 (*“Sensação de desmaio”*) ($N=1$ a 3). O item 21 (*“Suor”*) foi aquele que guardou correlações mais expressivas com a BSPS, concentrando sete dos maiores valores encontrados.

Os resultados da análise entre as correlações da escala total e subescalas da BSPS e BAI são apresentados na Tabela 57.

Tabela 57- Valores relativos ao estudo da validade concorrente da Escala Breve de Fobia Social (BSPS) e suas subescalas com o Inventário de Ansiedade de *Beck* (BAI), através do Coeficiente de Correlação de *Pearson*, em uma amostra de casos (N = 88) e de não-casos (N = 90) de TAS

		B A I				
	BSPS	Escala total	SE neurofisiológica	SE subjetiva	SE pânico	SE autonômica
Casos (N = 88)	Escala total	0,48**	0,35**	0,40**	0,43**	0,47**
	SE medo	0,46**	0,34**	0,43**	0,43**	0,38**
	SE evitação	0,36**	0,24**	0,32**	0,31**	0,36**
	SE sintomas fisiológicos	0,38**	0,30*	0,22**	0,35**	0,49**
Não - Casos (N = 90)	Escala total	0,62**	0,51**	0,53**	0,30**	0,55**
	SE medo	0,59**	0,46**	0,53**	0,33**	0,47**
	SE evitação	0,54**	0,44**	0,50**	0,24*	0,46**
	SE sintomas fisiológicos	0,41**	0,41**	0,21*	0,18	0,53**

SE = subescala; N = frequência; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$.

Para a amostra de casos, as maiores correlações evidenciadas foram entre a escala total da BSPS e a escala total e subescalas do BAI, com valores entre 0,35 e 0,48 ($p < 0,01$), seguidas pelas correlações da subescala de medo da BSPS (0,34 - 0,46; $p < 0,01$). Destaca-se a correlação entre a subescala de sintomas fisiológicos da BSPS e a subescala autonômica do BAI ($r = 0,49$; $p < 0,01$). Do ponto de vista do BAI, a escala total foi a que guardou as maiores correlações com a BSPS (0,36 - 0,48; $p < 0,01$).

Para os não-casos, a maior correlação encontrada foi entre a escala total da BSPS e a escala total do BAI, com $r = 0,62$ ($p < 0,01$), correlação esta classificada como forte. No

geral, a escala total da BSPS e a subescala de medo foram aquelas que mais se correlacionaram com o BAI. Do ponto de vista do BAI, as correlações mais significativas com a BSPS foram para a escala total e as subescalas autonômica e de pânico.

No que diz respeito às correlações entre a BSPS e o SPIN, os dados são apresentados nas tabelas 58, 59 e 60.

Tabela 58- Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala Breve de Fobia Social (BSPS) e os itens individuais e escore total do Inventário de Fobia Social (SPIN) para a amostra de casos de TAS (N = 88)

Itens BSPS	Correlação com escore total – SPIN	Variação da correlação significativa com SPIN (item)	Número total de correlações Significativas
1M	0,37**	0,25* (14) – 0,41* (11)	8
1E	0,37**	0,21* (6) – 0,43** (11)	10
2M	0,24*	0,25* (13) – 0,27* (17)	3
2E	0,36**	0,23* (5) – 0,32** (16,17)	9
3M	0,45**	0,22* (9) – 0,46 ** (4)	15
3E	0,46**	0,22* (1) – 0,44** (4)	15
4M	0,43**	0,21* (12) – 0,44** (5)	14
4E	0,33**	0,26* (8) – 0,34** (6)	8
5M	0,32**	0,23* (13) – 0,37* (17)	7
5E	0,44**	0,22* (8) – 0,42* (16)	14
6M	0,32**	0,22* (7) – 0,48** (8)	7
6E	0,33**	0,22* (13) – 0,50** (8)	8
7M	0,19	0,22* (12) – 0,24 ** (17)	3
7E	0,16	0,21* (13) – 0,27** (17)	2
1SF	0,16	0,22* (8) – 0,23** (3,4)	3
2SF	0,39**	0,23*(5) – 0,45** (13)	10
3SF	0,16	0,23* (17)	1
4SF	0,23**	0,32** (7) – 0,38** (10)	2

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; M = medo; E = evitação; SF = sintomas fisiológicos; Item 1M- Falar em público; Item 2M- Conversar com autoridades; Item 3M- Conversar com estranhos; Item 4M- Ficar envergonhado; Item 5M- Ser criticado; Item 6M- Reuniões sociais; Item 7M- Ser observado; Item 1E- Falar em público; Item 2E- Conversar com autoridades; Item 3E- Conversar com estranhos; Item 4E- Ficar envergonhado; Item 5E- Ser criticado; Item 6E- Reuniões sociais; Item 7E- Ser observado; Item 1SF- Rubor; Item 2SF- Palpitações; Item 3SF- Tremores; Item 4SF- Transpiração.

Evidenciou-se que 14 dos 18 itens da BSPS guardaram correlações com o escore total do SPIN, com valores variando entre 0,23 e 0,46 ($p < 0,05$). Os itens 3M, 3E

(“*Conversar com estranhos*”), 4M (“*Ficar envergonhado*”) e 5E (“*Ser criticado*”) foram aqueles que mais se correlacionaram com os diversos itens do SPIN ($N \geq 14$). Contudo, a correlação mais expressiva, considerada forte, foi entre o item 6E da BSPS (“*Reuniões sociais*”) e o 8 do SPIN (“*Evito ir a festas*”), com $r = 0,50$ ($p < 0,01$). Quanto ao SPIN, os itens 17, 13 e 10 foram os que mais se correlacionaram com os diversos itens da BSPS. Todos os itens, com exceção do 11, guardaram correlações com o escore total da BSPS, com valores entre 0,27 e 0,51 ($p < 0,05$).

Analisando as correlações entre os itens, também se observa que os itens 1M, 1E, 2E, 3M, 3E, 4E, 6M, 6E, 2SF e 3SF (10 dos 18) foram aqueles que mais se correlacionaram com os itens teoricamente esperados do SPIN.

A Tabela 59, apresenta os dados entre as correlações dos itens da BSPS e SPIN para a amostra de não-casos.

Tabela 59- Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala Breve de Fobia Social (BSPS) com os itens individuais e escore total do Inventário de Fobia Social (SPIN) para a amostra de não-casos de TAS (N = 90)

Itens BSPS	Correlação com escore total – SPIN	Variação da correlação significativa com SPIN (item)	Número total de correlações significativas
1M	0,46**	0,22* (2) – 0,65** (11)	14
1E	0,57**	0,21* (3) – 0,72** (11)	15
2M	0,43**	0,22* (10) – 0,54** (16)	12
2E	0,47**	0,26** (9) – 0,70** (16)	11
3M	0,34**	0,25* (5) – 0,59 ** (10)	7
3E	0,45**	0,22* (13) – 0,57** (4)	14
4M	0,54**	0,22* (10) – 0,50** (16)	15
4E	0,56**	0,29** (9,13) – 0,51** (2)	17
5M	0,53**	0,24* (1) – 0,48** (13)	14
5E	0,55**	0,25* (13,14) – 0,52** (3)	17
6M	0,43**	0,21* (1) – 0,69** (3)	13
6E	0,52**	0,25* (12) – 0,59** (3)	16
7M	0,51**	0,21* (8) – 0,47 ** (5)	14
7E	0,43**	0,23* (4,8) – 0,43** (16)	15
1SF	0,36**	0,21* (1,5,12) – 0,44** (2)	12
2SF	0,16	0,22*(1,16) – 0,24* (13)	4
3SF	0,56**	0,22* (7) – 0,63** (9)	13
4SF	0,46**	0,26* (2) – 0,44** (12)	11

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; M = medo; E = evitação; SF = sintomas fisiológicos; Item 1M- Falar em público; Item 2M- Conversar com autoridades; Item 3M- Conversar com estranhos; Item 4M- Ficar envergonhado; Item 5M- Ser criticado; Item 6M- Reuniões sociais; Item 7M- Ser observado; Item 1E- Falar em público; Item 2E- Conversar com autoridades; Item 3E- Conversar com estranhos; Item 4E- Ficar envergonhado; Item 5E- Ser criticado; Item 6E- Reuniões sociais; Item 7E- Ser observado; Item 1SF- Rubor; Item 2SF- Palpitações; Item 3SF- Tremores; Item 4SF- Transpiração.

Todos os itens da BSPS, com exceção do 2SF, correlacionaram-se com o escore total do SPIN, com valores entre 0,34 e 0,57 ($p < 0,01$). No geral, quase todos os itens da

BSPS guardaram mais do que 12 correlações com os itens do SPIN, com destaque aos itens 4E (*“Ficar envergonhado ou sentir-se humilhado”*) e 5E (*“Ser criticado”*); (N = 17 correlações). A maior correlação encontrada foi entre o item 1E da BSPS (*“Falar em público ou na frente de outras pessoas”*) e o 11 do SPIN (*“Evito falar para uma platéia ou dar discursos”*), com $r = 0,72$ ($p < 0,01$). Os itens 1M, 1E, 2M, 2E, 3M, 3E, 6M, 6E, 1SF e 2SF foram aqueles que guardaram as maiores correlações com o item correlato no SPIN, ou seja, com o item teoricamente esperado. Quanto ao SPIN, todos os itens também guardaram correlações com o escore total da BSPS e com seus itens, sendo os itens que mais se correlacionaram foram o 16 (*“Evito falar com qualquer autoridade”*) e o 5 (*“Fico muito assustado ao ser criticado”*).

A Tabela 60 apresenta as correlações entre o escore total e subescalas da BSPS e SPIN.

Tabela 60- Valores relativos ao estudo da validade concorrente da Escala Breve de Fobia Social (BSPS) e suas subescalas com o Inventário de Fobia Social (SPIN), em uma amostra de casos (N = 88) e de não-casos (N = 90) de TAS

		S P I N				
BSPS		Escala total	SE medo	SE evitação	SE sintomas fisiológicos	Mini-SPIN
Casos (N = 88)	Escala total	0,59**	0,54**	0,53**	0,53**	0,45**
	SE medo	0,53**	0,49**	0,48**	0,49**	0,40**
	SE evitação	0,57**	0,52**	0,54**	0,48**	0,49**
	SE sintomas fisiológicos	0,32**	0,31*	0,24*	0,32**	0,18
Não - Casos (N = 90)	Escala total	0,82**	0,78**	0,77*	0,75**	0,67**
	SE medo	0,74**	0,73**	0,68**	0,67**	0,59**
	SE evitação	0,75**	0,71**	0,72**	0,65**	0,61**
	SE sintomas fisiológicos	0,57**	0,50**	0,51*	0,60**	0,48**

SE = subescala; N = frequência; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$.

Para os casos, a maior correlação encontrada, considerada forte, foi entre os escores totais das duas escalas ($r = 0,59$; $p < 0,01$). A escala total e subescala de evitação da BSPS foram aquelas que melhor se correlacionaram com o SPIN. Quanto ao SPIN, a escala total e subescala de medo foram aquelas que guardaram as maiores correlações com a BSPS, sendo que as menores foram evidenciadas com o Mini-SPIN.

Para os não-casos, os valores das correlações, no geral, foram mais expressivos. As maiores foram para a escala total ($r = 0,67 - 0,82$; $p < 0,01$), e as menores para a subescala de sintomas fisiológicos ($r = 0,48 - 0,60$; $p < 0,01$). Pontualmente, a maior correlação foi entre a escala total da BSPS e a escala total do SPIN ($r = 0,82$; $p < 0,01$).

Nas Tabelas 61, 62 e 63 são apresentadas as correlações entre a BSPS e a SSPS.

Tabela 61- Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala Breve de Fobia Social (BSPS) com os itens individuais e escore total da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) para a amostra de casos de TAS (N = 88)

Itens BSPS	Correlação com escore total – SSPS	Varição da correlação significativa com SSPS (item)	Número total de correlações significativas
1M	-0,13	-0,31* (3)	1
1E	-0,06	-0,31* (3)	1
2M	-0,14	0,22* (2)	1
2E	-0,10	(NS)	0
3M	-0,16	-0,22* (6)	1
3E	-0,15	(NS)	0
4M	-0,05	-0,21* (6) - 0,22* (3)	2
4E	-0,03	(NS)	0
5M	-0,10	(NS)	0
5E	-0,10	-0,26* (3)	1
6M	-0,25*	0,25* (4,7)	2
6E	-0,32**	-0,27* (6) - 0,35** (7)	4
7M	-0,09	(NS)	0
7E	-0,17	(NS)	0
1SF	-0,07	-0,21* (5)	1
2SF	-0,00	(NS)	0
3SF	-0,07	(NS)	0
4SF	-0,18	(NS)	0

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; (NS) = não significativo; M = medo; E = evitação; SF = sintomas fisiológicos; Item 1M- Falar em público; Item 2M- Conversar com autoridades; Item 3M- Conversar com estranhos; Item 4M- Ficar envergonhado; Item 5M- Ser criticado; Item 6M- Reuniões sociais; Item 7M- Ser observado; Item 1E- Falar em público; Item 2E- Conversar com autoridades; Item 3E- Conversar com estranhos; Item 4E- Ficar envergonhado; Item 5E- Ser criticado; Item 6E- Reuniões sociais; Item 7E- Ser observado; Item 1SF- Rubor; Item 2SF- Palpitações; Item 3SF- Tremores; Item 4SF- Transpiração.

Observou-se que apenas um pequeno número de correlações foram significativas, com destaque para o item 6E (*“Reuniões sociais”*) com quatro correlações. Os valores das correlações entre os itens também foram pouco expressivos, considerados fracos/moderados ($r = 0,21$ a $0,35$; $p < 0,05$). A maior correlação encontrada foi entre o item 6E da BSPS e o item 7 da SSPS (*“Qualquer coisa que eu disser vai parecer bobagem”*), com $r = 0,35$ ($p < 0,01$), seguido das correlações entre os itens 1M e 1E (*“Falar em público ou na frente de outras pessoas”*) da BSPS e o item 3 (*“Esta é uma situação difícil, mas posso dar conta dela”*) da SPSS. Nove itens da BSPS não evidenciaram nenhuma correlação com a SSPS.

A Tabela 62 apresenta as correlações entre os itens da BSPS e SSPS para a amostra de não-casos.

Tabela 62- Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala Breve de Fobia Social (BSPS) e os itens individuais e escore total da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) para a amostra de não-casos de TAS (N = 90)

Itens BSPS	Correlação com escore total – SSPS	Variação da correlação significativa com SSPS (item)	Número total de correlações significativas
1M	-0,15	- 0,27* (1) - -0,34** (6)	2
1E	-0,34**	- 0,23* (3) - -0,36** (1)	5
2M	-0,02	(NS)	0
2E	-0,13	-0,22* (6) - -0,24* (1)	2
3M	-0,02	(NS)	0
3E	-0,08	(NS)	0
4M	-0,16	(NS)	0
4E	-0,13	(NS)	0
5M	-0,32**	0,29* (2,6) - -0,31** (5)	4
5E	-0,17	-0,23* (2,7)	2
6M	-0,22*	0,23* (2) - 0,25* (7)	2
6E	-0,27*	-0,22* (1,2,4) - 0,25* (7)	4
7M	-0,15	-0,27** (6)	1
7E	-0,08	(NS)	0
1S	-0,12	(NS)	0
2SF	-0,11	(NS)	0
3SF	-0,14	-0,21* (3) - -0,27* (5)	2
4SF	-0,09	(NS)	0

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; (NS) = não significativo; M = medo; E = evitação; SF = sintomas fisiológicos; Item 1M- Falar em público; Item 2M- Conversar com autoridades; Item 3M- Conversar com estranhos; Item 4M- Ficar envergonhado; Item 5M- Ser criticado; Item 6M- Reuniões sociais; Item 7M- Ser observado; Item 1E- Falar em público; Item 2E- Conversar com autoridades; Item 3E- Conversar com estranhos; Item 4E- Ficar envergonhado; Item 5E- Ser criticado; Item 6E- Reuniões sociais; Item 7E- Ser observado; Item 1SF- Rubor; Item 2SF- Palpitações; Item 3SF- Tremores; Item 4SF- Transpiração.

Para a amostra de não-casos, observaram-se também poucas correlações significativas, e com valores pouco expressivos ($r = 0,21$ a $0,36$) em comparação à amostra

de casos. O item 1E (*“Falar em público ou na frente de outras pessoas”*) foi o que apresentou as maiores correlações com a SSPS (N = 5), sendo também o item que conjuntamente ao 1M apresentou as correlações mais expressivas. Nove itens da BSPS também não guardaram nenhuma correlação com a SSPS.

A Tabela 63 apresenta as correlações entre a escala total e subescalas da BSPS e SSPS.

Tabela 63- Valores relativos ao estudo da validade concorrente da Escala Breve de Fobia Social (BSPS) e suas subescalas com a Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS), em uma amostra de casos (N = 88) e de não-casos (N = 90) de TAS

		S S P S		
BSPS		Escala total	SE positiva	SE negativa
Casos (N = 88)	Escala total	-0,21	-0,19	0,14
	SE medo	-0,18	-0,14	0,14
	SE evitação	-0,22	-0,19	0,15
	SE sintomas fisiológicos	-0,10	-0,13	0,03
Não - Casos (N = 90)	Escala total	-0,26*	-0,31**	0,15
	SE medo	-0,23*	-0,30**	0,11
	SE evitação	-0,25*	-0,27**	0,16
	SE sintomas fisiológicos	-0,17	-0,19	0,11

SE = subescala; N= frequência; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$.

Não se evidenciou nenhuma correlação significativa para a amostra de casos entre as duas escalas. Para a amostra de não-casos, as correlações mais significativas da BSPS foram com a escala total e com a subescala de auto avaliação positiva da SSPS, correlações estas de ordem negativa, classificadas no geral como fracas (-0,23 a -0,31; $p < 0,01$).

d) Validade Discriminativa

A análise por meio da curva ROC foi utilizada para avaliação da validade discriminativa da BSPS (N = 178). A área encontrada sob a curva foi de 0,92 ($p < 0,0001$), com erro padrão de 0,22 e intervalo de confiança de 95% entre 0,88 e 0,96. A Figura 4 ilustra a curva obtida.

Figura 4. Área sob a Curva ROC do escore total da BSPS para uma amostra de casos e não-casos de TAS (N = 178)

Calculou-se também a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e taxa de classificação incorreta para vários pontos de corte da BSPS, visando identificar aquele mais apropriado para o diagnóstico do TAS. Esses dados são apresentados na Tabela 64.

Tabela 64 - Valores relativos ao estudo da validade discriminativa da Escala Breve de Fobia Social (BSPS) em uma amostra de casos e não-casos de TAS (N = 178)

Nota de corte	S	E	VPP	VPN	TCI
10	0,97	0,63	0,72	0,95	0,20
11	0,97	0,63	0,72	0,95	0,20
12	0,97	0,67	0,74	0,95	0,19
13	0,95	0,68	0,74	0,94	0,19
14	0,95	0,74	0,79	0,94	0,15
15	0,95	0,76	0,79	0,94	0,15
16	0,93	0,77	0,80	0,92	0,15
17	0,92	0,78	0,80	0,91	0,15
18	0,90	0,81	0,82	0,89	0,15
19	0,88	0,83	0,84	0,87	0,15
20	0,84	0,83	0,83	0,84	0,16
21	0,80	0,84	0,84	0,81	0,17
22	0,78	0,87	0,85	0,80	0,17
23	0,77	0,89	0,87	0,80	0,17
24	0,75	0,92	0,90	0,79	0,17
25	0,73	0,94	0,93	0,86	0,16
26	0,68	0,96	0,93	0,75	0,18

S = sensibilidade, E = especificidade, VPP = valor preditivo positivo, VPN = valor preditivo negativo, TCI = taxa de classificação incorreta.

Observou-se que a nota de corte entre 18 e 19 foi aquela que melhor equilibrou os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo, com taxa de classificação incorreta de 0,15. Para a nota de corte 15, observou-se um aumento em torno de 7% na sensibilidade e valor preditivo negativo, mantendo-se a especificidade e o valor preditivo positivo ainda bastante expressivos, e taxa de classificação incorreta no valor de 0,15. Já a nota de corte 25 favoreceu um aumento em torno de 10% para a especificidade e valor preditivo positivo, com valores adequados de sensibilidade e valor preditivo negativo, mantendo-se a taxa de classificação incorreta em 0,16.

e) Análise Fatorial- Análise dos componentes principais com rotação *varimax*

A análise fatorial para a BSPS foi realizada somente para a amostra de casos de TAS. Para verificar a habituação desta amostra ($N = 88$) para tal análise, calculou-se o índice KMO, cujo valor encontrado foi de 0,67, demonstrando uma razoável adequação da mesma. Também realizou-se o teste de esfericidade de *Bartlett*, o qual mostrou-se adequado ($\chi^2 = 739,75$; g.l. = 153; $p < 0,0001$).

A análise dos componentes principais, de acordo com os critérios de *Kaiser*, forneceu seis fatores, como pode ser observado na Tabela 65.

Tabela 65 - Análise fatorial: solução inicial da Escala Breve de Fobia Social (BSPS) aplicada em 88 sujeitos casos de TAS, por meio do método de análise dos componentes principais

Componente Principal	Autovalor	Variância (%)
1	5,44	30,14
2	1,83	10,14
3	1,73	9,60
4	1,54	8,56
5	1,30	7,21
6	1,11	6,14
7	0,91	5,03
8	0,82	4,54
9	0,71	3,92
10	0,54	3,00
11	0,47	2,60
12	0,41	2,27
13	0,32	1,77
14	0,27	1,49
15	0,23	1,28
16	0,17	0,95
17	0,14	0,79
18	0,10	0,56

Observou-se que os seis fatores extraídos inicialmente responderam conjuntamente por 71,79% da variância dos dados. Verificando-se a carga fatorial isolada de cada um destes fatores, constatou-se que o Fator 1 respondeu sozinho por 30,13% da variância, sendo que os outros cinco fatores contribuíram isoladamente com menos de 11% da variância.

Foram extraídos os seis componentes principais da escala por meio da técnica de rotação *varimax* com normatização de *Kaiser*, e construiu-se uma nova matriz fatorial, na

qual os itens individuais da escala foram relacionados aos fatores. Esta matriz é apresentada na Tabela 66.

Tabela 66 – Análise fatorial: matriz fatorial para os itens individuais da Escala Breve de Fobia Social (BSPS) em uma amostra de casos de TAS (N = 88), por meio do método de análise dos componentes principais com rotação *varimax*

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6
3E	0,78	0,10	- 0,01	0,29	0,03	0,12
5M	0,72	- 0,07	0,36	- 0,16	0,16	0,06
3M	0,71	0,23	- 0,09	0,35	0,07	0,25
5E	0,64	0,12	0,56	- 0,10	0,02	0,13
4M	0,49	0,27	0,20	0,40	0,25	0,14
3SF	- 0,01	0,76	0,06	- 0,12	0,15	0,17
1SF	0,11	0,75	0,05	0,12	- 0,11	- 0,02
4SF	0,05	0,72	0,13	0,00	0,03	- 0,05
2SF	0,17	0,56	- 0,03	0,31	0,14	0,20
1E	0,11	0,05	0,87	0,04	0,02	0,01
1M	0,05	0,12	0,83	0,14	0,12	0,21
4E	0,35	0,39	0,47	0,34	0,18	0,01
6M	0,04	0,07	0,08	0,84	0,13	0,06
6E	0,18	0,02	0,06	0,82	0,01	0,10
7M	0,14	0,06	0,06	0,04	0,90	0,11
7E	0,05	0,06	0,10	0,15	0,90	0,11
2M	0,08	0,12	0,08	0,05	0,21	0,90
2E	0,30	0,04	0,16	0,16	0,03	0,84

Item 1M- Falar em público; Item 2M- Conversar com autoridades; Item 3M- Conversar com estranhos; Item 4M- Ficar envergonhado; Item 5M- Ser criticado; Item 6M- Reuniões sociais; Item 7M- Ser observado; Item 1E- Falar em público; Item 2E- Conversar com autoridades; Item 3E- Conversar com estranhos; Item 4E- Ficar envergonhado; Item 5E- Ser criticado; Item 6E- Reuniões sociais; Item 7E- Ser observado; Item 1SF- Rubor; Item 2SF- Palpitações; Item 3SF- Tremores; Item 4SF- Transpiração.

Observou-se que o Fator 1 foi composto inicialmente por cinco itens, com carga variando de 0,49 a 0,78, e consistência interna de 0,81. Analisando-se a formulação dos itens de tal fator, julgou-se pertinente agrupar a ele o item 4E, o qual apresentou maior carga no Fator 3 (0,47), mas também carga significativa no Fator 1 (0,35). A consistência interna do Fator 1, com o acréscimo deste item apresentou um valor de 0,83 (alfa de *Cronbach*), evidenciando que o item contribuiu de forma positiva para a consistência do fator. Assim, o Fator 1 ficou composto pelos itens 3M, 3E, 4M, 4E, 5M e 5E, e foi denominado de “medo e evitação de interação com estranhos e de situações de avaliação social”.

O Fator 2, foi composto pelos quatro itens da subescala de sintomas fisiológicos, com carga variando de 0,56 a 0,76, e consistência interna de 0,69. Foi denominado de “sintomas fisiológicos”.

Três itens (1E, 1M e 4E) inicialmente compuseram o Fator 3, com consistência interna de 0,76. Analisando a carga destes itens, perceberam-se valores bastante altos para os dois primeiros itens (0,87 e 0,83) e um valor numericamente menor para o item 4E (0,47), o qual foi agrupado junto ao Fator 1. Assim, o Fator 2 ficou composto pelos itens 1M e 1E, com consistência interna de 0,83, sendo nomeado de “medo e evitação de falar em público”.

O Fator 4 foi composto por dois itens, 6M e 6E, relacionados ao medo e evitação de reuniões sociais, cujas cargas associadas ao fator foram de 0,84 e 0,82, respectivamente. A consistência interna deste fator foi de 0,75, sendo nomeado de “medo e evitação de eventos sociais”.

Os itens 7M e 7E, relacionados ao medo e evitação da realização de atividades ao ser observado, compuseram o Fator 5, que foi nomeado de “medo e evitação de ser observado”. As cargas destes itens relativas a este fator foram de 0,90, e a consistência interna de 0,83.

O Fator 6 foi composto pelos itens 2M e 2E, com carga de 0,90 e 0,84, com consistência interna de 0,83, sendo nomeado de “medo e evitação de pessoas de autoridade”.

f) Validade de Construto

Para avaliação da validade de construto, buscou-se correlacionar-se teoricamente os itens e fatores da BSPS aos critérios diagnósticos do TAS, conforme descritos pela CID-10 e DSM-IV. Estes dados são apresentados na Tabela 67.

Tabela 67 - Validade de construto: correlações teóricas entre itens da BSPS e os critérios diagnósticos para o TAS descritos pela CID-10 e pelo DSM-IV em função dos fatores

Critérios diagnósticos CID-10 e DSM-IV	Fatores / Itens BSPS					
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6
<u>Critério A:</u> Medo e ansiedade de situações sociais/ desempenho. Temores quanto a agir de forma humilhante/ vergonhosa	3M, 4M, 5M	—	1M	6M	7M	2M
<u>Critério B:</u> Sintomas autonômicos de ansiedade	—	1SF, 2SF, 3SF, 4SF	—	—	—	—
<u>Critério C:</u> Medo excessivo/ irracional	—	—	—	—	—	—
<u>Critério D:</u> Evitação de situações sociais/ desempenho	3E, 4E, 5E	—	1E	6E	7E	2E
<u>Critério E:</u> Sofrimento e prejuízo psicossocial	—	—	—	—	—	—

Fator 1 = Medo e evitação de interação com estranhos e de situações de avaliação social; Fator 2 = Sintomas fisiológicos; Fator 3= Medo e evitação de falar em público; Fator 4 = Medo e evitação de eventos sociais; Fator 5 = Medo e evitação de ser observado; Fator 6 = Medo e evitação de pessoas de autoridade.

Observou-se que o Critério A, medo e ansiedade de situações sociais/ desempenho e temor quanto a ser envergonhado e humilhado, e o Critério D, evitação de situações sociais

e de desempenho, correlacionaram-se com todos os fatores, exceto o 2, mas sobretudo ao Fator 1. O Critério B, sintomas autonômicos de ansiedade, correlacionou-se com todos os itens do Fator 2. Já os Critérios C e E, relacionados ao reconhecimento do medo ser excessivo e irracional e às vivências de sofrimento e prejuízos psicossociais, respectivamente, não se correlacionaram com nenhum item/ fator, evidenciando que estes não são aspectos contemplados pelo instrumento.

Em relação aos fatores, o Fator 1 correlacionou-se com os critérios de medo e de evitação de situações sociais e de desempenho, por englobar itens relativos à medo e evitação de estranhos, vergonha/ humilhação e críticas. O Fator 2 correlacionou-se com os sintomas autonômicos de ansiedade: tremor, rubor, palpitações e transpiração, e os Fatores 3, 4, 5 e 6, correlacionaram-se com os critérios relativos ao medo e evitação, focando situações específicas: falar em público, reuniões sociais, ser observado e falar com autoridade.

g) Comparação de Variáveis

Por meio do teste t de *Student* realizou-se uma análise univariada para verificar o comportamento das variáveis estudadas em função da média na BSPS. A Tabela 68 ilustra os resultados desta análise.

Tabela 68 - Pontuação média na Escala Breve de Fobia Social (BSPS) e suas subescalas em função do sexo, universidade e presença/ ausência de Transtorno de Ansiedade Social (N = 178)

		B S P S							
Variáveis		Escala Total		SE Medo		SE evitação		SE sintomas fisiológicos	
		média	(DP)	média	(DP)	média	(DP)	média	(DP)
Sexo	Feminino	22,1	(13,9)	9,1	(6,4)	9,9	(5,9)	3,1	(3,1)
	Masculino	17,6	(13,1)	7,0	(5,7)	8,0	(5,9)	2,6	(2,6)
	Estatística	t = 2,137 p = 0,034*		t = 2,303 p = 0,022*		t = 2,049 p = 0,042*		t = 1,039 p = 0,30	
Universidade	USP	18,9	(13,3)	7,6	(5,9)	8,7	(5,8)	2,6	(2,8)
	UNIFRAN	24,8	(14,5)	10,4	(6,7)	10,6	(6,2)	3,9	(3,0)
	Estatística	t = -2,618 p = 0,010*		t = -1,820 p = 0,71		t = -2,493 p = 0,014*		t = -2,493 p = 0,014*	
Diagnóstico	TAS	30,1	(10,7)	12,6	(4,9)	13,1	(4,7)	4,4	(3,0)
	Não-TAS	10,9	(8,9)	4,1	(4,1)	5,4	(4,4)	1,4	(1,7)
	Estatística	t = -13,106 p < 0,001*		t = -12,545 p < 0,001*		t = -11,312 p < 0,001*		t = -8,257 p < 0,01*	
Total		20,4	(13,8)	8,3	(6,2)	9,2	(6,0)	2,9	(2,9)

SE = subescala; DP = desvio-padrão; TAS = Transtorno de Ansiedade Social; * = diferença significativa; t = Teste t de Student.

Para a variável sexo, na escala total e subescalas (exceto a de sintomas fisiológicos), observou-se diferenças significativas de pontuação, sendo que os sujeitos do sexo feminino apresentaram maiores médias, ou seja, maior nível de sintomatologia. Para a variável universidade, as diferenças de pontuação também foram significativas para a escala total e subescalas de evitação e sintomas fisiológicos, com os sujeitos da UNIFRAN apresentando as maiores médias em relação aos da USP. Também foram encontradas diferenças significativas para os sujeitos classificados como caso e não-caso de TAS, sendo que os primeiros apresentaram médias de pontuação muito superiores aos dos segundos.

Realizou-se uma análise multivariada (ANOVA) para verificar a influência simultânea das variáveis, bem como a sua interação. Os resultados desta análise são apresentados na Tabela 69.

Tabela 69 – Comparação das pontuações na Escala Breve de Fobia Social (BSPS) e nas suas subescalas em função das variáveis estudadas e da interação entre elas em uma amostra de casos e não-casos de TAS (N = 178), por meio da ANOVA multivariada

BSPS	Variáveis	F	p
Total	sexo	4,22	P = 0,04*
	universidade	2,90	p = 0,09
	diagnóstico	102,83	p < 0,001*
	sexo vs universidade	4,06	p = 0,05*
	sexo vs diagnóstico	0,23	p = 0,63
	universidade vs diagnóstico	0,37	p = 0,54
	sexo vs universidade vs diagnóstico	0,37	p = 0,55
SE medo	sexo	4,02	P = 0,05*
	universidade	3,15	p = 0,08
	diagnóstico	91,53	p < 0,001*
	sexo vs universidade	2,63	p = 0,11
	sexo vs diagnóstico	0,06	p = 0,81
	universidade vs diagnóstico	0,29	p = 0,59
	sexo vs universidade vs diagnóstico	1,40	p = 0,23
SE evitação	sexo	3,44	P = 0,07
	universidade	0,81	p = 0,39
	diagnóstico	73,47	p < 0,001*
	sexo vs universidade	3,26	p = 0,07
	sexo vs diagnóstico	0,92	p = 0,34
	universidade vs diagnóstico	1,03	p = 0,31
	sexo vs universidade vs diagnóstico	0,51	p = 0,48
SE sintomas fisiológicos	sexo	1,15	P = 0,29
	universidade	3,46	p = 0,07
	diagnóstico	48,30	p < 0,001*
	sexo vs universidade	2,89	p = 0,09
	sexo vs diagnóstico	0,33	p = 0,56
	universidade vs diagnóstico	0,21	p = 0,65
	sexo vs universidade vs diagnóstico	1,18	p = 0,28

SE= subescala; vs = versus; * = diferença significativa; p = nível de significância.

Evidenciou-se diferenças significativas para a variável sexo, somente para a escala total e subescala de medo, com os sujeitos do sexo feminino apresentando as maiores médias. Para a variável universidade, nenhuma diferença significativa foi encontrada. Contudo, para a variável diagnóstico, as diferenças entre sujeitos classificados como caso e não-caso, foram significativas tanto na escala total, como em todas as subescalas, sendo que os casos apresentaram médias de pontuação bastante superiores aos não-casos.

A análise quanto à interação das variáveis apontou diferenças significativas para a interação entre sexo e universidade apenas na escala total, onde os sujeitos do sexo femininos da UNIFRAN apresentam maiores médias de pontuação, ou seja, mais indicadores de sintomatologia em relação aos sujeitos do mesmo sexo da USP.

h) Confiabilidade Interavaliadores

Para o estudo dos indicadores de confiabilidade da BSPS, foram analisadas 178 avaliações conjunta, que resultaram em 356 protocolos a serem comparados. Utilizou-se do Coeficiente de Correlação de *Kappa* para todos os itens e do Coeficiente de Correlação Intraclass para todos os itens e escala total. Os dados relativos a estas análises podem ser visualizados na Tabela 70.

Tabela 70 - Valores relativos ao estudo da confiabilidade inter-avaliadores da Escala Breve de Fobia Social (BSPS) em uma amostra de casos e não-casos de Transtorno de Ansiedade Social (N = 178)

Itens BSPS	<i>Kappa</i>	IC	CCI	IC
1 M	0,86**	0,80 – 0,92	0,96**	0,94 – 0,97
1 E	0,97**	0,94 – 1,00	1,00**	0,99 – 1,00
2 M	0,89**	0,83 – 0,94	0,95**	0,94 – 0,97
2 E	0,98**	0,95 – 1,00	0,99**	0,98 – 0,99
3 M	0,87**	0,80 – 0,93	0,96**	0,95 – 0,97
3 E	0,94**	0,89 – 0,98	0,98**	0,97 – 0,98
4 M	0,92**	0,87 – 0,97	0,98**	0,97 – 0,99
4 E	0,98**	0,95 – 1,00	0,99**	0,99 – 1,00
5 M	0,93**	0,89 – 0,97	0,97**	0,97 – 0,98
5 E	0,98**	0,95 – 1,00	0,99**	0,99 – 1,00
6 M	0,90**	0,84 – 0,96	0,97**	0,96 – 0,98
6 E	0,94**	0,90 – 0,98	0,98**	0,98 – 0,99
7 M	0,89**	0,83 – 0,88	0,96**	0,95 – 0,97
7 E	0,98**	0,96 – 0,99	1,00**	0,99 – 1,00
1 SF	0,88**	0,82 – 0,94	0,95**	0,94 – 0,97
2 SF	0,93**	0,88 – 0,97	0,92**	0,89 – 0,93
3 SF	0,89**	0,81 – 0,96	0,93**	0,91 – 0,95
4 SF	0,93**	0,88 – 0,98	0,98**	0,97 – 0,98
Escala Total	—	—	1,00	0,99 – 1,00

M- medo, E- evitação, SF- sintomas fisiológicos, IC- Intervalo de confiança, CCI- Coeficiente de correlação intraclass; ** = $p < 0,0001$.

Quanto aos valores relativos ao *Kappa*, obtiveram-se índices entre 0,86 e 0,98 ($p < 0,0001$), evidenciando valores muito satisfatórios, apontando para uma excelente concordância entre os itens.

Em relação aos valores relativos à análise mediante o Coeficiente de correlação intraclasse, encontram-se da mesma maneira índices excelentes de confiabilidade entre os itens (STREINER, 1993), com valores variando de 0,92 a 1,00 ($p < 0,0001$). Para a escala total a concordância também foi excelente, atingindo o escore máximo, com 100% de acordo ($p < 0,0001$).

Para as duas análises, observou-se uma ligeira tendência do nível de correlação ser maior para os itens da subescala de evitação, em comparação aos das de medo e sintomas fisiológicos.

• Estudo 3

1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

A amostra do estudo 3 foi composta por 45 sujeitos, sendo 24 casos e 21 não-casos de TAS. O perfil desta amostra é apresentado na Tabela 71.

Tabela 71 - Caracterização sociodemográfica da amostra incluída no Estudo 3 em função da presença ou ausência de TAS (N = 45)

V a r i á v e i s		Casos (N = 24)	Não - Casos (N=21)	Total (N=45)	Estatística
Sexo	Feminino N (%)	8 (33)	7 (33)	15 (33)	$\chi^2 = 0$ p = 1,00
	Masculino N (%)	16 (67)	14 (67)	30 (67)	
Idade	Média	20,5	20,21	20,37	U = 199,00 p = 0,47
	(DP)	(1,50)	(1,93)	(1,69)	
Área do Curso	Exatas N (%)	13 (54)	8 (38)	21 (47)	$\chi^2 = 0,62$ p = 0,43
	Humanas N (%)	0 (0)	2 (10)	2 (4)	
	Biológicas N (%)	11 (46)	11 (52)	22 (49)	

N = frequência; % = porcentagem; DP = desvio-padrão; χ^2 = Teste do Qui-quadrado; U = Teste de *Mann-Whitney*.

Predominaram sujeitos do sexo masculino (67%), com média de idade em torno dos 20 anos. Todos os sujeitos, por conveniência do estudo, eram alunos da USP, em sua maioria freqüentando cursos das áreas de biológicas e exatas (96%). Analisando-se tal amostra em função da presença ou ausência de TAS, nenhuma diferença foi encontrada em relação às variáveis sociodemográficas estudadas, denotando que os dois grupos estavam emparelhados quanto a essas características.

2. Indicadores de Validade da SSPS-E

Os resultados quanto aos indicadores de validade da SSPS-E no contexto do Teste de Simulação de Falar em Público serão apresentados na seguinte seqüência: a) consistência interna; b) validade concorrente e; c) validade discriminativa.

a) Consistência Interna

O estudo da consistência interna da SSPS-E foi feito por meio do alfa de *Cronbach*, para as duas subescalas e escala total, cujos resultados podem ser visualizados na Tabela 72.

Tabela 72 - Estudo da consistência interna da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público- versão estado (SSPS-E) durante o Teste de Simulação de Falar em Público em uma amostra de casos (N = 24) e de não-casos (N = 21) de TAS

Fases/ Tipo Amostra			S S P S		
			Escala Total	SE Positiva	SE Negativa
Fase B (Basal)	Casos (N = 24)	Correlação item-total	0,15-0,71	0,30-0,77	0,45-0,64
		∞	0,82	0,77	0,80
	Não-Casos (N = 21)	Correlação item-total	0,02-0,49	0,04-0,55	0,01-0,80
		∞	0,57	0,35	0,80
Fase P (Pré-estresse)	Casos (N = 24)	Correlação item-total	0,03-0,73	0,30-0,82	0,34-0,65
		∞	0,68	0,80	0,61
	Não-Casos (N = 21)	Correlação item-total	0-0,52	0,06-0,40	0-0,80
		∞	0,39	0,35	0,69
Fase A (Antecipatória)	Casos (N = 24)	Correlação item-total	0,38-0,71	0,46-0,70	0,70-0,78
		∞	0,85	0,75	0,88
	Não-Casos (N = 21)	Correlação item-total	0-0,63	0-0,58	0-0,70
		∞	0,49	0,50	0,54
Fase S (Performance)	Casos (N = 24)	Correlação item-total	0,02-0,86	0,12-0,83	0,64-0,71
		∞	0,86	0,73	0,85
	Não-Casos (N = 21)	Correlação item-total	0,15-0,59	0,02-0,60	0,31-0,85
		∞	0,61	0,53	0,72
Fase F0 (Pós-Estresse 0)	Casos (N = 24)	Correlação item-total	0,04-0,83	0,20-0,77	0,56-0,80
		∞	0,89	0,79	0,87
	Não-Casos (N = 21)	Correlação item-total	0,02-0,45	0,09-0,52	0,29-0,90
		∞	0,46	0,24	0,71
Fase F1 (Pós-Estresse 1)	Casos (N = 24)	Correlação item-total	0,03-0,84	0,10-0,74	0,75-0,90
		∞	0,90	0,75	0,92
	Não-Casos (N = 21)	Correlação item-total	0-0,60	0,07-0,60	0-0,82
		∞	0,60	0,61	0,70
Fase F2 (Pós-Estresse 2)	Casos (N = 24)	Correlação item-total	0,14-0,81	0,21-0,85	0,73-0,87
		∞	0,90	0,81	0,92
	Não-Casos (N = 21)	Correlação item-total	0,04-0,65	0,04-0,63	0,02-0,88
		∞	0,58	0,55	0,68

∞ = alfa de *Cronbach*, SE = subescala.

Os valores encontrados para o alfa foram bastante significativos tanto na amostra de casos como na de não-casos. Na amostra de casos, o alfa variou de 0,61 a 0,92, sendo que os maiores valores foram observados para a subescala negativa e escala total da SSPS-E. Quanto às fases, os maiores valores do alfa encontrados foram na fase F2 (ansiedade pré-estresse 2) e os menores na fase P (ansiedade de performance). Analisando-se a correlação dos itens com o escore total, esta variou significativamente com valores entre 0 e 0,90, destacando-se os maiores valores na subescala negativa da SSPS-E.

Para os não-casos, os valores de alfa variaram entre 0,24 e 0,80, sendo que a subescala negativa concentrou os maiores valores, seguida pela escala total. Os menores valores de alfa foram observados na fase P (ansiedade de performance), não tendo uma fase na qual os maiores valores se destacassem. As correlações dos itens com os escores totais, também variaram de 0 a 0,90.

b) Validade Concorrente

Analisou-se a validade concorrente da SSPS-E com outras duas escalas: a VAMS e a ESS. As análises foram realizadas separadamente para cada instrumento, utilizando-se do Coeficiente de Correlação de *Pearson*, considerando a correlação entre as subescalas e a escala total para cada fase do procedimento do TSFP.

Os resultados da validade concorrente entre a SSPS-E e a VAMS para amostra de casos pode ser visualizados na Tabela 73.

Tabela 73- Estudo da validade concorrente da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público- versão estado (SSPS-E) e suas subescalas com a Escala Analógica Visual de Humor (VAMS) durante o Teste de Simulação de Falar em Público em uma amostra de casos (N = 24) de TAS

S S P S		V A M S			
		SE Ansiedade	SE Sedação Física	SE Sedação Mental	SE outros sentimentos/ atitudes
Fase B	SE positiva	-0,19	-0,14	0,49*	-0,16
	SE negativa	0,17	0,20	-0,34	0,10
	Escala Total	-0,22	-0,40	0,49*	-0,03
Fase P	SE positiva	-0,32	-0,02	0,35	-0,12
	SE negativa	0,07	0,47*	-0,08	0,38
	Escala Total	-0,22	-0,32	0,35	-0,22
Fase A	SE positiva	-0,04	-0,47*	0,46*	-0,10
	SE negativa	0,42*	0,50*	-0,42*	0,57**
	Escala Total	-0,45*	-0,56*	0,51*	-0,53**
Fase S	SE positiva	-0,26	-0,43*	0,32	-0,18
	SE negativa	0,06	0,45*	-0,22	0,31
	Escala Total	-0,22	-0,52*	0,31	-0,44*
Fase F0	SE positiva	-0,44*	-0,56*	0,32	-0,46*
	SE negativa	0,45*	0,04	-0,41*	0,17
	Escala Total	-0,49*	-0,51*	0,28	-0,10
Fase F1	SE positiva	-0,54*	-0,44*	0,32	-0,41*
	SE negativa	0,20	0,32	-0,33	0,30
	Escala Total	-0,43*	-0,42*	0,39	-0,30
Fase F2	SE positiva	-0,23	-0,15	0,39	-0,05
	SE negativa	0,12	0,35	-0,37	0,29
	Escala Total	-0,19	-0,29	0,35	-0,21

SE = subescala; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; B = ansiedade basal; P = ansiedade de pré-estresse; A = ansiedade antecipatória; S = ansiedade de performance; F0 = ansiedade pós-estresse 0; F1 = ansiedade pós-estresse 1; F2 = ansiedade pós-estresse 2.

Para os casos, encontrou-se 29 correlações significativas entre estas duas escalas ao longo das diferentes fases do procedimento, variando entre 0,41 e 0,57, valores estes considerados moderados/ fortes. O maior número de correlações observadas foi entre a SSPS-E e a subescala de sedação física da VAMS (N = 11), seguidas pelas correlações com

a subescala de ansiedade ($N = 7$). O menor número de correlações foi entre a SPSS-E e a subescala de outros sentimentos e atitudes ($N = 5$).

As correlações entre as subescalas de ansiedade, sedação física e outros sentimentos/atitudes da VAMS e a escala total e subescala de auto-avaliação positiva da SPSS-E foram sempre negativas, e com a SPSS-E, subescala de auto-avaliação negativa, as correlações foram positivas. Isto evidencia que o aumento na auto-avaliação positiva está associado à diminuição desses aspectos avaliados pela VAMS e vice-versa, bem como que o aumento na auto-avaliação negativa associa-se ao aumento nos aspectos avaliados e vice-versa. Excessão ocorreu para a subescala de sedação mental da VAMS, onde as correlações com a SPSS-E escala total e subescala de auto-avaliação positiva, foram positivas, e com a subescala de auto-avaliação negativa, as correlações foram negativas.

Com relação a SPSS-E, as maiores correlações foram evidenciadas para a escala total, principalmente nas fases Antecipatória ($N = 4$), Performance ($N = 2$), Pós-estresse-0 ($N = 2$) e Pós-estresse 1 ($N = 2$) e para a subescala positiva, sobretudo nas fases Pós-estresse-0 ($N = 3$) e Pós-estresse 1 ($N = 3$). A subescala negativa guardou correlações mais significativas com a VAMS principalmente nas fases Antecipatória ($N = 4$) e fase Pós-estresse 0 ($N = 2$).

Analisando-se as correlações da SPSS-E, considerando as fases do procedimento, na fase Basal (B) as correlações que predominaram foram com a subescala de sedação mental, evidenciando uma correlação positiva entre este fator e a auto-avaliação positiva do falar em público, ou seja, a auto-avaliação positiva do desempenho associou-se ao aumento da sonolência e distração. Na fase Pré-estresse (P), evidenciou-se apenas uma correlação entre a auto-avaliação negativa e a sedação física, denotando que, nesta fase, o aumento da avaliação negativa associou-se ao aumento da dificuldade de raciocinar, da incapacidade,

da apatia, da confusão e diminuição da sociabilidade e agilidade e vice-versa. Na fase Antecipatória (A), o maior número de correlações foi com a subescala de sedação física e sedação mental, seguidas pela de ansiedade e de outros sentimentos e atitudes. Isto significa que a auto-avaliação negativa mostrou-se associada ao aumento da ansiedade, da sedação física, do desinteresse, da hostilidade, da insatisfação e da tristeza, e também ao aumento do comportamento de alerta e atenção (diminuição da sedação mental). Já para as auto-avaliações positivas, as relações foram opostas. Na fase de Performance (S), predominaram correlações com a subescala de sedação física, denotando que nesta fase ocorreu aumento da sedação física à medida que a auto-avaliação negativa aumentou e diminuição quando houve aumento da auto-avaliação positiva. Na fase Pós-estresse-0 (F0), as principais correlações observadas foram com as subescalas de ansiedade e sedação física, evidenciando aumento de ambas em função do aumento da avaliação negativa e diminuição em função da avaliação positiva. Na fase Pós-estresse-1 (F1), as correlações que predominaram foram também com as subescalas de ansiedade e sedação física, quando o aumento da avaliação positiva associou-se à diminuição desses fatores. Na fase Pós-estresse-2 (F2), predominou a ausência de correlações significativas.

Para os não-casos, o número de correlações foi menor em relação aos casos ($N = 5$). As correlações variaram de 0,45 a 0,69. Basicamente, as correlações observadas foram relativas a subescala de auto-avaliação negativa da SPSS-E e a subescala de outros sentimentos e atitudes da VAMS, as quais ocorreram nas fases Pré-estresse (P), Antecipatória (A), Pós-estresse 0 (F0) e Pós-estresse 2 (F2), e são de ordem negativa, ou seja, o aumento da auto-avaliação negativa mostrou-se associado à diminuição de alegria, interesse, amistosidade e satisfação. Na fase Pós-estresse 2 (F2), também observou-se uma correlação negativa entre a subescala negativa da SPSS-E e a subescala de sedação mental,

indicando que o aumento da auto-avaliação negativa está associado a diminuição da atenção e do comportamento de alerta.

Quanto à validade concorrente entre a SSPS-E e a ESS, as análises realizadas por meio do Coeficiente de Correlação de *Pearson* não evidenciaram nenhuma correlação significativa, seja para a escala total, seja para as subescalas.

c) Validade Discriminativa

Para avaliação da validade discriminativa da SSPS-E durante o TSFP frente a presença e ausência de TAS, calculou-se inicialmente a pontuação média e desvio-padrão dos sujeitos identificados como casos e não-casos de TAS na escala total e subescalas em função das diferentes fases do procedimento. Os dados desta análise são apresentados na Tabela 74.

Tabela 74 - Pontuação média e desvio-padrão do grupo de sujeitos identificados como casos (N = 24) e não-casos (N = 21) de TAS na Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público- versão estado (SSPS-E) ao longo das diferentes fases do procedimento do Teste de Simulação de Falar em Público

		Casos (N = 24)		Não - Casos (N = 21)		Estatística
		Média	(DP)	Média	(DP)	
SSPS-E Total	Fase B	27,25	(8,80)	41,24	(5,15)	t = 6,381 p < 0,001*
	Fase P	29,50	(10,19)	42,14	(4,07)	t = 5,587 p < 0,001*
	Fase A	26,37	(10,73)	42,38	(4,60)	t = 6,639 p < 0,001*
	Fase S	23,58	(10,33)	42,61	(4,73)	t = 8,106 p < 0,001*
	Fase F0	23,66	(11,12)	42,90	(4,40)	t = 7,803 p < 0,001*
	Fase F1	27,70	(10,90)	42,80	(5,00)	t = 6,089 p < 0,001*
	Fase F2	28,04	(11,08)	42,90	(4,85)	t = 5,948 p < 0,001*
SSPS-E SE positiva	Fase B	13,41	(5,16)	18,66	(3,21)	t = 4,027 p = 0,001*
	Fase P	13,83	(5,26)	17,95	(3,65)	t = 3,006 p < 0,004*
	Fase A	13,91	(6,19)	18,90	(3,78)	t = 3,203 p = 0,003*
	Fase S	12,83	(5,15)	18,85	(4,02)	t = 4,321 p < 0,001*
	Fase F0	12,95	(5,63)	19,14	(3,39)	t = 4,519 p < 0,001*
	Fase F1	14,58	(4,78)	18,66	(4,48)	t = 2,941 p = 0,005*
	Fase F2	14,50	(5,21)	18,80	(4,22)	t = 3,016 p = 0,004*
SSPS-E SE negativa	Fase B	13,83	(5,33)	22,57	(3,90)	t = 6,188 p < 0,001*
	Fase P	15,67	(7,68)	24,19	(1,63)	t = 5,301 p < 0,001*
	Fase A	12,46	(6,10)	23,47	(2,44)	t = 8,135 p < 0,001*
	Fase S	10,75	(5,97)	23,52	(2,40)	t = 9,626 p < 0,001*

continua

Tabela 74 - Pontuação média e desvio-padrão do grupo de sujeitos identificados como casos (N = 24) e não-casos (N = 21) de TAS na Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público- versão estado (SSPS-E) ao longo das diferentes fases do procedimento do Teste de Simulação de Falar em Público

						conclusão
		Casos (N = 24)		Não - Casos (N = 21)		Estatística
		Média	(DP)	Média	(DP)	
SSPS-E SE negativa	Fase F0	10,71	(6,59)	23,76	(2,21)	t = 9,134 p < 0,001*
	Fase F1	13,12	(7,06)	24,14	(1,68)	t = 7,408 p < 0,001*
	Fase F2	13,54	(7,04)	24,09	(1,67)	t = 7,113 p < 0,001*

DP = desvio padrão; SE = subescala; * = diferença significativa; B = ansiedade basal; P = ansiedade pré-estresse; A = ansiedade antecipatória; S = ansiedade de performance; F0 = ansiedade pós-estresse 0; F1 = ansiedade pós-estresse 1; F2 = ansiedade pós-estresse 2.

Observou-se que os não-casos apresentaram as maiores médias em todas as fases do procedimento em comparação aos casos, com valores significativos ($p < 0,01$). Na subescala positiva e escala total, uma maior média de avaliação representou uma maior avaliação positiva de si. Por outro lado, na subescala negativa, como a pontuação dos escores é invertida, uma maior média de pontuação apontou uma menor avaliação negativa de si. Assim, o que se observou foi que os casos se avaliaram de forma menos positiva e de forma mais negativa durante o TSFP, quando comparados aos não-casos.

Analisou-se também a capacidade da SSPS-E em discriminar os diferentes níveis de ansiedade despertados nas diferentes fases do TSFP. Os resultados, em função da escala total e subescalas e da presença e ausência de TAS, são apresentados nas Figuras 5, 6 e 7.

Figura 5. Distribuição da pontuação média dos sujeitos na escala total da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público – versão estado (SSPS-E) ao longo das diferentes fases do Teste de Simulação de Falar em Público (N = 45)

A Figura 5 apresenta a distribuição das pontuações médias dos sujeitos na escala total da SSPS-E. Para os não-casos, não se observou nenhuma alteração significativa entre as auto-avaliações frente ao falar em público ao longo das diferentes fases do procedimento ($p > 0,31$). Já para os casos, algumas diferenças foram evidenciadas. Da fase Basal (B) para Pré-estresse (P), observou-se um aumento da média, ou seja, um aumento na auto-avaliação positiva ($p = 0,04$). Da fase Pré-estresse (P) para Antecipatória (A), a diferença encontrada não foi significativa ($p = 0,13$). Já da fase Antecipatória (A) para a de Performance (S), o que se observou foi uma diminuição significativa da média, ou seja, uma diminuição da

auto-avaliação positiva ($p = 0,01$). Da fase Performance (S) para a Pós-estresse 0 (F0), as diferenças não foram significativas ($p = 0,94$), e da fase Pós-estresse-0 (F0) para a Pós-estresse-1 (F1), encontrou-se um aumento bastante significativo da média de pontuação ($p = 0,004$), evidenciando um aumento da auto-avaliação positiva, avaliação esta que se manteve sem alterações na fase Pós-estresse-2 (F2) ($p = 0,57$).

Figura 6. Distribuição da pontuação média dos sujeitos na subescala (SE) positiva da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público - versão estado (SSPS-E) ao longo das diferentes fases do Teste de Simulação de Falar em Público (N = 45)

Conforme observado na Figura 6, para os não-casos, novamente não se observou nenhuma alteração significativa na auto-avaliação quanto ao falar em público ao longo das

diferentes fases do procedimento, na subescala positiva da SSPS-E ($p > 0,10$), evidenciando que as auto-avaliações positivas se mantiveram constantes neste grupo.

Já os sujeitos classificados como casos, somente apresentaram alterações significativas na auto-avaliação positiva da fase Pós-estresse-0 (F0) para a fase Pós-estresse-1 (F1), onde ocorreu um aumento significativo na média geral, ou seja, um aumento na auto-avaliação positiva ($p = 0,01$).

Figura 7. Distribuição da pontuação média dos sujeitos na subescala (SE) negativa da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público- versão estado (SSPS-E) ao longo das diferentes fases do Teste de Simulação de Falar em Público (N = 45)

A Figura 7 evidencia as alterações na SE negativa da SSPS-E ao longo das fases do TSFP. Para os não-casos, observou-se alteração significativa da fase Basal (B) para Pré-

estresse (P), com aumento significativo da média ($p = 0,05$), ou seja, uma diminuição na auto-avaliação negativa, já que a pontuação desta subescala é invertida. Da fase Pré-estresse (P) para Antecipatória (A), verificou-se uma diminuição significativa da média ($p = 0,04$), ou seja, aumento na auto-avaliação negativa. Ao longo das demais fases não se observaram alterações significativas, evidenciando que as auto-avaliações permaneceram sem alterações significativas ($p > 0,05$).

Para o casos, observou-se alterações significativas em várias fases do procedimento. Da fase Basal (B) para Pré-estresse (P), não se observaram alterações significativas ($p = 0,09$). Já da fases Pré-estresse (P) para a Antecipatória (A), verificou-se uma diferença significativa nas auto-avaliações ($p = 0,02$), com diminuição da média, ou seja, aumento da auto-avaliação negativa. Da fase Antecipatória (A) para a de Performance (S), verificou-se uma diminuição ainda maior da média, apontando para um aumento mais significativo da auto-avaliação negativa ($p = 0,02$). Da fase Performance (S) para a Pós-estresse-0 (F0), não se observaram alterações significativas ($p = 0,95$), mas da Pós-estresse-0 (F0) para a Pós-estresse-1 (F1), a média de pontuação aumentou ($p = 0,006$), o que significa que a auto-avaliação negativa diminuiu e se manteve sem alterações significativas na fase Pós-estresse-2 (F2) ($p = 0,18$).

DISCUSSÃO

DISCUSSÃO

Procedimentos de validação

Destaca-se, inicialmente, que os instrumentos foram traduzidos para a língua portuguesa, atendendo a um cuidadoso processo de tradução por profissionais experientes, retrotradução e ainda apreciação e aprovação dos autores das escalas originais (FLAHERTY et al., 1988; FACHEL; CAMEY, 2000; JORGE, 2000; STREINER; NORMAN, 2003). Não foram necessárias adaptações, mantendo-se nas traduções dos instrumentos os mesmos componentes das versões originais, os quais na testagem piloto mostraram-se adequados para a avaliação de universitários brasileiros.

Para a aferição das qualidades psicométricas dos instrumentos, adotou-se um conjunto de cuidados metodológicos que favoreceram tal processo. Entre eles destacam-se: a) a composição amostral ampla e diversificada, com o uso de critérios explícitos e pertinentes de inclusão e exclusão; b) a seleção e treinamento rigoroso dos avaliadores para aplicação coletiva dos instrumentos, da entrevista telefônica, do instrumento de hetero-avaliação, da SCID-IV e do TSFP; c) o estudo da validade e confiabilidade da entrevista telefônica para o diagnóstico do TAS; e d) a proposição do roteiro de perguntas-guia de suporte para a aplicação da BSPS, favorecendo a sistematização da aplicação do instrumento e maior clareza quanto aos critérios de pontuação. Estes cuidados metodológicos encontram respaldo na literatura específica, sendo essenciais para o

adequado processo de aferição psicométrica de instrumentos (MARI, 1989; VERSIANI, 1989; MENEZES; NASCIMENTO, 1989; JORGE, 2000; PASQUALI, 2003).

Assim, considera-se que tais cuidados contribuíram para a valorização positiva das qualidades psicométricas dos instrumentos pesquisados e referendam a adequação dos mesmos para a avaliação dos diferentes aspectos do TAS.

A seguir, será feita a discussão dos dados, separadamente, para cada um dos instrumentos estudados, considerando-se conjuntamente os delineamentos (Estudos 1, 2 e 3), e adotando-se a seguinte ordem de apresentação: SPIN, Mini-SPIN, SSPS, BSPS e SSPS-E.

Os instrumentos validados

• Inventário de Fobia Social (SPIN)

Com relação à consistência interna, para as três amostras, os valores encontrados foram bastante próximos e satisfatórios, superiores a 0,63. A escala total foi aquela com melhor consistência interna, com valores em torno de 0,90, seguida pela subescala de medo, com valores em torno de 0,80. Para as subescalas de evitação e de sintomas fisiológicos, predominaram valores entre 0,63 e 0,78. Os itens, no geral, mostraram adequada correlação com a escala total e contribuíram para aumentar a consistência interna da mesma. Comparando-se estes achados aos do estudo original (CONNOR et al., 2000), observou-se valores muito próximos de consistência interna, tanto para a escala total como para as subescalas.

O estudo de Antony et al. (2006) também evidenciou o mesmo padrão de consistência interna para a amostra de casos de TAS, bem como o estudo de Radomsky et al. (2006), e o estudo de Vilete (2002). Tais achados reforçam a consistência interna do instrumento independente dos diferentes contextos e amostras, bem como a coerência e integração de seus itens, sugerindo que avaliam um mesmo construto, ou seja, o medo, a evitação e os sintomas fisiológicos associados ao TAS.

No que diz respeito à frequência de itens, para a população geral, o item mais pontuado foi o 11 (evitar falar em público), seguido pelos itens 5 e 12, relacionados ao medo e evitação de críticas. Na amostra de casos, o item mais pontuado também foi o item 11, seguido pelo 9 (ser centro de atenções). Já para os não-casos, predominaram novamente os itens 5 e 12, relacionados ao medo e evitação de críticas.

Em relação ao estudo original (CONNOR et al., 2000), realizado com a população americana, o item 11 também foi o mais frequentemente pontuado para os casos, seguido pelos itens 9, 6, 15 e 5, denotando um padrão de medo e evitação similar nos dois contextos estudados, e apontando para a homogeneidade dos sintomas do TAS nas diferentes culturas estudadas.

O item menos frequentemente pontuado no estudo de Connor et al. (2000), foi o de número 13 (sentir palpitações em público), diferentemente dos achados deste estudo, onde os itens menos pontuados para as três amostras foram o de número 8 (evitação de eventos sociais), seguido pelo de número 16 (evitar falar com autoridade), e pelo de número 3 (medo de eventos sociais).

Destaca-se que o medo mais prevalente, seja na amostra da população geral, seja na amostra de TAS, foi o de falar em público, o que é concordante com a literatura internacional (GEER, 1965; STEIN et al., 1994; STEIN; WALKER; FORDE, 1996;

FUMARK et al., 1999), evidenciando a relevância dessa manifestação também no contexto brasileiro.

Comparativamente, a amostra de casos mostrou índices significativamente maiores de pontuação para todos os itens em relação à amostra da população geral, e esta maior pontuação em relação à amostra de não-casos, evidenciando maior prevalência de medos e evitações no grupo de casos de TAS e menor no grupo de não-casos de TAS.

Quanto à validade concorrente, a escala foi inicialmente comparada ao BAI, instrumento auto-aplicado que avalia aspectos gerais de ansiedade, uma vez que não se encontrava disponível para uso no contexto brasileiro, até o momento da coleta de dados, nenhum instrumento auto-aplicado validado para a mensuração específica de sintomas associados ao TAS, que pudesse ser utilizado como “padrão-ouro” para a avaliação da validade convergente. Assim, esperava-se encontrar valores médios de correlação, já que o TAS é classificado como um transtorno de ansiedade, porém com sintomas específicos, não necessariamente abarcados por um instrumento geral de ansiedade, evidenciando assim também, a validade divergente entre esses dois instrumentos. Para a população geral de universitários, o índice de correlação entre os dois instrumentos foi de 0,63 ($p < 0,01$), de acordo com o teoricamente esperado. Analisando-se as correlações entre o SPIN e as subescalas e escala total do BAI, observou-se que as maiores correlações foram realmente com o escore total, o que corrobora a afirmativa de que se trata de uma avaliação geral, o que ainda é confirmado quando se analisa a correlação específica de cada item do SPIN com os do BAI. Observou-se que os itens guardaram tanto correlação com o escore total, como com vários itens do BAI. Contudo a intensidade desta correlação foi fraca e não específica.

No geral, as maiores correlações foram com os itens e com a subescala subjetiva do BAI e as menores com os itens e a subescala de pânico, evidenciando também a validade divergente do SPIN com o BAI.

Para a amostra de casos e não-casos, a correlação entre as duas escalas foi menor (0,42 e 0,25, respectivamente), bem como os índices de correlação entre os itens. No geral, estas correlações também foram pouco definidas, apontando que embora haja um aspecto comum a estes instrumentos, estes têm especificidades que são evidenciadas ainda mais nas amostras de casos e de não-casos de TAS, nas quais os critérios diagnósticos garantem maior homogeneidade das amostras.

Tais dados vêm ao encontro da hipótese inicialmente formulada de que há uma correlação entre o SPIN e o BAI, porém pouco definida e expressiva, evidenciando a importância de instrumentos específicos para a avaliação do TAS. Considera-se que os instrumentos que avaliam a ansiedade de forma mais ampla como o BAI parecem abarcar alguns sintomas do transtorno, porém não as suas especificidades, o que, se não considerado, poderá favorecer a não detecção de prováveis casos de TAS. Da mesma forma, isto pode até mesmo valorizar equivocadamente sintomas gerais de ansiedade, comuns a diversos transtornos psiquiátricos, como relacionados diretamente ao TAS.

A correlação observada entre os escores totais do SPIN e da BSPS, esta última uma escala de hetero-avaliação específica para o TAS, foi de 0,59 para os casos e 0,82 para os não-casos ($p < 0,01$), valor este razoável e próximo ao encontrado no estudo original de Connor et al. (2000). Tal dado chama a atenção, pois sendo o SPIN um instrumento derivado da BSPS, ambos específicos para a avaliação do TAS e assim teoricamente relacionados, esperava-se que esta correlação fosse maior e bastante superior à correlação encontrada com o BAI. Destaca-se, contudo, que as correlações entre os itens, foram de

magnitude superior em relação às correlações com os itens do BAI, e que encontrou-se algumas correlações bastante específicas e fortes, esperadas inclusive do ponto de vista teórico, como por exemplo entre o item 11 do SPIN (“*Evito falar para uma platéia ou dar discursos*”) e o item 1E da BSPS (evitação de falar em público ou na frente de outras pessoas), e entre os itens 3 (“*Festas e eventos sociais me assustam*”) e 8 (“*Evito ir à festas*”) do SPIN e os itens 6M e 6E (medo e evitação de reuniões sociais) da BSPS.

Assim, o que se depreende é que embora a correlação geral entre o SPIN e BSPS não tenha sido no geral bastante superior à correlação entre o SPIN e o BAI, a correlação entre os itens do SPIN e BSPS, mostrou-se mais definida e em concordância com o esperado teoricamente, o que não ocorreu entre os itens do SPIN e BAI nas diferentes amostras, salientando mais uma vez a especificidade do SPIN em relação ao BAI.

Quanto ao SPIN e BSPS, uma explicação para os valores medianos encontrados, embora de acordo com o estudo original ($r = 0,47$ a $0,82$; CONNOR et al., 2000), pode ser relacionada à forma de avaliação, onde o sujeito, mediante a auto-avaliação pode, segundo os dados da literatura, minimizar suas dificuldades ou não correlacioná-las diretamente às situações relativas ao TAS (FIGUEIRA et al., 1994; BRUNELLO et al., 2000). Já, a hetero-avaliação, especialmente realizada por um clínico treinado, por meio de um roteiro de perguntas-guia, ou seja, uma entrevista estruturada, pode favorecer a avaliação mais adequada de tal sintomatologia. Taylor et al. (1997) sugerem, baseados em estudo realizado com sujeitos portadores de transtorno obsessivo-compulsivo, que os instrumentos de auto-avaliação do TAS podem ser mais sensíveis que os de hetero-avaliação, contudo, esta hipótese não encontra sustentação no presente estudo.

Observando-se as análises de validade concorrente realizadas por outros estudos, destaca-se que o SPIN, além das correlações com valores de $0,47$ a $0,82$ com a BSPS,

guardou também correlação de 0,87 com a LSAS e 0,77 com a subescala de fobia social do FQ (CONNOR et al., 2000), correlações de 0,72 com a SPS e 0,60 com a SIAS (ANTONY et al., 2006) e correlações de 0,56 a 0,76 com a subescala de fobia social da *Fear Survey Schedule-III* (RADOMSKY et al., 2006). No geral, tais valores de correlações entre o SPIN e estes instrumentos específicos para a auto-avaliação do TAS foram superiores aos valores encontrados no presente estudo, reforçando a hipótese de que a forma de avaliação dos sintomas (auto ou hetero) implica em diferenças quanto à pontuação final dos instrumentos, especialmente nos indivíduos identificados como casos de TAS (GLASS; UHLENHUTH; KELLNER, 1987). Este aspecto pode ter, assim, favorecido os índices de correlação entre o SPIN e BAI, e desfavorecido os relativos ao SPIN e BSPS. Considerando-se tais aspectos e a correlação entre os itens, constata-se que o SPIN, no contexto brasileiro, apresentou também boa validade concorrente com uma medida específica de avaliação do TAS. Conclui-se também que o SPIN apresenta adequada validade concorrente com a medida geral de ansiedade (BAI) e validade divergente com medidas específicas para avaliação de outros transtornos de ansiedade, já que a correlação com a subescala de pânico do BAI foram as menores encontradas em todas as amostras estudadas.

A correlação entre o SPIN e a SSPS foi de -0,60 para a escala total, de -0,31 para a subescala de auto-avaliação positiva, e de 0,65 para a subescala de auto-avaliação negativa na população geral, evidenciando que quanto maior a auto-avaliação positiva, menor os sintomas relacionados ao TAS e que quanto maior a auto-avaliação negativa, maior também os sintomas relativos ao TAS. Na amostra de casos, a correlação com a SSPS total foi de -0,28, e na de não-casos -0,30 ($p < 0,01$), não ocorrendo nenhuma correlação entre o SPIN e suas subescalas com a subescala negativa na população de casos e apenas duas na de não-casos (escala total e subescala de medo). As correlações entre os itens dessas duas

escalas também foram pouco definidas. Tais dados sinalizam que os aspectos avaliados pela SSPS, ou seja, as cognições associadas ao falar em público, guardam correlações com a sintomatologia própria do TAS, salientando o envolvimento dos aspectos cognitivos deste distúrbio, conforme referido pela literatura (BECK; STEER, 1993; CLARK; WELLS, 1995; WELLS; CLARK, 1997; WELLS; CLARK; AHMAD., 1998; FALCONE, 2001). Contudo estas correlações não são pontuais e específicas. Neste sentido, cabe salientar que o falar em público, avaliado especificamente pela SSPS, é apenas um dos sintomas típicos do TAS e, apesar de ser o mais prevalente, pode não estar presente em todos os sujeitos avaliados, especialmente nos casos de TAS não-generalizado, onde podem predominar outros medos como beber e comer em público por exemplo.

Analisando-se os aspectos relativos à validade discriminativa, segundo os parâmetros de Fleiss (1981), o valor de área sob a curva ROC foi bastante satisfatório, 0,91 ($p < 0,0001$), sendo inclusive superior aos valores encontrados no estudo original (0,83-0,87). Quanto às possíveis notas de corte, observou-se que para os valores 19, 20 e 21, encontrou-se o melhor equilíbrio entre sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo, sendo esse, o intervalo de corte mais adequado para o uso do instrumento no contexto de *screening*/ rastreamento (HSIAO; BARTKO; POTTER, 1989). No estudo de Connor et al. (2000), a nota de corte 15 apresentou boa sensibilidade e especificidade. Porém, os autores sugerem como a melhor nota de corte a 19, por apresentar valores ainda mais significativos de sensibilidade e especificidade, com eficiência diagnóstica de 79%. No presente estudo, para o intervalo sugerido como nota de corte (19 a 21) encontrou-se sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo com valores superiores a 0,80, e taxa de classificação incorreta de 15%, ou seja, eficiência diagnóstica de 85%. Comparando-se estes achados com o do estudo original da

escala, percebe-se valores bastante próximos, destacando-se um pequeno aumento da sensibilidade e do valor preditivo positivo do instrumento no intervalo de corte sugerido pelo estudo em questão.

Para o contexto da população de adolescentes, os estudos que avaliaram a validade discriminativa do SPIN, encontraram valores próximos aos dos estudos realizados com amostras de indivíduos adultos. O estudo realizado por Ranta et al. (2007) na Finlândia, evidenciou valores da área sob a curva ROC bastante significativos, entre 0,89 e 0,92, o que reforça a capacidade discriminativa do instrumento em diferentes amostras. Quanto à nota de corte, para o ponto 19, encontraram valores elevados de sensibilidade e especificidade, porém baixo valor preditivo positivo, sendo este valor indicado para o rastreamento de indivíduos casos de TAS e subclínicos. Já a nota 24 apresentou maior especificidade e valor preditivo positivo, sendo sugerida para rastreamento exclusivo de casos de TAS na população de adolescentes.

Ainda para o contexto da população de adolescentes americanos, Johnson et al. (2002) sugeriram inicialmente a nota de corte 15 como a ideal para o rastreamento do TAS nesta população. Em estudo posterior (JOHNSON; INDERBITZEN-NOLAN; ANDERSON, 2006) o mesmo grupo encontrou o valor sob a curva ROC de 0,81 ($p < 0,05$) e destacaram a nota de corte 21 como a ideal para uso nesta população. Esta nota de corte apresentou sensibilidade de 0,68, especificidade de 0,81, taxa de falso negativo de 0,19 e taxa de falso positivo de 0,32. O estudo de Vilete (2002) com adolescentes da população brasileira sugeriu como nota de corte para esta população o valor 20, salientando que o uso de tal instrumento como *screening* deve ser cauteloso, e confirmado por outro tipo de avaliação mais precisa, pois o valor encontrado de sensibilidade foi de 0,75 e o de especificidade de 0,57.

No estudo em questão, observou-se para a nota de corte 15, um aumento significativo da sensibilidade, ampliando o poder de rastreamento do instrumento para o diagnóstico de TAS na população geral, com eficiência diagnóstica de 87%. Já para a nota de corte 25, o que se depreende é um aumento da especificidade e do valor preditivo positivo, favorecendo o uso do instrumento para o diagnóstico do TAS, com eficiência diagnóstica de 83%.

No geral, novamente para esta qualidade psicométrica da escala, encontrou-se valores bastante próximos aos do estudo original e a de outros estudos de validação do instrumento, reforçando a excelente capacidade discriminativa do SPIN, independente da população e do contexto cultural do estudo.

Quanto à análise fatorial, esta foi realizada separadamente para a amostra da população geral e para amostra de casos de TAS, e os valores encontrados guardam alguns pontos comuns.

Para a amostra da população geral, encontrara-se três fatores, que no geral explicaram 54,12% da variância dos dados. O Fator 1, denominado de “medo e evitação de situações de avaliação social e de pessoas de autoridade e sintomas fisiológicos”, foi aquele que explicou a maior parte da variância dos dados, e é o que agrupou grande parte das situações temidas e evitadas pelos portadores de TAS, bem como todos os sintomas fisiológicos despertados pela situação. Os outros dois fatores juntos explicaram uma menor porcentagem da variância, a saber, o Fator 2 que agrupa o “medo e evitação de interação com pessoas, falar em público e ser centro das atenções”, e o Fator 3, referente ao “medo e evitação de eventos sociais”.

Já para a amostra de casos de TAS, o número de fatores encontrados foi maior (N = 5) e, no geral, explicaram 69,73% da variância. O Fator 1 foi composto por itens relativos

ao “medo e evitação de situações de avaliação social e sintomas fisiológicos”. Em comparação ao Fator 1 da amostra da população geral, não foram incluídos aqui, os itens relacionados ao medo e evitação de autoridades, evidenciando que para os casos de TAS, tais itens tem menor poder discriminativo do que para a população geral, quando comparados com o medo e evitação de situações de avaliação social. O Fator 2, da amostra de casos foi denominado de “medo e evitação de pessoas de autoridade”, sendo em comparação ao estudo da amostra da população geral, um fator independente, já que nesta última amostra estes itens foram agrupados, como já dito, ao Fator 1. O Fator 3 refere-se à “medo e evitação de eventos sociais”, e guarda correlação direta com o Fator 3 da amostra da população geral. O Fator 4 (“medo e evitação de interação com pessoas estranhas”) e o Fator 5 (“evitação de falar em público e ser centro das atenções”), correspondem ao Fator 2 da amostra da população geral, onde mostram interdependência. Observou-se na comparação destas duas análises, que para os casos, alguns medos e evitações não guardam correlações diretas com outros, como observado para a população geral, haja vista que não são agrupados conjuntamente, evidenciando a especificidade dos mesmos para a amostra de casos.

Ao se analisar os componentes do Fator 1, observa-se que em ambas as amostras este fator agrupou o maior número de situações temidas e evitadas, parecendo guardar correlações com os sintomas próprios de um quadro de TAS generalizado. Os demais fatores, presentes na amostra de casos, pareceram guardar correlações com o subtipo não generalizado do TAS, incluindo situações evitadas e temidas bastante específicas, entre elas a do falar em público (APA, 1994; BALLENGER et al., 1998; BARROS NETO, 2000; FALCONE, 2000; RAJ; SHEEHAN, 2001)

Comparando os achados acima aos do estudo de Connor et al. (2000), realizado também para a amostra de casos, encontrou-se o mesmo número de fatores ($N = 5$), embora com composições diferentes. O Fator 1 do presente estudo agrupou os fatores 2 (crítica e vergonha) e 3 (sintomas fisiológicos) do estudo original do SPIN, evidenciando a independência dos sintomas fisiológicos no contexto original do estudo. O Fator 2 correspondeu ao Fator 4 do estudo de Connor et al. (2000) – medo e evitação de pessoas de autoridade –, e os Fatores 3 e 4 conjuntamente representaram o Fator 1 do estudo de Connor et al. (2000) – medo e evitação de falar com estranhos e interação social –, e o Fator 5, associou-se também ao Fator 5 do referido estudo: evitação de ser o centro atenções/falar em público. Conclui-se que as diferenças encontradas no nível fatorial parecem refletir diferenças culturais das amostras estudadas, sendo que na população brasileira, por meio desta análise, destaca-se que os medos mais característicos relativos ao TAS estão relacionados à crítica e à vergonha, e na população americana, ao medo de falar com estranhos e de interagir socialmente. Uma outra possibilidade a ser considerada quanto a esta diferença encontrada, refere-se à característica das amostras estudadas, ou seja, clínica no estudo original e proveniente de levantamento epidemiológico no presente estudo.

Analisando-se os dados relativos à validade de construto, verificou-se que cada um dos fatores obtidos para a amostra de casos de TAS não guardou correlações específicas com os critérios diagnósticos propostos pela CID-10 (OMS, 1993) e pelo DSM-IV (APA, 1994), mas, pelo contrário, englobaram itens correlatos a diferentes critérios. Com base nesses dados, pode-se afirmar que a análise fatorial revelou que as correlações ocorreram mais em função dos tipos de medo e situações temidas, do que em função dos critérios diagnósticos. Assim, a análise fatorial apontou para a associação das correlações com a classificação do TAS em função dos subtipos: generalizado e não-generalizado (APA,

1994; BALLENGER et al., 1998; BARROS NETO, 2000; FALCONE, 2000; FURMARK et al., 2000; RAJ; SHEEHAN, 2001), sendo que o Fator 1 corresponde mais ao primeiro subtipo e os demais fatores, isoladamente, ao segundo subtipo.

Por outro lado, outros critérios essenciais para o diagnóstico do TAS, como a percepção de que o medo experimentado é irracional (Critério C), e sobretudo a presença de prejuízos significativos a nível ocupacional, social e laboral (Critério E), não foram abordados pela escala, o que reforça o objetivo da mesma como instrumento de *screening* e quantificação de sintomas, e não de diagnóstico do TAS. Considera-se que com essa composição, a escala também favoreceu o rastreamento de casos subclínicos de TAS, cuja principal característica é a presença de medos e evitações, mas a ausência de prejuízos funcionais significativos (RANTA et al., 2007). Contudo, o uso do instrumento nesta população subclínica, merece cautela, dado os objetivos do mesmo e a ausência de estudos prévios.

Diferentemente de instrumentos como o LSAS, FNE, SADS, SPS, SIAS, SPAI, SPDQ entre outros, o SPIN abarcou um critério importante do TAS, os sintomas autonômicos de ansiedade, sendo um de seus diferenciais enquanto instrumento de avaliação clínica. A correlação direta com os critérios diagnósticos do TAS foi observada quando se analisou a composição original da escala em subescalas: medo, evitação e sintomas fisiológicos, justificando assim o uso das mesmas.

A análise da capacidade do SPIN em discriminar os diferentes grupos em função das variáveis estudadas, evidenciou que o instrumento é bastante sensível para discriminar casos de não-casos de TAS, seja na sua composição total, ou em suas subescalas ($p <$

0,001). Em todos os aspectos, os casos mostraram maior média de pontuação, ou seja, maior ocorrência de sintomas próprios ao TAS.

Para a população geral, o SPIN e suas subescalas também foram capazes de discriminar as diferenças entre os sexos ($p < 0,003$), onde as mulheres apresentaram as maiores médias e, conseqüentemente, maior número de medos/ sintomas. Isto é concordante com os achados prévios da literatura que apontaram a maior prevalência e prejuízos do TAS em mulheres (LIEBOWITZ et al., 1985; SCHNEIER et al., 1992; FURMARK, 2002). Nas amostras específicas, tal diferença não foi evidenciada, possivelmente porque nos casos diagnosticados, tais diferenças tornam-se secundárias à relevância do conjunto dos sintomas.

O SPIN e suas subescalas evidenciaram também sensibilidade para discriminar os universitários em função da universidade cursada, ou seja, pública (USP) e privada (UNIFRAN). Nas três amostras estudadas, os sujeitos da UNIFRAN evidenciaram as maiores médias, ou seja, maiores prejuízos associados ao TAS. A realização do curso em uma faculdade privada, teoricamente menos concorrida e exigente do ponto de vista do vestibular, pode refletir dificuldades prévias à entrada no curso que pudessem ter influenciado a escolha ou a possibilidade de escolha da universidade cursada, uma vez que o TAS tem, na maior parte dos casos, início precoce, prévio à escolha universitária (KESSLER; STEIN; BERGLUND, 1998; SAREEN; STEIN, 2000; MATHEW; COPLAN; GORMAN, 2001; RAJ; SHEEHAN, 2001).

Destaca-se ainda que, por meio do instrumento, não foi possível identificar interações entre essas variáveis estudadas. No geral, estes dados reforçaram a validade

discriminativa do instrumento, sendo concordantes com as características e prevalências do TAS apontadas pela literatura (SCHNEIER et al., 1992; BAPTISTA, 2007).

No geral, o SPIN na versão para a população de universitários brasileiros mostrou excelentes qualidades psicométricas em todos os aspectos avaliados, a saber: consistência interna, validade concorrente, divergente e discriminativa, além da análise fatorial, em concordância tanto com o estudo original do instrumento, como com aqueles desenvolvidos com diferentes faixas etárias e contextos culturais (VILETE, 2002; JOHNSON; INDERBITZEN-NOLAN; ANDERSON, 2006; ANTONY et al., 2006; RADOMSKY et al., 2006; RANTA et al., 2007). Evidenciou-se, assim, o potencial da escala para a avaliação dos aspectos relevantes relativos ao TAS, no contexto brasileiro, a exemplo do já demonstrado em outras culturas, dando ao instrumento um destaque que favorece o seu uso em estudos clínicos e aplicados com enfoque transcultural. A disponibilização deste instrumento para o uso na população adulta de universitários brasileiros, após aferição rigorosa, vem preencher uma importante lacuna, uma vez que até o momento do início da pesquisa, não se dispunham de instrumentos específicos para a avaliação e mensuração dos sintomas do TAS, com qualidades psicométricas amplamente aferidas e validadas. Atualmente, apesar de já disponibilizados outros instrumentos de auto-avaliação do TAS (GAUER et al., 2005; PICON, 2006), o SPIN guarda ainda seu diferencial, por ser o único dentre tais instrumentos a abordar especificamente os aspectos fisiológicos do TAS. Futuros estudos avaliando a validade preditiva do SPIN parecem necessários e oportunos.

• Mini-SPIN

Em termos da consistência interna, observa-se nos dois delineamentos que cada um dos itens do Mini-SPIN guardou correlações expressivas com o total. Os valores do alfa para o instrumento como um todo variaram de 0,49 a 0,73, valores estes quantitativamente menores, se comparados aos do SPIN total, o que pode ser explicado pelo número menor de itens do Mini-SPIN (CORTINA, 1993). Comparativamente ao estudo de Weeks et al. (2007), que avaliou a consistência interna do Mini-SPIN em uma amostra de casos de TAS, cujo valor encontrado do alfa foi de 0,85, o valor evidenciado para a amostra de casos do presente estudo foi também, apesar de adequada, quantitativamente inferior ($\alpha = 0,66$), o que pode ser atribuído à reflexos socioculturais das diferentes amostras.

Na amostra da população geral, observou-se que os itens que compuseram o Mini-SPIN segundo o estudo de Connor et al. (2001) não foram aqueles mais pontuados por este grupo de sujeitos, ocupando uma classificação mediana na distribuição dos itens em função da média de pontuação. Assim, estes itens não se referiam aos principais medos e situações evitadas no contexto da população geral de universitários brasileiros. Contudo, na amostra de casos, tais itens foram pontuados de forma bastante significativa (em torno de 50% nos escores 3 e 4), em comparação à amostra de não-casos, na qual apenas 4 a 11% dos sujeitos pontuaram escores máximos e mais de 50%, escore 0. Esta diferença aponta para a capacidade discriminativa específica de tais itens.

O estudo dos principais itens discriminativos do SPIN, o qual gerou o Mini-SPIN (CONNOR et al., 2001), foi reaplicado para os dados da amostra de casos e não-casos de TAS e o que se observou é que ambos estudos guardaram correlações significativas. Para Connor et al. (2001), os itens 6, 9 e 15 foram aqueles com maior poder discriminativo. Já

para o nosso contexto, ordenadamente, os itens 11, 15 e 9 foram aqueles mais discriminativos, sendo que o item 6 evidenciou valores de pontuação bastante próximos a estes três itens. No presente estudo, este item teve uma diferença de média igual ao do item 9, porém quando analisada a porcentagem de pontuação nos escores maiores ou igual a três, o item 6 apresentou 49% contra 63% do item 9, devendo então por tais critérios ser preterido por este último item. No estudo de Connor et al. (2001) o item 11, que atingiu o maior poder discriminativo no presente estudo, apresentou a quarta maior diferença de média, ficando 0,3 pontos abaixo da maior diferença. Foi também aquele item com maior média de pontuação nos escores maiores ou igual a três para os casos (83%), porém para os não-casos também foi aquele em que 20% dos sujeitos pontuaram nos itens de maior gravidade, destacando-se dos demais itens neste aspecto, uma vez que estes apresentaram tal pontuação na faixa de 4 a 6%. Isto indica que o falar em público não é algo exclusivamente temido pelos portadores de TAS, diminuindo assim o poder discriminativo do item.

Considerando tais aspectos, pode-se afirmar que basicamente não foram identificadas diferenças quanto aos itens com maior poder discriminativo, evidenciando temores comuns independente do contexto cultural e amostra estudada (clínica e não-clínica). O segundo aspecto a ser destacado é que dado a proximidade dos quatro itens apontados quanto ao poder discriminativo, sobretudo no presente estudo, poder-se-ia sugerir a inclusão do item 11 ao instrumento de *screening*, propondo-se assim tal modificação no Mini-SPIN. Tal proposta pode ser também justificada, pois o item 11 refere-se ao medo de falar em público, o medo mais comum no TAS, e aquele que na maior parte das vezes caracteriza o subtipo não generalizado do TAS (STEIN; WALKER; FORDE, 1994; FURMARK et al., 1999; BAPTISTA, 2007). Contudo, as qualidades

psicométricas deste instrumento modificado não foram objeto de aferição do presente estudo.

Uma segunda possibilidade seria manter a estrutura do estudo original, já que há respaldos para afirmar que os itens 6, 9 e 15 têm grande poder discriminativo. Tal afirmativa pode ser constatada quando analisou-se a validade discriminativa do Mini-SPIN, tal como descrita por Connor et al. (2001), no contexto de universitários brasileiros. Tendo-se como padrão-ouro a SCID-IV, encontrou-se para a nota de corte 6 valores adequados de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo. Destaca-se ainda que para esta realidade de universitários brasileiros, a nota de corte 7 seria a mais apropriada.

Este dado vem ao encontro a aspectos do estudo realizado por Wilson et. (2005) na Austrália com estudantes universitários. Embora tal estudo seja alvo de críticas e limitações por avaliar a validade discriminativa do Mini-SPIN sem utilizar outro instrumento como “padrão-ouro”, o mesmo evidenciou que para a nota de corte 6, a prevalência do TAS foi estimada em torno de 30%, valor este muito superior aos achados de prevalência descritos pela literatura, em torno de 5 a 13,3%, inclusive no contexto australiano (2,7% - MCLENNAN, 1997). Já para a nota de corte 7, o valor estimado da prevalência foi reduzido para 18,3% e para a nota de corte 8, 13%, valores estes ainda acima da prevalência mundial. Os autores concluíram, neste estudo, que a nota de corte 6 superestima em demasia o diagnóstico do TAS, o que ainda ocorre para a nota de corte 7. Dada as limitações metodológicas do mesmo, não foi possível chegar à conclusão da melhor nota, porém este dado reforça os nossos achados de que a nota 6 talvez não seja aquela com maior poder discriminativo na população geral, especialmente de universitários, privilegiando a sensibilidade do instrumento. Tais achados também podem refletir

diferenças quanto à intensidade da sintomatologia do TAS nas diferentes culturas e nas diferentes amostras estudadas: clínicas nos estudos de Connor et al. (2001) e Weeks, Spokas e Heimberg (2007), e de estudantes universitários no presente estudo e no estudo de Wilson (2005).

Ao se analisar todas essas possibilidades, constata-se a relevância de estudos psicométricos que considerem as peculiaridades do contexto de aplicação, como diferentes países e diferentes amostras, apontando para a necessidade do uso de medidas pautadas por dados empíricos (FLAHERTY et al., 1988).

Quanto à validade concorrente entre o Mini-SPIN e o BAI, a análise das correlações dos itens não evidenciou especificidades, haja vista que não são instrumentos que avaliam diretamente o mesmo domínio. Contudo, na população geral, os itens do Mini-SPIN se correlacionaram mais com itens da subescala subjetiva, enquanto que nas demais amostras não se observou nenhuma definição.

A correlação entre o escore total do Mini-SPIN e o do BAI variou entre 0,23 e 0,52 ($p < 0,05$), evidenciando valores próximos aos observados entre o SPIN e o BAI. Tal dado apontou que assim como o SPIN, o Mini-SPIN guardou uma correlação mediana com a BAI, denotando sua validade concorrente, haja vista que o BAI é um instrumento geral de avaliação de ansiedade, e também a sua validade divergente, dada a não especificidade do mesmo para a avaliação do TAS. Assim, novamente fica aqui evidenciado a importância do uso de um instrumento específico para a avaliação do TAS, que apresente especificidades não abarcadas por um instrumento geral de ansiedade como o BAI.

Já os indicadores de correlação entre o escore total do Mini-SPIN e o SPIN variaram entre 0,82 e 0,86, apontando que, de fato, o Mini-SPIN avalia um domínio bastante próximo ao do SPIN. Entre as subescalas, as maiores correlações foram com a de

evitação, o que era esperado, visto que os dois itens do Mini-SPIN são desta subescala. As menores correlações, porém bem significativas, foram com a subescala de sintomas fisiológicos, que não contempla nenhum item do Mini-SPIN. Este dado evidenciou que, de fato, há uma correlação entre os medos e evitações típicos do TAS e os sintomas fisiológicos, correlação esta expressa mesmo quando avaliada de forma distinta.

As correlações entre o Mini-SPIN e a BSPS foram menos expressivas (0,40 - 0,67, $p < 0,01$), e também inferiores às correlações entre o SPIN e a BSPS. Tal dado pode ser novamente atribuído às diferentes formas de avaliação (auto e hetero), onde os sintomas abarcados pelos instrumentos parecem ser valorizados de formas diferentes (GLASS; UHLENHUTH; KELLNER, 1987). Contudo, destaca-se que tais valores foram ainda um pouco superiores aos encontrados no estudo da validade convergente do Mini-SPIN realizado por Weeks, Spokas e Heimberg (2007), em uma amostra clínica de portadores de TAS dos Estados Unidos, uma vez que a correlação do Mini-SPIN com medidas referendadas para quantificação dos sintomas associados ao TAS como LSAS, SIAS e SPS, variou entre 0,34 e 0,57.

Com a SSPS, o Mini-SPIN mostrou correlação próxima aos valores encontrados para com o SPIN, novamente evidenciando que o falar em público é parte do domínio do TAS e que o Mini-SPIN, de fato, pode ser utilizada como uma forma reduzida do SPIN, por guardar correlações com diferentes instrumentos, bastante próximas às encontradas para com o SPIN.

Assim, como o SPIN, o Mini-SPIN também mostrou capacidade para discriminar diferentes grupos: casos e não-casos de TAS, e sujeitos de universidade pública e particular, reforçando a sua validade discriminativa.

No geral, o Mini-SPIN mostrou qualidades psicométricas bastante próximas às encontradas para o SPIN, o que referenda o seu uso como um instrumento reduzido de rastreamento e triagem, com vantagens em relação ao SPIN como menor tempo de aplicação e correção, favorecendo o uso em larga escala, especialmente em contextos primários de atenção à saúde. Também, as qualidades psicométricas do Mini-SPIN evidenciadas neste estudo foram bastante próximos ao do estudo de Connor et al. (2001) e de Weeks, Spokas e Heimberg (2007), ambos realizados com amostras clínicas, denotando a adequação do Mini-SPIN em diferentes amostras e contextos culturais, com excelentes índices de eficiência diagnóstica.

• Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS)

Com relação à consistência interna da SSPS, os valores encontrados neste estudo (0,64 - 0,94) foram bastante próximos aos evidenciados no estudo original (0,75 - 0,86) e no estudo de Gerlach et al. (2007) (0,68 a 0,86), denotando a adequação e coerência dos itens, seja na composição da escala total, seja na composição das subescalas.

Analisando-se a frequência de pontuação média dos itens, tanto para a amostra da população geral, como para as amostras específicas de casos e não-casos de TAS, os itens da subescala de auto-avaliação positiva obtiveram as maiores médias de pontuação em comparação aos itens da subescala de auto-avaliação negativa, assim como evidenciado no estudo original (HOFMANN; DIBARTOLO, 2000). Na amostra de casos, a média de pontuação foi inferior aos demais grupos no que diz respeito a subescala de auto-avaliação

positiva e superior na subescala de avaliação negativa, denotando uma avaliação menos positiva e mais negativa de si neste grupo com indicadores de ansiedade social.

Em relação à validade concorrente, esta foi estudada somente em relação a um instrumento geral de ansiedade (BAI) e um instrumento específico para avaliação do TAS (SPIN), haja vista que, até o momento da realização deste estudo, não existiam disponíveis para o nosso contexto escalas específicas para a avaliação do falar em público. Assim, teoricamente, o que se esperava em relação a estas análises é que fossem identificadas correlações medianas, uma vez que o medo de falar em público é um estressor psicossocial que desperta vivências de ansiedade, bem como está diretamente associado à sintomatologia do TAS, sendo, no geral, o medo mais prevalente no subtipo não generalizado do TAS (APA, 1994; BALLENGER et al., 1998; BARROS NETO, 2000; FALCONE, 2000; RAJ; SHEEHAN, 2001).

De fato, o que se encontrou para a amostra da população geral é que todos os itens da SSPS guardaram relações significativas com o SPIN, sendo a mais significativa, entre os itens que avaliam os aspectos relativos ao sentir-se bobo ou envergonhado e assim ser percebido pelo outro. Na população geral, os itens da subescala de auto-avaliação positiva foram aqueles que menos se correlacionaram com o SPIN, relação esta de ordem negativa, denotando que tal avaliação favorável do desempenho e capacidade pessoal guarda menores correlações com os sintomas do TAS, o que já não acontece com as avaliações de caráter negativo. Já para a amostra de casos e não-casos de TAS, isto não ocorreu, sendo que nestas amostras as correlações entre os itens não foram específicas, possivelmente sugerindo peculiaridades da amostra clínica.

Ainda nesta direção, analisando-se as correlações entre as escalas totais e subescalas, a maior correlação encontrada na população geral foi entre a subescala negativa

da SSPS e a escala total e subescalas do SPIN, e as menores entre a subescala positiva da SSPS e o SPIN, reforçando a afirmação acima de que os sintomas do TAS estão associados a um aumento da avaliação negativa de si, e que a subescala negativa guarda mais correlações com o SPIN, do que a subescala positiva e a escala total, em acordo com o aporte teórico de construção do instrumento que pressupõe que a ansiedade social é fruto de uma percepção negativa de si e dos outros em relação a si (HOFMANN; DIBARTOLO, 2000).

Analisando as correlações entre escalas totais e subescalas da SSPS e SPIN para as amostras de casos de TAS, observa-se que, diferente do acima descrito, as correlações mais significativas foram encontradas entre a subescala positiva da SSPS e o SPIN, o mesmo ocorrendo para os não-casos, expressando que, nestas amostras, os sintomas ligados ao TAS estão mais associados a uma diminuição da auto-avaliação positiva do que a um aumento da avaliação negativa, pois em relação à subescala negativa da SSPS e o SPIN, quase não se evidenciou correlações específicas. Pode-se pensar que para a amostra de pessoas diagnosticadas como portadores do TAS, a diminuição da auto-avaliação positiva reflete os prejuízos decorrentes do transtorno, se sobrepondo à avaliação negativa.

Assim, quanto ao estudo da validade concorrente com o SPIN, instrumento específico para a avaliação do TAS, encontrou-se correlações diferentes nas diferentes amostras estudadas. Na população geral, os sintomas do TAS estão mais associados ao aumento da avaliação negativa de si e na amostra de casos e não-casos, à diminuição da avaliação positiva.

Como já destacado anteriormente, o instrumento reduzido, Mini-SPIN, também guardou correlações significativas com a SSPS, a exemplo das demonstradas para o SPIN.

No estudo original (HOFMANN; DIBARTOLO, 2000), as correlações entre a SSPS e as escalas específicas para avaliação do TAS, a saber FNE, SADS e SPAI, evidenciaram valores próximos ao do estudo em questão com a amostra da população geral. O mesmo pode-se dizer em relação ao estudo de Gerlach et al. (2007) que avaliou as correlações entre a SSPS e a SPAI, SPS e STAI-T. Tais dados evidenciam que o medo de falar em público é um domínio relevante do TAS, mas que a ansiedade social não se manifesta exclusivamente neste agrupamento. Assim como no presente estudo, no estudo de Gerlach et al. (2007), com amostra de estudantes universitários, encontrou-se também uma maior associação entre a subescala negativa da SSPS e as diferentes medidas de avaliação do TAS, reforçando a hipótese de que na população geral, os sintomas do TAS estariam associados à um aumento da avaliação negativa de si.

Quanto às análises relativas à validade concorrente com o BAI, instrumento geral de avaliação da ansiedade, também observou-se, na amostra geral, um maior número de correlações entre os itens da SSPS e o BAI, em comparação com a subamostra de casos e não-casos, sendo que tais correlações não foram específicas. Quanto às correlações entre as escalas totais e subescalas, as mesmas variaram na amostra da população geral de -0,18 a 0,53, sendo as maiores entre a subescala negativa da SSPS e a subescala subjetiva do BAI. Para os casos, as correlações mais significativas foram com a escala total e subescala negativa da SSPS, e para os não-casos, com a escala total e subescala positiva. Tais valores vêm ao encontro da expectativa inicial de que existissem correlações entre estes dois instrumentos, mas que elas não fossem tão expressivas, pois a ansiedade, em suas diversas formas de manifestação, não se restringe ao falar em público.

No estudo original (HOFMANN; DIBARTOLO, 2000), a análise da validade divergente da SSPS, por meio da correlação com a BDI, apresentou valores de 0 a 0,21, ou

seja, pouco expressivos. No estudo em questão, tal validade pode ser evidenciada quando observada a correlação entre a SSPS e a subescala de pânico do BAI, que nas três amostras foi aquela que menos guardou correlações com a SSPS e suas subescalas. Também pode ainda ser evidenciada por meio da própria correlação com os instrumentos BAI e SPIN que ficou entre os níveis fraco e moderado, instrumentos estes com especificidades diferentes à da SSPS.

Quanto à análise fatorial, assim como no estudo de Hofmann e DiBartolo (2000), a mesma foi realizada para a amostra de população geral e para os casos de TAS. Para ambas as amostras, encontraram-se dois fatores. O primeiro fator é relativo à auto-avaliação negativa com maior carga fatorial e maior porcentagem da variância, assim como no estudo original, onde os valores foram inclusive muito próximos. O segundo fator foi relativo à auto-avaliação positiva com menor carga e menor porcentagem de variância, igualmente em concordância com o estudo original. Assim, comparativamente, nas duas amostras do presente estudo e no estudo original, não se observaram diferenças quanto a análise fatorial, reforçando a validade de construto do instrumento. Tal dado é reforçado pelo estudo de Gerlach et al. (2007), onde a estrutura fatorial da SSPS foi replicada.

Em relação à validade discriminativa, observou-se que a SSPS também foi capaz de discriminar os grupos casos e não-casos de TAS, seja pela escala total, seja pelas subescalas, com valores elevados de significância ($p < 0,001$), apresentando os casos, médias inferiores na pontuação final do instrumento, ou seja, uma menor avaliação positiva de si. Este dado reforça os achados prévios da literatura (STEIN; WALKER; FORDE, 1996; FURMARK et al., 1999; BAPTISTA, 2007) de que o medo de falar em público é um aspecto bastante relevante do TAS, sendo capaz de por si só, com alto grau de significância, diferenciar os sujeitos classificados como casos e não-casos de TAS. Nas amostras

específicas de casos e não-casos de TAS, a escala total e a subescala negativa também foram sensíveis para discriminar os alunos das diferentes universidades, pública e privada, o que não ocorreu para a subescala positiva, sendo que tal diferença evidenciou que os alunos da universidade pública tem maiores médias que os da privada, ou seja, uma avaliação mais favorável de si frente ao falar em público. A escala foi sensível também para identificar as interações entre essas duas variáveis, grupo e universidade, sendo os sujeitos classificados como casos e pertencentes à universidade privada, aqueles com menor média de pontuação. Por outro lado, a capacidade da SSPS em identificar as diferenças entre os sexos, diferenças essas descritas na literatura prévia, onde as mulheres apresentam maior nível de sintomatologia em relação aos homens (SCHNEIER et al., 1992), foi limitada e específica à subescala negativa na população geral de universitários.

No geral, o estudo psicométrico da SSPS, realizado por meio da avaliação da validade concorrente, divergente, discriminativa e análise fatorial, demonstrou a adequação do instrumento para o uso na população brasileira, com qualidades psicométricas semelhantes às do estudo original. A escala geral mostrou-se bastante adequada para o uso nas diferentes amostras, destacando-se que a subescala positiva parece ser mais efetiva para a avaliação de amostras identificadas ou suspeitas de TAS, diferentemente do estudo original da escala (HOFMANN; DIBARTOLO, 2000), e a subescala negativa ter mais uma característica rastreadora em amostras da população geral.

Novamente, assim como o SPIN, a SSPS, na sua versão para o português do Brasil, poderá preencher uma necessidade no que diz respeito à avaliação sistemática do medo de falar em público, em estudos clínicos, e sobretudo em estudos experimentais, valorizando os aspectos cognitivos relacionados ao referido medo e, conseqüentemente, ao TAS,

aspectos esses essenciais na etiologia do transtorno e não abarcado pelos demais instrumentos aqui estudados.

• Escala Breve de Fobia Social (BSPS)

Com relação à consistência interna da BSPS, os valores encontrados para o alfa foram significativos nas diferentes amostras, seja para a escala total, seja para as subescalas (0,48 - 0,88). Todos os itens também se correlacionaram de forma significativa com o total, evidenciando grande conformidade entre os mesmos, e a adequação e coerência do instrumento para a avaliação do construto. Comparativamente ao SPIN, os valores da consistência interna encontrados para a BSPS foram um pouco inferiores, principalmente para a subescala de sintomas fisiológicos, talvez pelo fato destes itens terem sido os menos pontuados (CORTINA, 1993).

Quanto aos itens da BSPS, observou-se, na amostra de casos, que os mais pontuados foram os relacionados ao medo e a evitação de falar em público ou na frente de outras pessoas (1M e 1E), seguidos pelos itens de medo e evitação de situações de ficar envergonhado e humilhado (4M e 4E). Tais dados são compatíveis aos do estudo original, no qual observou-se a mesma prevalência de medos e evitações, porém com médias de pontuação um pouco superiores. Para os não-casos, também se observou esta tendência de predomínio, porém com médias muito inferiores aos casos. Estes achados vêm ao encontro também aos dados relativos ao SPIN, onde predominou como item mais pontuado, seja na amostra de população geral, seja na de casos, aquele relativo ao falar em público,

reforçando que esta é de fato uma das principais situações temidas e evitadas em concordância com a literatura (GEER, 1965; STEIN, WALKER; FORDE, 1994; STEIN, WALKER; FORDE, 1996; FURMARK et al., 1999), podendo ser detectada independente da forma de avaliação utilizada (auto ou hetero). No estudo do SPIN, o item relativo à evitação de situações de embaraço e vergonha também foi um dos mais pontuados, denotando a similaridade entre os aspectos avaliados pelos dois instrumentos, BSPS e SPIN.

Por outro lado, os itens menos pontuados, também em concordância com o estudo original, foram os da subescala de sintomas fisiológicos, seja na amostra de casos, seja na de não-casos. Este achado relativo à BSPS não guarda correlação com os achados relativos ao SPIN, onde itens de natureza bastante diferentes foram os menos pontuados e os relativos aos sintomas fisiológicos obtiveram pontuação mediana. Tal diferença pode ter ocorrido pelo fato de que a percepção da presença de sintomas fisiológicos, como taquicardia e sudorese, é facilitada pela auto-avaliação, em comparação à avaliação por um observador, o que ocorre na pontuação da BSPS.

Em relação à validade concorrente, a mesma foi estudada em relação a três instrumentos: um instrumento geral de ansiedade (BAI), um instrumento específico para a avaliação do TAS, porém auto-aplicado (SPIN) e um instrumento para avaliação do falar em público (SSPS).

Quanto aos dados relativos ao BAI, encontrou-se valores de correlação variando entre 0,24 e 0,49 para os casos e 0,21 a 0,62 para os não-casos ($p < 0,05$). Estas correlações classificadas como fracas e medianas já eram esperadas, dada a característica do BAI, que objetiva avaliar sintomas gerais de ansiedade, em acordo com as considerações já efetuadas anteriormente em relação ao uso de um instrumento geral de ansiedade para a avaliação do

TAS. As maiores correlações foram entre a BSPS total e a escala total do BAI, sendo que as subescalas do BAI que avaliam aspectos mais específicos das manifestações de ansiedade, correlacionaram-se de uma forma menos consistente com a BSPS. Grande parte dos itens da BSPS também guardaram individualmente correlações com o BAI, porém estas correlações, classificadas como fracas, não foram definidas e pontuais, ou seja, são de ordem bastante geral.

As correlações com o SPIN foram um pouco mais expressivas. As escalas em sua totalidade se correlacionaram no valor de 0,59 para a amostra de casos e 0,82 para a amostra de não-casos, evidenciando maior concordância quanto à ausência de manifestações de ansiedade social, do que em relação à ocorrência de tais manifestações, talvez, como já dito em função do modo de aplicação dos instrumentos. Isto evidencia que diferentes percepções podem ocorrer em relação à sintomatologia, dependendo da perspectiva sob a qual a mesma é avaliada (GLASS; UHLENHUTH; KELLNER, 1987).

O Mini-SPIN guardou correlações com a BSPS também significativas, principalmente para a amostra de não-casos.

No geral, os valores encontrados evidenciaram a validade concorrente dos instrumentos BSPS e SPIN, que tem a mesma especificidade. Contudo, esperava-se encontrar valores mais expressivos para esta qualidade psicométrica, o que não ocorreu. Tal fato pode ser explicado novamente em função das diferentes formas de avaliação, assim como justificado para com o BAI. Os itens desses dois instrumentos também mostraram correlações expressivas entre eles. Para vários itens ($N = 11$), as maiores correlações foram pontuais, e com itens teoricamente esperados, evidenciando mais uma vez a validade concorrente dos mesmos.

Comparativamente ao estudo de validade concorrente da BSPS realizado por Davidson et al. (1997), os valores encontrados foram semelhantes, já que as correlações com a HAM, um instrumento geral de ansiedade, ficaram entre 0,20 e 0,34 ($p < 0,0001$); com a FNE, um instrumento auto-aplicado com uma subescala específica para avaliação do TAS, ficaram entre 0,43 e 0,51 ($p < 0,0001$); e entre a BSPS e a LSAS, um instrumento hetero-aplicado para avaliação do TAS, entre 0,70 e 0,72 ($p < 0,0001$). Cabe lembrar que estes dois últimos instrumentos não avaliam os aspectos fisiológicos do TAS, e por isso não foi possível avaliar a correlação deles com a respectiva subescala.

Em relação à validade concorrente com a SSPS, observou-se que para os casos não ocorreram correlações significativas, e para os não-casos, as correlações foram não significativas ou pouco expressivas (0,23 a 0,31). Em nenhuma das amostras, observaram-se correlações para a subescala negativa, denotando como já observado no estudo da SSPS que esta subescala tem qualidades psicométricas inferiores na comparação com a subescala positiva para as amostras específicas de casos e não-casos. Também observou-se pouquíssimas correlações entre os itens desses dois instrumentos. Considerando-se que o falar em público e os aspectos cognitivos associados a ele são apenas uma das facetas do TAS, as fracas correlações evidenciadas entre a BSPS e SSPS podem ser explicadas pela especificidade dos dois instrumentos e também pelas diferentes vertentes de avaliação utilizadas para o preenchimento dos mesmos, diminuindo assim a correlação entre eles.

Quanto à validade discriminativa, obtiveram-se valores excelentes sob a área da curva ROC, denotando a adequada capacidade discriminativa do instrumento. Quanto à melhor nota para ponto de corte, os valores entre 18 e 19 promoveram maior equilíbrio entre sensibilidade e especificidade, com eficácia diagnóstica de 85%. A nota 15 favoreceu a sensibilidade e o valor preditivo negativo, podendo ser usada no contexto mais amplo de

rastreamento. A nota 25 salienta a especificidade e o valor preditivo positivo, com eficácia diagnóstica de 84%, favorecendo o diagnóstico do TAS. No estudo original, tal análise não foi realizada, e como até o momento não se identificou nenhum outro estudo psicométrico sobre este instrumento, não há como realizar outras comparações. Porém, cabe ressaltar que as notas de corte propostas para a BSPS no presente estudo, bem como a eficácia diagnóstica são idênticas àquelas propostas para o SPIN, salientando novamente a similaridade dos dois instrumentos.

Quanto à análise fatorial, também encontraram-se seis fatores, assim como no estudo original, porém com composições um pouco diferentes. No geral, os fatores explicaram 71,79% da variância dos dados. O Fator 1 ficou composto pelos itens 3M, 3E, 4M, 4E, 5M e 5E, e foi denominado de “medo e evitação de interação com estranhos e de situações de avaliação social”, diferindo do Fator 1 do estudo original (“medos e evitações gerais”), pois os itens 2M e 2E que neste último estudo faziam parte do Fator 1, no estudo em questão compõem exclusivamente o Fator 6 (“medo e evitação de pessoas de autoridade”) com auto-valor de 1,11. O Fator 2, em acordo com o estudo original, foi composto pelos quatro itens da subescala de sintomas fisiológicos. O Fator 3 do presente estudo (“medo e evitação de falar em público”) correlacionou-se ao Fator 4 do estudo original (“medo e evitação de falar em público”), denotando que os aspectos relativos ao falar em público tem um peso um pouco mais significativo no contexto de universitários brasileiros. O Fator 4, aqui evidenciado (“medo e evitação de eventos sociais”), relacionou-se ao Fator 5 do estudo de Davidson et al. (1997) (“medo e evitação de eventos sociais”), novamente expressando peso mais significativo para este fator e aspectos por ele avaliados em nosso contexto. De forma contrária, o Fator 5 (“medo de ser observado”) correlacionou-

se ao Fator 3 do estudo de Davidson et al. (1997) (“medo e evitação de fazer algo sendo observado”), expressando um peso menor do mesmo no contexto brasileiro.

No geral, como já discutido, os achados de ambas as análises foram semelhantes, confirmando-se os dados iniciais quanto à análise fatorial da BSPS.

Quanto à validade de construto da BSPS, observou-se, assim como para o SPIN, que a solução fatorial não guardou correlações diretas e pontuais para com os critérios diagnósticos do TAS, segundo as referências da CID-10 (OMS, 1993) e do DSM-IV (APA, 1994), com exceção do Fator 2 (sintomas fisiológicos). Tais correlações foram observadas apenas em função da proposição original da escala em subescalas: medo, evitação e sintomas fisiológicos, guardando correlação específica com três critérios diferentes. Os fatores, com exceção do 2, correlacionaram-se somente com os critérios medo e evitação, sendo que o Fator 1 englobou medos mais gerais e os Fatores 3, 4, 5 e 6, medos mais específicos e circunscritos, próprios de quadros não-generalizados de TAS (APA, 1994; BALLENGER et al., 1998; BARROS NETO, 2000; FALCONE, 2000; RAJ; SHEEHAN, 2001). A BSPS não contemplou aspectos importantes e decisivos para o diagnóstico do TAS, como o prejuízo e impacto psicossocial negativo decorrente de tais medos e evitações, o que pode limitar o seu uso como instrumento diagnóstico do TAS, favorecendo que sujeitos avaliados clinicamente como subclínicos (RANTA et al., 2007), sejam classificados como casos de TAS.

A BSPS e suas subescalas também se mostraram capazes de discriminar diferentes grupos, em função das variáveis estudadas, seja através da análise univariada ou da multivariada, reforçando a sua validade discriminativa.

Assim como para os demais instrumentos, por meio da avaliação pela BSPS e suas subescalas, no geral, os sujeitos do sexo feminino mostraram as maiores médias e,

conseqüentemente, maior sintomatologia de TAS. Tal dado está de acordo com a literatura prévia, na qual as mulheres geralmente apresentam níveis de ansiedade maior em relação aos homens e também maiores prevalências de transtornos de ansiedade, especialmente de TAS (BAPTISTA, 2007). Da mesma forma, os alunos da universidade privada em relação aos da pública e os casos em relação aos não-casos apresentaram as maiores médias e maior nível de sintomatologia do transtorno.

O último aspecto avaliado quanto às qualidades psicométricas da BSPS foi a confiabilidade interavaliadores que se mostrou excelente (FLEISS, 1981), seja pelo *Kappa* (0,86 - 0,98, $p < 0,0001$), seja pelo Coeficiente de Correlação Intraclass (0,92 - 1,00, $p < 0,0001$). Este aspecto também não foi avaliado no estudo original, impossibilitando comparações. Contudo, acredita-se que tal concordância deva ser em parte atribuída ao uso do roteiro de perguntas-guia, que favoreceu maior clareza quanto aos itens e tornou a avaliação dos níveis de gradação mais precisa. Isto já havia sido demonstrado em estudos com outras escalas, como a *Young Mania Rating Scale* (VILELA, 2000) e a *Brief Psychiatric Rating Scale* (CRIPPA; SANCHES; HALLAK, 2001), nos quais o uso de um roteiro estruturado de entrevista aumentou a confiabilidade dos instrumentos, mesmo em avaliadores com diferentes níveis de experiência clínica. O alto nível de concordância encontrado também pode ser atribuído ao adequado e cuidadoso treinamento a que os avaliadores foram submetidos. Não se avaliou a confiabilidade sem o uso do roteiro, mas previamente ao treinamento, os indicadores de confiabilidade foram entre 0,55 e 0,88, valores numericamente inferiores, o que confirma em parte a hipótese acima. Este dado reforça as recomendações da literatura de que o uso de escalas hetero-avaliativas deva ser feito especialmente por profissionais treinados e com conhecimento adequado do instrumento, com riscos, no contrário, de prejudicar a confiabilidade e eficácia no uso das

mesmas (VERSIANI, 1989). Já o uso do roteiro, ou seja, a utilização de um procedimento sistematizado (entrevista semi-estruturada) para a avaliação dos pacientes, tornou mais homogênea a aplicação do instrumento, garantindo maior uniformidade na coleta de dados, explicitando o quanto estes dois aspectos são de extrema importância no uso dos instrumentos que envolvem a hetero-avaliação.

No geral, a BSPS, em sua versão para o português do Brasil, mostrou-se bastante adequada quando avaliada em relação às suas qualidades psicométricas, com índices bastante satisfatórios de validade e confiabilidade. A importância de um instrumento de hetero-avaliação do TAS relaciona-se à dificuldade dos indivíduos associarem os sintomas e se auto-perceberem como portadores do TAS. Apesar das dificuldades inerentes ao uso de um instrumento de hetero-avaliação, a saber: maior tempo de aplicação, necessidade de profissionais treinados, entre outros, o uso da BSPS pode ser de suma importância para favorecer de fato a realização do diagnóstico do TAS, sobretudo em populações específicas e para uso em estudos clínicos e de intervenção terapêutica.

• Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público – versão estado (SSPS-E)

A SSPS-E mostrou qualidades psicométricas bastante satisfatórias, assim como a SSPS na sua versão traço (HOFMANN; DIBARTOLO, 2000). Quanto à consistência interna, os valores encontrados para o alfa foram bastante significativos em todas as fases do procedimento, principalmente para os casos, não se observando diferenças relevantes em

função das fases. Tais valores também foram muito semelhantes aos encontrados no estudo da SSPS, versão traço.

Em relação à validade concorrente, a análise foi realizada com um instrumento geral de ansiedade comumente usado em estudos que utilizam-se do TSFP no contexto brasileiro. Trata-se da VAMS, cujas subescalas têm se mostrado sensíveis para discriminar o grau de ansiedade vivenciado pelo sujeito nas diferentes fases do procedimento experimental de simulação de falar em público (ZUARDI et al., 1993; GUIMARÃES; ZUARDI; GRAEFF, 1997; DEL-BEN et al., 2001b; GARCIA-LEAL et al., 2005; PARENTE et al., 2005; CHAVES, 2007). A escolha do referido instrumento deveu-se ao uso prévio nos estudos referidos e a ausência de um instrumento validado para a população brasileira com objetivos similares à SSPS-E. Encontraram-se correlações significativas entre estes dois instrumentos, sobretudo para a amostra de casos de TAS, nas fases de antecipação, performance e pós-estresse 0, fases estas que concentram, segundo o modelo experimental, os maiores níveis de ansiedade (MCNAIR et al., 1982). As maiores correlações foram entre a SSPS-E (independente das subescalas) com as subescalas de sedação física e de ansiedade da VAMS. Assim, os principais aspectos que se associaram a auto-avaliação do falar em público foram: raciocínio difícil, incapacidade, confusão, retraimento, apatia, agitação, tensão e preocupação. Para a subescala positiva e escala total estas correlações foram de ordem negativa e para a subescala negativa, foram positivas. Os aspectos relativos à subescala de sedação mental (sonolência e distraibilidade) e à subescala de outros sentimentos e atitudes (desinteresse, hostilidade, tristeza e insatisfação) foram aqueles que guardaram as menores correlações com a auto-avaliação do falar em público.

Para a amostra de não-casos encontrou-se poucas correlações significativas. Estas ocorreram apenas em algumas fases e entre a subescala negativa da SSPS-E e a subescala

de outros sentimentos e atitudes da VAMS, mostrando que, nesta amostra, os aspectos avaliados pelas duas escalas são pouco associados durante as diferentes fases do procedimento. Tal fato evidencia, de certa forma, a validade divergente dos instrumentos SSPS-E e VAMS, não só para a amostra de não-casos, mas também para a de casos, uma vez que nesta última amostra, as correlações encontradas foram fracas e moderadas.

A SSPS-E não se correlacionou em nenhum momento do procedimento com a ESS. Esta é uma escala que avalia sintomas somáticos como tensão muscular, fome, sede, náusea, tontura, vontade de evacuar e urinar, entre outros, sintomas estes que podem indiretamente estar associados à vivências de ansiedade (ZUARDI et al. 1993). A escolha deste instrumento para a avaliação da validade concorrente se deu em função dos estudos prévios realizados no contexto brasileiro, tendo por base o TSFP, onde este instrumento foi utilizado (ZUARDI et al., 1993; GUIMARÃES; MBAYA; DEAKIN, 1997; MONTEIRO-DOS-SANTOS et al., 2000; SILVA et al., 2001; DEL-BEN et al., 2001b; GARCIA-LEAL et al., 2005; PARENTE et al., 2005; CHAVES, 2007). Nestes estudos, a ESS mostrou resultados controversos quanto à capacidade de discriminar os diferentes estados de ansiedade durante o TSFP, e também os diferentes grupos sintomatológicos e de tratamento, predominando, contudo, uma adequada capacidade discriminativa dos diferentes níveis de ansiedade.

A ausência de correlações entre a SSPS-E e a ESS pode ser explicada, portanto, mais em função das possíveis limitações da ESS frente ao TSFP do que por aspectos relativos à especificidades da SSPS-E, já que com a VAMS, tida como padrão-ouro neste procedimento, a SSPS-E guardou correlações significativas.

A SSPS-E foi também bastante sensível para discriminar os casos dos não-casos de TAS em todas as fases do procedimento, evidenciando, como esperado teoricamente, que

os casos realizariam uma menor avaliação positiva e maior avaliação negativa de si e de seu desempenho durante ao falar em público, em comparação aos não-casos. O mesmo ocorreu também para a SSPS- versão traço, denotando o potencial discriminativo do instrumento em suas duas versões. A SSPS-E também foi sensível para discriminar os diferentes padrões de ansiedade despertados pelo TSFP, principalmente nos sujeitos classificados como casos de TAS, sendo que para os não-casos a sua sensibilidade foi diminuída. A escala total e subescala negativa foram as mais sensíveis, sendo que a subescala positiva quase não evidenciou alterações ao longo do procedimento, diferentemente do observado no estudo psicométrico da SSPS- traço. Tal dado relativo à subescala positiva pode ser explicado pela baixa capacidade discriminativa da mesma presente em outras comparações, como por exemplo no estudo original de Hofmann e DiBartolo (2000), pela própria situação de avaliação, e por peculiaridades do transtorno mais associadas à crenças negativas sobre si, favorecendo que as maiores alterações ocorram ao nível da subescala negativa, assim como relatado no estudo original.

Analisando-se a distribuição média dos escores da escala total e subescala negativa dos casos de TAS nas diferentes fases do procedimento, observou-se que, no geral, mostraram um perfil bastante semelhante ao do modelo experimental do falar em público, mesmo que as diferenças encontradas entre as fases, não tenham sido estatisticamente significativas em tais avaliações. No modelo proposto por McNair et al. (1982), os níveis de ansiedade diminuem da fase basal (B) para a pré-estresse (P), aumentando na fase antecipatória (A) e ainda mais na fase de performance (S), onde atinge o seu pico e depois diminuem nas fases pós-estresse (F0, F1 e F2). A SSPS-E, em sua escala total, evidenciou correlações negativas com o modelo, ou seja, a auto-avaliação positiva aumentou da fase basal (B) para a pré-estresse (P), diminuiu da fase pré-estresse (P) para a antecipatória (A) e

da antecipatória (A) para a de performance (S) (menor média), e tendeu a elevar-se ao longo das fases de recuperação/ pós-estresse (F0, F1 e F2). Já a SSPS-E, subescala negativa, guardou correlações positivas com o modelo: a auto-avaliação negativa diminuiu da fase basal (B) para pré-estresse (P), aumentou da pré-estresse (P) para a antecipatória (A) e desta para a fase de performance (S), tendendo a diminuir nas fases pós-estresse (F0, F1 e F2). Tal dado enfatiza novamente a maior sensibilidade da subescala de auto-avaliação negativa no contexto do TSFP.

Tais dados evidenciaram que a SSPS-E, no geral, é sensível para acessar os mecanismos cognitivos associados ao falar em público e, conseqüentemente ao TAS, considerando que na amostra de casos os achados foram mais expressivos. Tal dado evidencia que a auto-avaliação do desempenho variou em função dos diferentes estados de ansiedade despertados pelo modelo experimental, reforçando a hipótese de que mecanismos cognitivos estão associados à etiologia tanto do medo de falar em público como do TAS (BECK; STEER, 1993; CLARK; WELLS, 1995; WELLS; CLARK, 1997; WELLS; CLARK; AHMAD, 1998; FALCONE, 2001).

Assim, a SSPS, na versão estado proposta pelo presente estudo, mostrou-se adequada para uso no contexto do TSFP, denotando também boas capacidades psicométricas, aqui avaliadas por meio da validade concorrente e discriminativa, podendo ser utilizada como medida objetiva de avaliação do medo de falar em público, sobretudo nas diferentes fases do modelo experimental, preenchendo uma lacuna quanto à disponibilização de instrumentos padronizados e validados para esta finalidade. Salienta-se ainda a relevância da avaliação dos aspectos cognitivos envolvidos frente ao medo de falar em público, dada a prevalência deste na população geral e no TAS, contribuindo para a avaliação das crenças e cognições associadas à ansiedade social, o que referenda os

aspectos conceituais relativos às teorias sobre a ansiedade social e aspectos metodológicos relativo ao potencial do procedimento experimental do TSFP.

Limites e contribuições do estudo

O presente estudo, atendendo aos objetivos propostos, validou para a população de universitários brasileiros instrumentos com diferentes peculiaridades para a avaliação sistemática do TAS.

Contudo, algumas limitações precisam ser destacadas. A primeira delas diz respeito à composição amostral, pois embora tenha-se utilizado um extenso número de sujeitos de populações clínicas e não clínicas, a mesma restringiu-se a uma faixa populacional muito específica: universitários do estado de São Paulo, não podendo os resultados aqui encontrados serem generalizados de forma irrestrita a outros grupos socioeconômico e culturais do contexto brasileiro, considerando-se sobretudo a grande diversidade da população brasileira. O mesmo cabe para o uso da versão brasileira dos instrumentos auto-aplicados, uma vez que o estudo piloto para a análise e compreensão semântica dos itens e instruções foi limitado também ao grupo de universitários, não incluindo indivíduos com outros níveis educacionais.

Outro ponto a ser considerado diz respeito ao uso da SSPS-E, testada apenas no contexto específico de simulação de falar em público e com amostra exclusivamente proveniente da universidade pública. Considerando-se que os sujeitos da universidade privada foram aqueles que, ao longo dos Estudos 1 e 2, apresentaram maior prejuízo relacionado aos aspectos avaliados, a exclusão desse grupo pode ter influenciado os

resultados do Estudo 3, possivelmente diminuindo o contraste dos grupos de casos e não-casos de TAS.

Destaca-se ainda algumas peculiaridades da validade dos instrumentos. Quanto à validade discriminativa, para todos os instrumentos, avaliaram-se suas capacidades em distinguir casos não tratados de não-casos de TAS, porém, para nenhum deles, aferiu-se a sensibilidade para detectar efeitos advindos de intervenções terapêuticas, o que se faz essencial para o uso dos mesmos em estudos aplicados para a testagem da eficácia de psicofármacos e intervenções psicoterapêuticas. Em relação à validade concorrente, dada a falta de instrumentos validados disponíveis, não foi possível avaliá-la em relação à instrumentos específicos para a avaliação do TAS ou do medo de falar em público, tidos teoricamente como “padrão-ouro”. A referida análise foi então realizada com instrumentos gerais de ansiedade, o que evidenciou sobretudo a importância de instrumentos específicos para a avaliação deste transtorno. A validade divergente também foi aferida somente em relação ao BAI e aspectos específicos desta escala, como por exemplo a subescala de pânico, e não em relação à outros instrumentos relacionados à avaliação de timidez e outros quadros clínicos.

Um outro aspecto a ser destacado relaciona-se à validade de construto do SPIN e BSPTS. Evidenciou-se que os referidos instrumentos não abarcaram dois importantes aspectos considerados para o diagnóstico clínico do TAS, a saber: a percepção do medo ser irracional (Critério C) e os prejuízos funcionais associados ao transtorno (Critério E). Apesar dos referidos instrumentos não terem o propósito diagnóstico, e sim de rastreamento e quantificação de sintomas, cabe considerar esta limitação e destacar o risco da superestimação da prevalência de prováveis casos de TAS com base em indicadores de

manifestações sintomáticas. Neste sentido, futuros estudos que considerem e dimensionem estes aspectos citados são necessários e oportunos.

Destaca-se como as contribuições do estudo a disponibilização de instrumentos validados para a avaliação de diferentes aspectos do TAS, sob o ponto de vista auto e hetero-avaliativo, preenchendo assim uma importante lacuna, considerando que no contexto brasileiro os estudos com instrumentos de avaliação do TAS com aferição psicométrica são poucos e restritos à populações específicas.

Esse conjunto de instrumentos poderá ter grande utilidade clínico-experimental na área da saúde mental, já que pelas especificidades dos mesmos, envolvendo a avaliação de sintomas fisiológicos, subjetivos e cognitivos poderão ser usados em contextos bastante amplos e diversificados, favorecendo, desse modo, o avanço nos conhecimentos relativos ao TAS do ponto de vista do seu diagnóstico e do seu tratamento.

Considerando-se ainda que o TAS concentra-se no período da adolescência e começo da vida adulta, e que tanto os pacientes como os clínicos têm dificuldades de identificar os sintomas como parte de um transtorno que requer e responde aos tratamentos, é crucial a identificação destes indivíduos ainda nesta faixa etária, de forma a prevenir o desenvolvimento de comorbidades e de déficits funcionais ao longo da vida, evitando assim prejuízos pessoais, profissionais e para a comunidade como um todo. Neste sentido, têm-se a expectativa de que os instrumentos validados no presente estudo possam favorecer o diagnóstico do TAS em nosso meio, sobretudo em contextos de atenção primária à saúde, especialmente através do uso dos instrumentos auto-aplicados de rastreamento (SPIN e Mini-SPIN), que são de aplicação fácil e breve, contribuindo para a identificação precoce do TAS e, conseqüentemente favorecendo que sejam minimizados os prejuízos à saúde mental dos indivíduos acometidos.

CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

No geral, pode-se concluir que o objetivo proposto pelo presente estudo, ou seja, a avaliação sistemática do TAS por meio de instrumentos aferidos e validados em uma população de adultos jovens brasileiros sob a perspectiva da auto e hetero-avaliação, foi plenamente atingido.

Traduziu-se, adaptou-se, validou-se para o contexto brasileiro, especialmente para sujeitos de bom nível educacional, o Inventário de Fobia Social (SPIN) que apresentou consistência interna de 0,63 a 0,90; validade concorrente com o BAI de 0,10 a 0,63, e com a SSPS de 0,22 a 0,65; sensibilidade de 0,84, especificidade de 0,87, além de adequada validade de construto em relação aos critérios diagnósticos do TAS preconizados pela CID-10 e DSM-IV. A versão reduzida deste instrumento, o Mini-SPIN, também foi estudada quanto às suas qualidades psicométricas apresentando sensibilidade de 0,77 e especificidade de 0,67, sendo a nota de corte 7 a mais apropriada para o contexto de universitários brasileiros.

Também foi traduzida, adaptada e validada para o referido contexto a Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS), nas versões traço e estado. A versão traço apresentou consistência interna de 0,64 a 0,94; validade concorrente com o BAI de 0,18 a 0,53 e com o SPIN de 0,22 a 0,65 e excelente validade discriminativa entre casos e não-casos de TAS. A versão estado (SSPS-E), aferida durante um procedimento experimental de falar em público, mostrou adequada validade discriminativa entre casos e não-casos de TAS, bem como sensibilidade para discriminar os diferentes níveis de ansiedade próprios do procedimento.

A Escala Breve de Fobia Social (BSPS) foi outro instrumento traduzido, adaptado e validado, e apresentou igualmente aos demais instrumentos acima citados, excelentes qualidades psicométricas, a saber: confiabilidade interavaliadores de 0,86 a 1,00; sensibilidade de 0,84 e especificidade de 0,83; consistência interna de 0,48 a 0,88; validade concorrente com o BAI (0,21 a 0,62), SPIN (0,24 a 0,82) e SSPS (0,23 a 0,31), além de validade de construto com os critérios diagnósticos descritos pela CID-10 e DSM-IV para o diagnóstico do TAS.

Assim, este conjunto de instrumentos, que favorecem a avaliação sistemática do TAS sob diferentes perspectivas, estão disponibilizados para o uso no contexto brasileiro, preenchendo uma importante lacuna da literatura nacional quanto a estudos psicométricos de instrumentos para a avaliação do TAS, o que poderá contribuir para novos estudos, promovendo o avanço no conhecimento quanto ao TAS.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALLGULANDER, C. Paroxetina in social anxiety disorder: a randomized placebo controlled study. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 100, n. 3, p.193-198, 1999.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition**. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.

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

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

ANTONY, M.A.; COONS, M.J.; MCCABE, R.E.; ASHBAUGH, A.; SWINSON, R.P. Psychometric properties of the social phobia inventory: further evaluation. **Behaviour Research Therapy**, Oxford, v. 44, p. 1177-1185, 2006.

BALLENGER, J.C.; DAVIDSON, J.R.; LECRUBIER, Y.; NUTT, D.J.; BOBES, J.; BEIDEL, D.C.; ONO, Y.; WESTENBERG, H.G.M. Consensus statement on social anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. **Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 59, suppl. 17, p. 54-60, 1998.

BAPTISTA, C.A. **Estudo da prevalência do Transtorno de Ansiedade Social em estudantes universitários**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

BARLOW, D.H.; LIEBOWITZ, M.R. Specific phobia and social phobia. In: SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Comprehensive textbook of psychiatry**. 6. ed. New York: Williams e Wilkins, 1995. v.1, p.1204-1218.

BARNETT, S.D.; KRAMER, M.L.; CASAT, C.D.; CONNOR, K.M.; DAVIDSON, J.R. Efficacy of olanzapine in social anxiety disorder: a pilot study. **Journal of Psychopharmacology**, Oxford, v. 16, n. 4, p. 365-368, 2002.

BARROS NETO, T.P. Fobia social: perfil clínico, comorbidade e diagnóstico diferencial. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.27, n.6, p. 309-315, 2000.

BECK, A.T.; STEER, R.A. **Beck Anxiety Inventory**: manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1993.

BEHNKE R.R.; SAWYER C.R. Anticipatory anxiety patterns for male and female public speakers. **Communications Education**, Annandale, v. 49, n.2, p. 187-195, 2000.

BEHNKE R.R.; SAWYER C.R. Public speaking arousal as a function of anticipatory activation and autonomic reactivity. **Communications Reports**, Pullman, v. 14, n. 2, p. 73-85, 2001.

BOBES, J.; BADIA, X.; LUQUE, A.; GARCIA, M.; GONZÁLEZ, M.P.; DAL-RÉ, R.. Validation of the spanish version of the Liebowitz social anxiety scale, Social anxiety and distress scale and Sheehan disability inventory for the evaluation of social phobia. **Medicina Clinica**, Barcelona, v. 112, n. 14, p. 530-538, 1999.

BRUNELLO, N.; DEN BOER, J.A.; JUDD, L.L.; KASPER, S.; KELSEY, J.E.; LADER, M.; LECRUBIER, Y.; LEPINE, J.P.; LYDIARD, R.B.; MENDLEWICZ, J.; MONTGOMERY, S.A.; RACAGNI, G.; STEIN, M.B.; WITTCHEN, H.U. Social Phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v.60, p. 61-74, 2000.

CARRILLO E.; MOYA-ALBIOL L.; GONZÁLES-BONO E.; SALVADOR A.; RICARTE J.; GÓMEZ-AMOR, J. Gender differences in cardiovascular and electrodermal responses to public speaking task: the role of anxiety and mood states. **International Journal of Psychophysiology**, Amsterdam, v.42, p.253-264, 2001.

CARRILO E.; RICARTE J.; GONZÁLES-BONO E.; SALVADOR A.; GÓMEZ-AMOR J. Efectos moduladores de la personalidad y la valoración subjetiva en la respuesta autonómica ante una tarea de hablar en público en mujeres sanas. **Anales de Psicología**, Murcia, v.19, n. 2, p. 305-314, 2003.

CARTA, M.G.; HARDOY, M.C.; CADEDDU, M.; CARPINIELLO, B.; DELL'OSSO, L.; REDA, M.A.; WITTCHEN, H.U. Social phobia in an Italian region: do Italian studies show lower frequencies than community surveys conducted in other European countries? **BMC Psychiatry**, London, v.4, n. 1, p. 31, 2004.

CHAVES, D.I. **Efeito da ocitocina sobre a ansiedade experimental em voluntários saudáveis**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

CLARK, D.M.; WELLS, A.A. Cognitive model of social phobia. In HEIMBERG, R.G.; LIEBOWITZ, M.R.; HOPE, D.A.; SNEIER, F.R. (Eds.): **Social phobia: diagnoses, assessment and treatment**. Guilford: New York, 1995.

CONNOR, K.M.; DAVIDSON J.R.; CHURCHILL, L.E.; SHERWOOD, A.; FOA, E.; WEISLER, R.H. Psychometric properties of Social Phobia Inventory (SPIN). **British Journal of Psychiatry**, London, v.176, p. 379-386, 2000.

CONNOR, K.M.; KOBAC, K.A.; CHURCHILL, L.E.; KATZELNICK, D.; DAVIDSON, J.R. Mini-Spin: a brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. **Depression and Anxiety**, New York, v.14, p. 137-140, 2001.

CONNOR, K.M.; DAVIDSON, J.R.; CHUNG, H.; YANG, R.; CLARY, C.M. Multidimensional effects of sertraline in social anxiety disorder. **Depression and Anxiety**, New York, v. 23, n. 1, p. 6-10, 2006.

CORTINA, J.M. What is Coefficient Alpha? An examination of theory and applications. **Journal of Applied Psychology**, Washington, v.78, n. 1, p. 98-104, 1993.

CRIPPA, J.A.S.; SANCHES, R.F.; HALLAK, J.E.C. A structured interview guide increases Brief Psychiatric Rating Scale reliability in raters with low clinical experience. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 103, n. 6, p. 465-473, 2001.

CROFT R.J.; GONSALVEZ C.J.; GANDER J.; LECHEM L.; BARRY R.J. Differential relations between heart rate and skin conductance, and public speaking anxiety. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatric**, New York, v.35, p.259-271, 2004.

CROWSON, J.J.; FREEH, B.B.; BEIDEL, D.C.; TURNER, S.M. Self-reported symptoms of social anxiety in a sample of combat veterans with posttraumatic stress disorder. **Journal of Anxiety Disorders**, New York, v. 12, n. 6, p. 605-612, 1998.

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

DAVIDSON, J.R.; POTTS, N.L.; RICHICHI, E.A.; FORD, S.M.; KRISNAN, K.R.; SMITH, R.D.; WILSON, W. The Brief Social Phobia Scale. **Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 52, p. 48-51, 1991.

DAVIDSON, J.R.; HUGHES, D.L.; GEORGE, L.K.; BLAZER, D.G. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. **Psychological Medicine**, London, v. 23, n. 3, p. 709-718, 1993.

DAVIDSON, J.R.; MINER, C.M.; DE VEAYGH-GUSS, J.; TUPLER, L.A.; COLKET, J.T.; POTTS, N.L.S. The Brief Social Phobia Scale: a psychometric evaluation. **Psychological Medicine**, London, v. 27, p. 161-167, 1997.

DAVIDSON R.J.; MARSHALL J.R.; TOMARKEN A.J.; HENRIQUES J.B. While a phobic waits: regional brain electrical and autonomic activity in social phobics during anticipation of public speaking. **Biological Psychiatry**, New York, v.47, p.85-95, 2000.

DAVIDSON, J.R.; FOA, E.B.; CONNOR, K.M.; CHURCHILL, L.E. Hyperhidrosis in social anxiety disorder. **Progress in Neuropsychopharmacology & Biology Psychiatry**, Oxford, v. 26, n. 7-8, p. 1327-1331, 2002.

DAVIDSON, J.R.; FOA, E.B.; HUPPERT, J.D.; KEEFE, F.S.; FRANKLIN, M.E.; COMPTON, J.S.; ZHAO, N.; CONNOR, K.M.; LYNCH, T.R.; GADDE, K.M. Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy and placebo in generalized social phobia. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 61, n.10, p. 1005-1013, 2004.

DEL-BEN, C.M.; VILELA, J.A.A.; CRIPPA, J.A.S.; HALLAK, J.E.C.; LABATE, C.M.; ZUARDI, A.W. Test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV – Clinical Version (SCID-CV) translated into portuguese. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, p. 156-159, 2001a.

DEL-BEN, C.M.; VILELA, J.A.A.; HETEM, L.A.B.; GUIMARÃES, F.S.; GRAEFF, F.G.; ZUARDI, A.W. Do panic patients process unconditioned fear vs. Conditioned anxiety differently than normal subjects? **Psychiatry Research**, London, v.104, p.227-237, 2001b.

DEL'OSSO, L.; RUCCI, P.; CASSANO, G.B.; MASER, J.D.; ENDICOTT, J.; SHEAR, M.K.; SARNO, M.; SAETTONI, M.; GROCHOCINSKI, V.J.; FRANK, E. Measuring social anxiety and obsessive-compulsive spectra: comparison of interviews and self-report instruments. **Comprehensive Psychiatry**, New York, v. 43, n. 2, p. 81-87, 2002.

D'EL REY, G.J.F.; PACINE, C.A. Medo de falar em público em uma amostra da população: prevalência, impacto no funcionamento pessoal e tratamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 237-242, 2005.

DEN BOER, J.A. Social anxiety disorder/ social phobia: epidemiology, diagnosis, neurobiology, and treatment. **Comprehensive Psychiatry**, New York, v. 41, n. 6, p. 405-415, 2000.

DINGEMANS, A.E.; VAN VLIET, I.M.; LOUVÉE, J.; WESTENBERG, H.G. Characteristics of patients with social phobia and their treatment in specialized clinics for anxiety disorders in the Netherlands. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 65, n. 2, p. 123-129, 2001.

EGLOFF B.; WILHELM F.H.; NEUBAUER D.H.; MAUSS I.B.; GROSS J.J. Implicit anxiety measure predicts cardiovascular reactivity to an evaluated speaking task. **Emotion**, Washington, v. 2, n.1, p. 3-11, 2002.

EMMANUEL, N.P.; BRAWMAN-MINTZER, O.; MORTON, W.A.; BOOK, S.W.; JOHNSON, M.R.; LORBERBAUM, J.P.; BALLENGER, J.C. LYDIARD, R.B. Bupropion-SR in treatment of social phobia. **Depression Anxiety**, New York, v. 12, n. 2, p. 111-113, 2000.

FACHEL, J.M.G.; CAMEY, S. Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. In: CUNHA, J.A. (Org.). **Psicodiagnóstico V**. Porto Alegre: Artmed, 2000. p.158-170.

FALCONE, E. Ansiedade social normal e ansiedade fóbica – limites e fundamentos etiológicos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 301-308, 2000.

FALCONE, E.O. O processamento cognitivo da ansiedade na fobia social. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.28, n.6, p. 309-312, 2001.

FIGUEIRA, I.; NARDI, A.E.; MARQUES, C.; MENDLOWICZ, M.; VENTURA, P.; SABOYA, E.; PINTO, S.; VERSIANI, M. Abuso de álcool e fobia social: revisão da literatura e relato de seis casos de comorbidade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 63-68, 1993.

FIGUEIRA, I.; COSCARELL, P.; NARDI, A.E.; MENDLOWICZ, M.; MARQUES, C.; CAMISÃO, C.; ANDRADE, Y.; VERSIANI, M. Comparação entre fobia social e transtorno do pânico: psicopatologia geral e qualidade de vida. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 285-289, 1994.

FIGUEIRA, I.; POSSIDENTE, E.; MARQUES, C.; HAYES, K. Sexual dysfunction: a neglected complication of panic disorder and social phobia. **Archives of Sexual Behavior**, New York, v. 30, n. 4, p. 369-377, 2001.

FIRST, M.B.; SPITZER, R.L.; GIBON, M.; WILLIAMS, J.B.W. **Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Clinician Version (SCID-CV)**. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997.

FLAHERTY, J.A.; GAVIRIA, F.M.; PATHAK, D.; MITCHELL, T.; WINTROB, R.; RICHMAN, J.A.; BIRZ, S. Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v. 176, n. 5, p. 257-263, 1988.

FLEISS, J. **Statistical methods for rates and proportions**. New York: John Wiley and Sons; 1981.

FLOYD, F.J.; WIDAMAN, K.F. Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. **Psychological Assessment**, Arlington, v. 7, n. 3, p. 286-299, 1995.

FURMARK, T.; TILLFORS, M.; EVEREZ, P.; MARTEINSDOLTER, I.; GEVERT, O.; FREDRIKSON, M. Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile. **Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology**, Berlin, v.34, p.416-424, 1999.

FURMARK, T. **Social Phobia – from epidemiology to brain function**. Dissertation (Doctor of Philosophy in Psychology) - Uppsala University, 2000.

FURMARK, T.; TILLFORS, M.; STATTIN, H.; EKSELIUS, L.; FREDRIKSON, M. Social phobia subtypes in the general population revealed by cluster analysis. **Psychological Medicine**, London, v. 30, n. 6, p. 1335-1344, 2000.

FURMARK, T. Social phobia: overview of community surveys. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 105, n. 2, p. 84-93, 2002.

FURMARK, T.; APPEL, L.; MICHELGARD, A.; WAHLSTEDT, K.; AHS, F.; ZANCAN, S.; JACOBSSON, E.; FLYCKT, K.; GROHP, M.; BERGSTROM, M.; PICH, E.M.; NILSSON, L.; BANI, B.; LANGSTROM, B.; FREDRIKSON, M. Cerebral Blood Flow changes after treatment of social phobia with the neurokinin-1 antagonist GR205171, Citalopram, or placebo. **Biological Psychiatry**, New York, v.58, p.132-142, 2005.

GARCIA-LEAL, C.; PARENTE, A.C.B.V.; DEL-BEN, C.M.; GUIMARÃES, F.S.; MOREIRA, A.C.; ELIAS, L.L.K.; GRAEFF, F.G. Anxiety and salivary cortisol in symptomatic and nonsymptomatic panic patients and healthy volunteers performing simulated public speaking. **Psychiatry Research**, London, v.133, p.239-252, 2005.

GAUER, J.C.; PICON, P.; VASCONCELLOS, S.J.L.; TURNER, S.M.; BEIDEL, D.C. Validation of the Social Phobia and Anxiety Inventory for children (SPAI-C) in a sample of Brazilian children. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 795-800, 2005.

GEER, J.H. The development of a scale to measure fear. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v.3, p. 416-424, 1965.

GERLACH, A.L.; HEINRICHS, N.; BANDL, C.; ZIMMERMANN, T. SSPS- A German version of the questionnaire to assess the cognitive components of fear of public speaking. **Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis**, v. 36, n. 2, p.112-120, 2007.

GIRDER, S.S.; TURNER, J.R.; SHERWOOD, A.; LIGHT, K.C. Gender differences in blood pressure control during a variety of behavioral stressors. **Psychosomatic Medicine**, Baltimore, v. 52, p. 571-591, 1990.

GLASS, C.R.; MERLUZZI, T.; BIEVER, J. Cognitive assessment of social anxiety: development and validation of a self-statement questionnaire. **Cognitive Therapy Research**, New York, v. 6, p. 37-55, 1982.

GLASS, R.M.; UHLENHUTH, E.H.; KELLNER, R. The value of self-report assessment in studies of anxiety disorders. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, Baltimore, v. 7, n. 4, p. 215-221, 1987.

GONZALEZ-BONO, E.; MOYA-ALBIOL, L.; SALVADOR, A.; CARRILLO, E.; RICARTE, J.; GOMEZ-AMOR, J. Anticipatory autonomic response to a public speaking task in women – the role of trait anxiety. **Biological Psychology**, New York, p. 37-39, 2002.

GOODWIN, R.D.; STAYNER, D.A.; CHINMAN, M.J.; WU, P.; TEBES, J.K.; DAVIDSON, L. The relationship between anxiety and substance use disorders among individuals with severe affective disorders. **Comprehensive Psychiatry**, New York, v. 43, n. 4, p. 245-252, 2002.

GRENYER, B.F.; WILLIAMS, G.; SWIFT, W.; NEILL, O. The prevalence of social-evaluative anxiety in opioid users seeking treatment. **Internation Journal of the Addictions**, New York, v. 27, n. 6, p. 665-673, 1992.

GRUENEWAL T.L.; KEMENY M.E.; AZIZ A.; FAHEY J.L. Acute threat to the social self: shame, social self-esteem, and cortisol activity. **Psychosomatic Medicine**, Baltimore, v.66, p. 915-924, 2004.

GUIMARÃES, F.S.; ZUARDI, A.W.; GRAEFF, F.G. Effect of chlorimipramine and maprotiline on experimental anxiety in humans. **Journal of Psychopharmacology**, Oxford, v. 1, p. 184-192, 1987.

GUIMARÃES, F.S.; MBAYA, O.S.; DEAKIN, J.F.W. Ritanserin facilitates anxiety in simulated public-speaking paradigm. **Journal of Psychopharmacology**, Oxford, v.11, n. 3, p. 225-231, 1997.

HAIR, J.F.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L.; BLACK, W.C. **Análise multivariada de dados**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HAZLETT-STEVENSON H.; BORKOVEC T.D. Effects of worry and progressive relaxation on the reduction of fear in speech phobia: an investigation of situational exposure. **Behaviour Therapy**, New York, v.32, p.503-517, 2001.

HEIMBERG, R.G.; MUELLER, G.P.; HOLT, C.S.; HOPE, D.A.; LIEBOWITZ, M.R. Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: the Social Interaction and Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. **Behaviour Therapy**, New York, v. 23, p. 53-57, 1992.

HETEM, L.A.B.; DE SOUZA, C.J.; GUIMARÃES, F.S.; ZUARDI, A.W.; GRAEFF, F.G. Effect of d-fenfluramine on human experimental anxiety. **Psychopharmacology**, Baltimore, v.127, p. 276-282, 1996.

HIDALGO, R.B.; BARNETT, S.D.; DAVIDSON, J.R. Social anxiety disorder in review: two decades of progress. **International Journal of Neuropsychopharmacology**, Cambridge, v. 4, n. 3, p. 279-298, 2001.

HOFMANN, S.G.; DIBARTOLO, P.M. An instrument to assess self-statements during public speaking: scale development and preliminary psycometric properties. **Behaviour Therapy**, New York, v. 31, p. 499-515, 2000.

HOFMANN, S.G.; MOSCOVITCH, D.A.; LITZ, B.T.; KIM, H.J.; DAVIS, L.L.; PIZZAGALLI, D.A. The worried mind: autonomic and prefrontal activation during worrying. **Emotion**, Washington, v.5, n. 4, p. 464-475, 2005.

HOYER, J.; KUNST, H.; SCHMIDT, A. Social phobia as a comorbid condition in sex offenders with paraphilia or impulse control disorder. **Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v. 189, n. 7, p. 463-470, 2001.

HSIAO, J.K.; BARTKO, J.J.; POTTER, W.Z. Diagnosing diagnoses. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 46, p.664-667, 1989.

ISHIYAMA, F.I. Development and validation of a Situational Social Avoidance Scale. **Psychological Reports**, Louisville, v. 85, p. 114-120, 1999.

ITO, L.M.; RAMOS, R.T. Escalas de avaliação clínica do transtorno de pânico. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 145-156.

JEZOVA, D.; MAKATSORI, A.; DUNCKO, R.; MONCEK, F.; JAKUBEK, E. High trait anxiety in healthy subjects is associated with low neuroendocrine activity during psychosocial stress. **Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry**, Oxford, v.28, p.1331-1336, 2004.

JOHNSON, H.S.; DAVIES, C.A.; MCKEON, N.D.; INDERBITZEN-NOLAN, N. New self report measures for social anxiety: investigating the sensitivity and specificity of the MASC and the SPIN in an adolescent population. In: ANNUAL CONVENTION OF THE ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF BEHAVIOURAL THERAPY 36., 2002. Reno, Nevada, 2002.

JOHNSON, H.S.; INDERBITZEN-NOLAN, H.M.; ANDERSON, E.M. The social phobia inventory: validity and reliability in an adolescent community sample. **Psychological Assessment**, Arlington, v. 18, n. 3, p. 269-277, 2006.

JORGE, M.R. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. **Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 53-58.

KATZELNICK, D.J.; KOBAK, K.A.; DELEIRE, T.; HENK, H.S.; GREIST, J.H.; DAVIDSON, J.R.; SCHNEIER, F.R.; STEIN, M.B.; HELSTAD, C.P. Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. **American Journal of Psychiatry**, Hanover, v. 158, n. 12, p. 1999-2007, 2001.

KESSLER, R.C.; STEIN, M.B.; BERGLUND, P. Social phobia subtypes in national comorbidity survey. **American Journal of Psychiatry**, Hanover, v. 155, n. 5, p. 613-619, 1998.

KOBAK, K.A.; SCHAETTLE, S.G.; GREIST, J.H.; JEFFERSON, J.W.; KATZELNICK, D.J.; DOTTL, S.L. Computer-administered rating scales for social anxiety in a clinical drug trial. **Depression and Anxiety**, New York, v. 7, n. 3, p. 97-104, 1998.

LÉPINE, J.P. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. **Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 63, suppl. 14, p. 4-8, 2002.

LÉPINE, J.P.; GASQUET, I.; KOVESH, V.; ARBABZADEH-BOUCHEZ, S.; NÈGRE-PAGÈS, L.; NACHBAUR, G.; GAUDIN, A.F. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population. **Encephale**, Paris, v. 31, n. 2, p. 182-194, 2005.

LIEBOWITZ, M.R.; FYER, H.J.; GORMAN, J.M.; DILLON, D.; DAVIES S.; STEIN, J.M. COHEN, B.S.; KLEIN, D.F. Specificity of lactate infusions in social phobia versus panic disorders. **American Journal of Psychiatry**, Hanover, v. 142, n.8, p. 947-950, 1985.

LIEBOWITZ, M.R. Social Phobia. In: KLEIN, D.F. (Ed.). **Anxiety**. Basel: Karger, 1987. p 141-173.

LIEBOWITZ, M.R.; MANGANO, R.M.; BRADWYN, J.; ASNES, G.; SAD STUDY GROUP. A randomized controller trial of venlafaxine extended release in generalized social anxiety disorder. **Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v.66, n. 2, p. 238-247, 2005.

LIPSITZ, J.D.; SCHNEIER, F.R. Social phobia. Epidemiology and cost of illness. **Pharmacoeconomics**, Auckland, v. 18, n. 1, p. 23-32, 2000.

LOTUFO NETO, F. Escalas para avaliação de fobias. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 157-164.

MANCINI, C.; AMERINGEN, M.V. Paroxetine in social phobia. **Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 57, n. 11, p. 519-522, 1996.

MARI, J.J. Adaptação, validação e confiabilidade dos instrumentos de pesquisa aplicados em Psiquiatria. In: CENTRO DE PESQUISA EM PSICOLOGIA CLÍNICA (Ed). **Escalas de avaliação para monitorização de tratamento com psicofármacos**. São Paulo: Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia, 1989. p. 21-29.

MARKS, I.M.; MATHEWS, A.M. Brief standard self-rating for phobic patients. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 17, p. 263-267, 1979

MARQUES, C.S; MENDLOWICZ, M.; FIGUEIRA, I.; COSCARELLI, P.; NARDI, A.E.; ANDRADE, Y.; CAMISÃO, C.; VERSIANI, M. Comorbidade, fobia social e transtorno do pânico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 143-148, 1995a.

MARQUES, C.S.; FIGUEIRA, I.; MENDLOWICZ, M.; NARDI, A.E.; ANDRADE, Y.; COSCARELLI, P.; CAMISÃO, C.; VERSIANI, M. Comorbidade ; fobia social e transtorno obsessivo-compulsivo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p. 33-39, 1995b.

MARTÍN-SANTOS, R.; CRIPPA, J.A.S. Transtornos de ansiedad en atención primaria. In: SOLÁ, V.P. (Org.). **Abordaje de los problemas de salud mental en el ámbito extrahospitalario**. Barcelona: Profármaco, 2003. p. 17-31.

MATHEW, S.J.; COPLAN, J.D.; GORMAN, J.M. Neurobiological mechanisms of social anxiety disorder. **American Journal of Psychiatry**, Hanover, v. 158, n.10, p. 1558-1567, 2001.

MAUSS I.B.; WILHELM F.H.; GROSS J.J. Autonomic recovery and habituation in social anxiety. **Psychophysiology**, Baltimore, v. 40, p.648-653, 2003.

MENEZES, P.R.; NASCIMENTO, A.F. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em Psiquiatria. In: CENTRO DE PESQUISA EM PSICOLOGIA CLÍNICA (Ed.). **Escalas de avaliação para monitorização de tratamento com psicofármacos**. São Paulo: Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia, 1989. p. 23-28.

MENDEZ, F.; XAVIER, J.; CANDIDO, J.; HIDALGO, D. La version espanola abrevial de “Cuestionario de confianza para hablar en publico” (Personal Report of Confidence as Speaker): fidelidad y validez en poblacion adolescent. **Revista Internacional de Psicología Clínica de las Salud**, Granada, v.21, n. 1, p.25-42, 2004.

MENINGAUD, J.P.; BENADIBA, L.; SERVANT, J.M.; HERVE, C.; BERTRAND, J.C.; PELICIER, Y. Depression, anxiety and quality of life: outcome 9 months after facial cosmetic surgery. **Journal of Craniomaxillofacial Surgery**, Stuttgart, v. 31, n. 1, p. 46-50, 2003.

MCCROSKEY, J.C. Validity of the PRCA as an index of oral communication apprehension. **Communication Monographs**, Falls Church, v. 45, p. 192- 203, 1997.

MCLENNAN, W. **Mental Health and wellbeing: profile of adults**. Australia Canberra: Australian Bureau of Statistics, 1997.

MCNAIR, D.M.; FRANKENTHALER, L.M.; LZERLINSKY, T.; WHITE, T.W.; SASSON, S.; FISHER, S. Simulated public speaking as a model of clinical anxiety. **Psychopharmacology**, Baltimore, v. 77, p. 7-10, 1982.

MOHAMMADI, M.R.; GHANIZADEH, A.; MOHAMMADI, M.; MESGRPOUR, B. Prevalence of social phobia and its comorbidity with psychiatric disorders in Iran. **Depression and Anxiety**, New York, v.23, n.7, p.405-411, 2006 .

MONTEIRO-DOS-SANTOS, P.C.; GRAEFF, H.R.; DOS-SANTOS, J.E.; RIBEIRO, R.P.P.; GUIMARÃES, F.S.; ZUARDI, A.W. Effects of tryptophan depletion on anxiety induced by simulated public speaking. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**. São Paulo, v. 33, n. 5, p. 581-587, 2000.

MOUTIER, C.Y.; STEIN, M.B. The history, epidemiology, and differential diagnosis of social anxiety disorder. **Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 60, suppl. 9, p. 4-8, 1999.

NARDI, A.E. O tratamento farmacológico da fobia social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 249-257, 1999.

NEWELL, R.; MARKS, I. Phobic nature of social difficulty in facially disfigured people. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 176, p. 177-181, 2000.

NEWMAN, M.G.; KACHIN, K.E.; ZUELLIG, A.R.; CONSTANTINO, M.J.; CASMAN-MCGRATH, L. The social phobia diagnostic questionnaire: preliminary validation of a new self-report diagnostic measure of social phobia. **Psychological Medicine**, London, v. 33, p. 623-635, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

OSÓRIO, F.L.; CRIPPA, J.A.C.; LOUREIRO, S.R. Instrumentos de avaliação do Transtorno de ansiedade social. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 73-83, 2005.

OSÓRIO, F.L.; CRIPPA, J.A.S.; LOUREIRO, S.R. Experimental models for the evaluation of speech and public speaking anxiety: A critical review of the designs adopted. **The Journal of Speech – Language Pathology and Applied Behavior Analysis**, v. 2.4 – 3.1, p. 97-121, 2008.

PAES DE BARROS, T. **Perfil psicopatológico e transtorno de personalidade em uma amostra de pacientes com diagnóstico de Fobia Social**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1996.

PALMA, J.M.; GUIMARÃES, F.S.; ZUARDI, A.W. Anxiety induced by simulated public speaking and stroop colour word test in healthy subjects: effects of different trait anxiety levels. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, São Paulo, v. 27, p. 2895-2902, 1994.

PARENTE, A.C.B.V.; GARCIA-LEAL, C.; DEL-BEN, C.M.; GUIMARÃES, F.S.; GRAEFF, F.G. Subjective and neurovegetative changes in healthy volunteers and panic patients performing simulated public speaking. **European Neuropsychopharmacology**, Amsterdam, v.15, p. 663-671, 2005.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2003.

PATEL, A.; KNAPP, M.; HENDERSON, J.; BALDWIN, D. The economic consequences of social phobia. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 68, n. 2-3, p. 221-233, 2002.

PAUL, G.I. **Insight and desensitization in psychotherapy: an experimental in anxiety reduction**. Stanford: Stanford University Press, 1966.

PÉLISSOLO, A.; HURON, C.; FANGET, F.; SERVANT, D.; STITI, S.; RICHARD-BERTHE, C.; BOYER, P. Clinical and therapeutic characteristics of social phobia in French psychiatry. **Encephale**, Paris, v. 32 (1 Pt 1), p. 106-112, 2006.

PERUGI, G.; FRARE, F.; MADARO, D.; MAREMMANI, I.; AKISKAL, H.S. Alcohol abuse in social phobic patients: is there a bipolar connection?. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 68, n. 1, p. 33-39, 2002.

PHILLIPS, G.C.; JONES, G.E.; RIEGER, E.R.; SNELL, J.B. Normative data for the personal report of confidence as a speaker. **Journal of Anxiety Disorder**, New York, v.11, p.215-220, 1997.

PICON, P. **Desenvolvimento da versão em português do Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) e estudos de fidedignidade e validade em amostras populacional e clínica brasileiras**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

PICON, P.; GAUER, G.J.C.; FACHEL, J.M.G.; MANFRO, G.G. Desenvolvimento da versão em português do Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI). **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.27, n.1, p. 40-50, 2005a.

PICON, P.; GAUER, G.J.C.; HIRATA, V.W.; HAGGSTRAN, L.M.; BUDEL, D.C.; TURNER, S.M.; MANFRO, G.G. Reliability of the social phobia and anxiety inventory (SPAI) portuguese version in a heterogeneous sample of brazilian university students. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 124-130, 2005b.

PICON, P.; GAUER, G.J.C.; FACHEL, J.M.G.; BEIDEL, D.C.; SEGANFREDO, A.C.; MANFRO, G.G. The portuguese language version of Social Phobia and Anxiety Inventory: analysis of itens and internal consistency in a brazilian sample of 1014 undergraduate students. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, p. 114-119, 2006.

PINTO-ANTHONY, P.; KATHARINE, A. Social anxiety in body dysmorphic disorder. **Body-Image**, Amsterdam, v. 2, n.4, p.401-405, 2005.

PINTO-GOUVEIA, J.; CUNHA, M.I.; SALVADOR, M.C. Assessment of Social Phobia by self-report questionnaires: the Social Interaction and Performance Anxiety and Avoidance Scale and the Social Phobia Safety Behaviours Scale. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, London, v. 31, p. 291-311, 2003.

POLLACK, M.H. Comorbidity, neurobiology, and pharmacotherapy of social anxiety disorder. **Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 62, suppl. 12, p.24-29, 2001.

PUIGSERVER, A.; MARTINEZ-SILVA, J.M.; GARCIA-SANCHES, F.A.; GOMEZ-AMOR, J. Individual differences in psychophysiological and subjective correlates of speech anxiety. **Journal of Psychophysiology**, Amsterdam, v.3, p. 75-81, 1989.

RADOMSKY, A.S.; ASHBAUGH, A.R.; SAXE, M.L.; OUMET, A.J.; GOLDEN, E.R.; LAVOIE, S.L.; O'CONNOR, K.P. Psychometric properties of the French and English versions of the Social Phobia Inventory. **Canadian Journal of Behavioural Science**, Toronto, v. 38, n. 4, p. 354-360, 2006.

RAJ, B.A.; SHEEHAN, D.V. Social anxiety disorder. **Medical Clinics of North America**, Philadelphia, v.85, n.3, p. 711-733, 2001.

RANTA, K.; KALTIALA-HEINO, R.; RANTANEN, P.; TUOMISTO, M.T.; MARTTUNEN, M. Screening social phobia in adolescents from general population: the validity of the Social Phobia Inventory (SPIN) against a clinical interview. **European Psychiatry**, Paris, v. 22, n. 4, p. 244-251, 2007.

RENNEBERG, B.; STRÖHLE, A. Social anxiety disorders. **Nervenarzt**, Berlin, v. 77, n. 9, p. 1123-1131, 2006.

RIES, B.J.; MCNEIL, D.W.; BOONE, M.L.; TURK, C.L.; CARTER, L.E.; HEIMBERG, R.G. Assessment of contemporary social phobia verbal report instruments. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 36, n. 10, p. 983-984, 1998.

ROSSER, S.; ERSKINE, A.; CRINO, R. A cross-cultural comparison of social phobia symptoms. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Victoria, v.38, n.4, p. 233-239, 2004.

SAAB, P.G.; MATTHEUS, K.A.; STONEY, C.M.; MCDONALD, R.H. Premenopausal and postmenopausal women differ in their cardiovascular and neuroendocrine responses to behavioral stressors. **Psychophysiology**, Baltimore, v.26, p. 270-280, 1989.

SAAB, P.G.; LLABRE, M.M.; HURWITZ, B.; FRAME, C.A.; REINEKE, L.J.; FINS, A.I.; MCCALLA, J.; CIEPLY, L.K.; SCHNEIDERMAN, N. Premenopausal and peripheral vascular responses to behavioral challenges and their stability in black and white Americans. **Psychophysiology**, Baltimore, v.29, p.384-397, 1992.

SAKURAI, A.; NAGATA, T.; HARAI, H.; YAMADA, H.; MOHRI, I.; NODA, Y.; OGAWA, J.; LEE, K.; FURUKAWA, T. Is relationship fear unique to Japan? Symptom factors and patient clusters of social anxiety disorder among the Japanese clinical population. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v.87, n.1, p.131-137, 2005 .

SAREEN, J.; STEIN, M. A review of the epidemiology and approaches to the treatment of social anxiety disorder. **Drugs**, New York, v. 59, n. 3, p. 497-509, 2000.

SAREEN, J.; HOULAHAN, T.; COX, B.J.; ASMUNDSON, G.J. Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the National Comorbidity Survey. **Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v. 193, n. 7, p. 450-454, 2005.

SAVITSKY, K.; GILOVICH, T. The illusion of transparency and the alleviation of speech anxiety. **Journal of Experimental Social Psychology**, New York, v.39, p.618-625, 2003.

SAWYER, C.R.; BEHNKE, R.R. Behavioral inhibition and the communication of public speaking state anxiety. **Western Journal of Communication**, Portland, v.66, n.4, p.412-422, 2002.

SCHNEIER, F.R.; JOHNSON, J.; HOMIG, C.D.; LIEBOWITZ, M.R.; WEISSMAN, M.M. Social phobia: comorbidity and morbidity in na epidemiologic sample. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 49, n. 4, p.282-288, 1992.

SCHNEIER, F.R.; HECKELMAN, L.R.; GARFINKEL, R.; CAMPEAS, R.; FALLON, B.A.; GITOW, A.; STREET, L.; DELBENE, D.; LIEBOWITZ, M.R. Functional impairment in social phobia. **Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 55, n. 8, p. 322-331, 1994.

SCHWERDTFEGGER, A. Predicting autonomic reactivity to public speaking: don't get fixed on self-reported data!. **International Journal of Psychophysiology**, Amsterdam, v.52, p.217-224, 2004.

SIDDLE, D.A.; LIPP, O.V.; DALL, P. The effects of task type and task requirements on the dissociation of skin condutance responses and secondary task probe reaction time. **Psychophysiology**, Baltimore, v.33, p.73-83, 1996.

SILVA, M.; HETEM, L.A.B.; GUIMARÃES, F.S.; GRAEFF, F.G. Opposite effects of nefazodone in two human models of anxiety. **Psychopharmacology**, Berlim, v. 156, p. 454-460, 2001.

SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L.; LUSHINE, R.E. **Manual for the state-trait anxiety inventory**. Palo Alto, Califórnia: Consulting Psychologists Press, 1970.

STEIN, M.B.; WALKER, J.R.; FORDE, D.R. Setting diagnostic thresholds for social phobia: considerations from a community survey of social anxiety. **American Journal of Psychiatry**, Hanover, v.151, p. 408-412, 1994.

STEIN, M.B.; WALKER, J.R.; FORDE, D.R. Public speaking fears in a community sample. Prevalence, impact on functioning and diagnostic classification. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v.53, p.169-174, 1996.

STEIN, M.B.; FYER, A.J.; DAVIDSON, J.R.; POLLACK, M.H.; WIITA, B. Fluvoxamine treatment of social phobia: a double- blind, placebo-controlled study. **American Journal Psychiatry**, Hanover, v. 156, n.5, p.756-760, 1999.

STEIN, M.B.; ROY-BYRNE, P.P; CRASKE, M.G.; BYSTRITSKY, A.; SULLIVAN, G.; PYNE, J.M.; KATON, W.; SHERBOURNE, C.D. Functional impact and health utility of anxiety disorders in primary care outpatients. **Medical Care**, Philadelphia, v. 43, n. 12, p. 1164-1170, 2005.

STREINER, D.L. A checklist for evaluating the usefulness of rating scales. **Canadian Journal of Psychiatry**, Ottawa, v. 38, n. 2, p.140-148, 1993.

STREINER, D.L.; NORMAN, G.R. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. 3 Th ed. London: Oxford University Press, 2003.

TADA, K.; KOJIMA, T. Social phobia with somatic symptoms including nausea and urgency of micturition. **Seishin Shinkeigaku Zasshi**, Tokyo, v. 102, n. 4, p. 355-366, 2000.

TAYLOR, S.; WOODY, S.; MCLEAN, P.D.; KOCH, W.J. Sensitivity of outcome measures for treatments of generalized social phobia. *Assessment*, New York, v. 4, n.2, p.181-191, 1997.

TERRA, M.B.; BARROS, H.M.; STEIN, A.T.; FIGUEIRA, I.; JORGE, M.R.; PALERMO, L.H.; ATHAYDE, L.D.; GONÇALVES, M.S.; SPANEMBERG, L.; POSSA, M.A.; DARUY FILHO, L.; SILVEIRA, D.X. Social anxiety disorder in 300 patients hospitalized for alcoholism in Brazil: high prevalence and undertreatment. **Comprehensive Psychiatry**, New York, v. 47, n. 6, p. 463-467, 2006.

THARWANI, H.M.; DAVIDSON, R.T. Symptomatic and functional assessment of social anxiety disorder in adults. **Psychiatric Clinics of North American**, Philadelphia, v. 24, n. 4, p.643-659, 2001.

TILLFORS, M.; FURMARK, T.; MARTEINSDOTTIR, I.; FISCHER, H.; PISSIOTA, A.; LANGSTRÖM, B.; FREDRIKSON, M. Cerebral blood flow in subjects with social phobia during stressful speaking tasks: a PET study. **American Journal of Psychiatry**, Hanover, v.158, n.8, p.1220-1226, 2001.

TRIKKAS, G.; NIKOLATOU, O.; SAMARA, C.; BAZOPOULOU-KYRKANIDOU, E.; RABAVILAS, A.D.; CHRISTODOULOU, G.N. Glossodynia: personality characteristics and psychopathology. **Psychotherapy and Psychosomatics**, Basel, v. 65, n. 3, p. 163-168, 1996.

TURNER, S.M.; BEIDEL, D.C.; DANCU, C.V. **Social Phobia and Anxiety Inventory Manual**. North Tonawanda, New York: Multihealth Systems, 1995.

TURNER, S.M.; JOHNSON, M.R.; BEIDEL, D.C.; HEISER, N.A.; LYDIARD, R.B. The Social Thoughts and Beliefs scale: a new inventory for assessing cognitions in social phobia. **Psychological Assessment**, Arlington, v. 15, n. 3, p. 384-391, 2003.

VAN-AMERINGEN, M.; LANE, R.M.; WALKER, J.R.; BOWEN, R.C.; CHOKKA, P.R.; GOLDENER, E.M.; JOHNSTON, D.G.; LAVALLEI, Y.J.; NANDY, S.; PECKNOLD, J.C. Sertraline treatment of generalized social phobia: a 20-week, double-blind, placebo-controlled study. **American Journal Psychiatry**, Hanover, v. 158, n. 2, p. 275-281, 2001.

VAN AMERINGEN, M.; ALLGULANDER, C.; BANDELOW, B.; GREIST, J.H.; HOLLANDER, E.; MONTGOMERY, S.A.; NUTT, D.J.; OKASHA, A.; POLLACK, M.H.; STEIN, D.J.; SWINSON, R.P.; WORLD COUNCIL OF ANXIETY. WCA

recommendations for the long-term treatment of social phobia. **CNS Spectrums**, New York, v. 8, suppl. 1, p. 40-52, 2003.

VASSEND, O.; KNARDAHL, S. Personality, affective response, and facial blood flow during brief cognitive tasks. **International Journal of Psychophysiology**, Amsterdam, v.55, p.265-278, 2005.

VENTURA, P.; NARDI, A.E.; SABOYA, E.; PINTO, S.; FIGUEIRA, I.; MENDLOWICKS, M.; MORAES, A.; VERSIANI, M. Suicídio em fobia social. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 163-165, 1992.

VERSIANI, M. Princípios Gerais básicos das escalas de avaliação. In: CENTRO DE PESQUISA EM PSICOLOGIA CLÍNICA (Ed). **Escalas de avaliação para monitorização de tratamento com psicofármacos**. São Paulo: Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia, 1989. p. 1-13.

VILELA, J.A.A. **Estudo da confiabilidade e validade da escala de avaliação de mania-versão modificada da Young Mania Rating Scale**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

VILETE, L.M.P. **Tradução, adaptação para o português e estudo da qualidade de uma escala para a identificação da fobia social em uma população de adolescentes**. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

WALKER, J.R.; VAN-AMERINGEN, M.A.; SWINSON, R.; BOWEN, R.C.; CHOKKA, P.R.; GOLDNER, E.; JOHNSTON, D.C.; LAVALLIE, Y.J.; NANDY, S.; PECKNOLD, J.C.; HADRAVA, V.; LANE, R.M. Prevention of relapse in generalized social phobia: results of a 24-week study in responders to 20 weeks of sertraline treatment. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, Memphis, v. 20, n. 6, p. 636-644, 2000.

WATSON, D.; FRIEND, R. Measurement of social evaluative anxiety. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 33, p. 448-457, 1969.

WEEKS, J.W.; SPOKAS, M.E.; HEIMBERG, R.G. Psychometric evaluation of the Mini-Social Phobia Inventory (Mini-Spin) in a treatment-seeking sample. **Depression and Anxiety**, New York, v. 24, p. 382-391, 2007.

WELLS, A.; CLARK, D.M. Social phobia: a cognitive approach. In: DAVEY, G.C.L. (Ed.). **A handbook of theory, research and treatment**. Chichester: John Wiley e Sons, 1997.

WELLS, A.; CLARK, D.M.; AHMAD, S. How do I look with my mind's eye: perspective talking in social phobia imagery. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 36, n.6, p. 631-634, 1998.

WILSON, I. Screening for social anxiety disorder in first year university study – a pilot study. **Australian Family Physician**, Sydney, v. 34, n. 11, p.983- 984, 2005.

WILSON, K.A.; HAYWARD, C. Unique contributions of anxiety sensitivity to avoidance: a prospective study in adolescents. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 44, n. 4, p. 601-609, 2006.

WITTCHEN, H.U.; FEHM L. Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. **Psychiatric Clinics of North American**, Philadelphia, v. 24, n. 4, p. 617-641, 2001.

WITTCHEN, H.U.; FEHM, L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 417, p. 4-18, 2003.

YAO, S.N.; NOTE, I.; FANGET, F.; ALBUISSON, E.; BOUVARD, M.; JALENQUES, I.; COTTRAUX, J. L'anxiété sociale chez les phobiques sociaux: validation de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (version française). **Encephale**, Paris, v. 25, n. 5, p. 429-435, 1999.

ZHANG, W.; CONNOR, K.M.; DAVIDSON, J.R. Leviteracetam in social phobia: a placebo controlled pilot study. **Journal of Psychopharmacology**, Oxford, v. 19, n. 5, p. 551-553, 2005.

ZUARDI, A.W.; Karniol, I.G. Estudo transcultural de uma escala de auto-avaliação para estados subjetivos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 403-406 , 1981.

ZUARDI, A.W.; COSME, R.A.; GRAEFF, F.G.; GUIMARÃES, F.S. Effect of ipsapirone and cannabidiol on human experimental anxiety. **Journal of Psychopharmacology**, Oxford, v.7, p.82-88, 1993.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Inventário de Fobia Social (SPIN) – versão para o português.

INVENTÁRIO DE FOBIA SOCIAL (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.

0001002324594

	nada	um pouco	moderadamente	bastante	extremamente
	0	1	2	3	4
1. Tenho medo de autoridades	☐	☐	☐	☐	☐
2. Incomodo-me por ficar vermelho na frente das pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
3. Festas e eventos sociais me assustam	☐	☐	☐	☐	☐
4. Evito falar com pessoas que não conheço	☐	☐	☐	☐	☐
5. Fico muito assustado ao ser criticado	☐	☐	☐	☐	☐
6. Evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado	☐	☐	☐	☐	☐
7. Transpirar na frente das pessoas me incomoda	☐	☐	☐	☐	☐
8. Evito ir a festas	☐	☐	☐	☐	☐
9. Evito atividades nas quais sou o centro das atenções	☐	☐	☐	☐	☐
10. Conversar com estranhos me assusta	☐	☐	☐	☐	☐
11. Evito falar para uma platéia ou dar discursos (ex. apresentações em sala de aula)	☐	☐	☐	☐	☐
12. Faço qualquer coisa para não ser criticado	☐	☐	☐	☐	☐
13. Sentir palpitações cardíacas me incomoda quando estou no meio de outras pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
14. Tenho receio de fazer coisas quando posso estar sendo observado	☐	☐	☐	☐	☐
15. Ficar envergonhado ou parecer bobo são meus maiores temores	☐	☐	☐	☐	☐
16. Evito falar com qualquer autoridade	☐	☐	☐	☐	☐
17. Tremer ou estremecer na frente das outras pessoas me angustia	☐	☐	☐	☐	☐

COPYRIGHT Jonathan Davidson (1995)
Tradução e adaptação para o Português:
Crippa JAS, Graeff FG, Zuairi AW,
Hetem LA, Busatto GF, Loureiro SR (2003).
Diagramação: Marcelo Mazza (2004).

APÊNDICE B - Escala para Auto-avaliação ao Falar em Público (SSPS) – versão para o português.

AUTO-AVALIAÇÃO AO FALAR EM PÚBLICO

Por favor, imagine as coisas que você costuma pensar, sobre si mesmo, quando se encontra em alguma situação em que tenha que falar em público. Tendo em mente estas situações, até que ponto você concorda com as afirmações abaixo? Por favor, dê uma nota de 0 (se você discorda totalmente) a 5 (se você concorda inteiramente com a afirmação).

0003002300017

1. O que tenho a perder? Vale a pena tentar	0	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sou um fracasso.	0	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Esta é uma situação difícil, mas posso dar conta dela.	0	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Um fracasso nesta situação seria mais uma prova de minha incompetência.	0	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Mesmo que não dê certo, não é o fim do mundo.	0	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Posso dar conta de tudo.	0	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Qualquer coisa que eu disser vai parecer bobagem.	0	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Acho que vou me dar mal de qualquer jeito.	0	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ao invés de me preocupar, eu poderia me concentrar no que quero dizer.	0	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Eu me sinto desajeitado e tolo, certamente eles vão notar.	0	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐	☐

COPYRIGHT Stefan G. Hofmann (2000)
 Tradução e adaptação para o Português:
 Crippa JAS, Osório F, Graeff FG, Zuardi AW,
 de Pinho M, Chaves M, Loureiro SR (2004).
 Diagramação: Marcelo Mazza (2004).

APÊNDICE C – Protocolo para Registro de Entrevista Telefônica I.

NOME: _____

CURSO: _____ ANO: _____

TELEFONES: A) _____

B) _____

E-MAIL: _____

Começar afirmando: “Eu vou lhe fazer algumas perguntas, que vão durar mais ou menos 5 minutos, e eu gostaria que você respondesse de modo mais sincero possível. As informações que você fornecer vão ser tratadas de forma sigilosa”.

F. ANSIEDADE E OUTROS TRANSTORNOS

FOBIA SOCIAL			
F47	?	-	+
F48	?	-	+
F49	?	-	+
F50	?	-	+
F51	?	-	+
F52	?	-	+
F53	?	-	+
F54	?	-	+
F55	?	-	+
F56	?	-	+
F57	?	-	+
F58	?	-	+
F59	?	-	+
F60	?	-	+
F61	?	-	+
F62	?	-	+
F63	?	-	+
F64	?	-	+
F65	?	-	+
F66	?	-	+

DIAGNÓSTICO DE FOBIA SOCIAL? SIM ☐

NÃO ☐

APÊNDICE D – Questionário de Identificação.

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

Número: 0003002324846

Nome: _____

Data de Nascimento: / / Idade: anos
 Sexo: ☐ Feminino
☐ Masculino

Procedência: _____

Atividade Profissional: _____

 Universidade: ☐ USP
☐ UNIFRAN

 Curso: _____ Ano: _____ Nível: ☐ Graduação
☐ Pós-graduação

Endereço: _____

Cidade: _____

Telefone para contato 1: Telefone para contato 2:

E-mail: _____

Faz uso contínuo de alguma medicação ?

☐ Não ☐ Sim

especificar:

Nome: _____	Nome: _____
Período de uso: _____	Período de uso: _____
Dosagem: _____	Dosagem: _____
Nome: _____	Nome: _____
Período de uso: _____	Período de uso: _____
Dosagem: _____	Dosagem: _____

 Diagramação
 Marcelo Mazza

APÊNDICE E – Protocolo de Coleta de Dados.

REGISTRO - COLETA DE DADOS

Projeto de pesquisa: Transtorno de Ansiedade Social: Validação de instrumentos de auto e hetero-avaliação

Data:/...../.....

Curso:

Turma: Disciplina:

Aplicador:

Nº de alunos presentes em sala aula	
Nº de alunos (após explicação geral e...)	- antes TCLE
	- após TCLE

	Horas	Minutos
Hora de início		
1º aluno a entregar		
Último aluno a entregar		

Perguntas realizadas	Instrumento	Item

Intercorrências: () Não () Sim – Quais?

.....

.....

.....

APÊNDICE F – Protocolo Pós-Coleta de dados.

REGISTRO - PÓS-COLETA DE DADOS

Projeto de pesquisa: Transtorno de Ansiedade Social: Validação de instrumentos de auto e hetero-avaliação

Data:/...../..... Curso:

Turma: Disciplina:

Aplicador:

Nº de questionários aplicados	
--------------------------------------	--

Nº de sujeitos incluídos completos (TCLE, Identificação, Instrumentos)	
--	--

Nº sujeitos duvidosos (falta informação)	- TCLE (exclusão)	
	- Identificação	
	- Instrumentos	

IDENTIFICAÇÃO – Providências () não () sim			
Nº sujeito	qual	colaborador	desfecho

INSTRUMENTOS – Providências () não () sim				
Nº sujeito	Instr/o	qual	colaborador	desfecho

Nº FINAL SUJEITOS INCLUÍDOS	
------------------------------------	--

APÊNDICE G – Protocolo para aplicação coletiva dos instrumentos.

PROJETO DE PESQUISA: TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE AUTO E HETEROAVALIAÇÃO

- Instruções para a Aplicação Coletiva –

- 1) anotar o nº de alunos presentes na sala;
- 2) explicação geral e sucinta sobre a atividade: “Estamos solicitando a participação dos alunos da FMRP-USP numa pesquisa sobre Fobia Social/ Transtorno de Ansiedade Social, que vem sendo realizada por psiquiatras e psicólogos do HC-FMRP-USP, a qual já fora aceita e aprovada pela Faculdade e pelo Comitê de Ética. Gostaríamos agora de contar com a sua colaboração voluntária”
- 3) solicitar que os alunos que tenham interesse em participar, permaneçam na sala para que seja lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com explicações mais detalhadas sobre o projeto, e que os que não concordarem com a participação, que retirem-se da sala;

⇒ após saída dos que não participarão:

- 4) entregar para cada participante 2 vias do TCLE;
- 5) iniciar a leitura em voz alta, solicitando que os mesmos acompanhem;
- 6) após o término da leitura, solicitar que assinem o TCLE. **Recolher uma das vias.** A outra ficará com o participante (isto é muito importante);

Apenas deverão permanecer na sala os participantes que devidamente assinarem o TCLE!

Os participantes que após a leitura do TCLE resolverem por qualquer motivo não participar, deverão devolver as 2 vias do TCLE e retirarem-se da sala.

- 7) não esquecer de preencher o quadro com o nº de participantes antes e depois do TCLE na folha de registro;
- 8) só então será entregue um caderno para cada participante, solicitando que só abram e iniciem o preenchimento após todos receberem;
- 9) falar que as instruções gerais para preenchimento constam por escrito na 1ª folha do caderno;
- 10) anotar hora de início;
- 11) anotar hora de entrega do 1º participante;
- 12) a medida que os participantes forem entregando os cadernos, verificar:
 - a) todos os dados do questionário de identificação foram preenchidos ?
 - b) todos os instrumentos foram preenchidos corretamente ?
 - c) há dúvidas quanto ao preenchimento de algum item (por exemplo, 2 caselas assinaladas, rasuras não intelegíveis...) ?
- 13) anotar hora de entrega do último participante;
- 14) anotar na folha de registro eventuais dúvidas e intercorrências.

APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Estudo 1.

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -

A Ansiedade Social ou Fobia Social é um transtorno de ansiedade que se caracteriza por sentir-se incomodado em situações sociais nas quais se está muito próximo de outras pessoas. As pessoas que experimentam este transtorno muitas vezes tendem a evitar as situações sociais, o que pode dificultar os relacionamentos e a carreira profissional. Para conhecer e melhor identificar este transtorno, estamos solicitando sua participação em responder alguns instrumentos dos tipos escala e questionário que têm por objetivo identificar pessoas jovens que possam estar tendo esta dificuldade. Com isto, conheceremos se estes instrumentos são adequados para identificar a Ansiedade Social.

A Ansiedade Social é considerada hoje um transtorno que pode ser tratado com bons resultados. Caso você aceite participar, estará nos ajudando a melhorar a possibilidade de identificar este transtorno em pessoas adultas, beneficiando no futuro outras pessoas, que precocemente poderão ser diagnosticadas e tratadas. Vale a pena salientar que só o resultado positivo nos instrumentos não é por si só indicador da Ansiedade Social, pois estes instrumentos tem uma margem de erro, e isto é parte do que queremos conhecer nesta pesquisa.

Num primeiro momento sua participação consistirá em responder por escrito, em sala de aula, a quatro instrumentos diferentes, incluindo questionário e escala, nos quais você estará avaliando seu comportamento em situações sociais e alguns sintomas físicos. Para tanto você gastará em torno de 40 minutos.

A sua participação não significa nenhum ônus ou risco para você ou para a sua saúde. Caso no decorrer das atividades desista de participar, poderá entregar os questionários sem, ou antes de terminar de respondê-los, sem qualquer constrangimento.

Se por acaso você for identificado como portador deste transtorno, serão colocadas à sua disposição informações sobre o mesmo (sinais, sintomas, curso, prognóstico, tratamento) e encaminhamento para tratamento medicamentoso e/ou psicoterápico em serviço específico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Sem qualquer identificação dos participantes, nos comprometemos com a divulgação científica das informações colhidas e assumimos a responsabilidade por qualquer ônus que a participação no estudo possa acarretar.

Qualquer dúvida que você tenha poderá entrar em contato conosco.

Flávia de Lima Osório
Psicóloga – CRP 06/53152-3
Telefone: 6022837

Sonia Regina Loureiro
Psicóloga – CRP 06/0347
Telefone: 6250309

Eu,.....,
RG, tendo lido as informações acima,
voluntariamente concordo em participar do referido projeto de pesquisa, estando
ciente dos meus direitos e da possibilidade de desistência sem quaisquer ônus ou
prejuízo.

Assinatura

APÊNDICE I- Escala Breve de Fobia Social (BSPS) - versão para o português.

Escala Breve de Fobia Social (BSPS)

Tradução e adaptação para o Português: Crippa JAS, Graeff FG, Zuardi AW, Hetem LA, Busatto GF, Loureiro SR (2003).

Iniciais	ID	Data	Visita
----------	----	------	--------

Idade	Estado Civil	☐ Casado ☐ Separado ☐ Viúvo ☐ Solteiro ☐ Divorciado	Nº Protocolo
Sexo	☐ Masculino ☐ Feminino		

INSTRUÇÕES

A avaliação deve ser feita levando em conta os últimos 7 dias. Se o paciente não tiver sido exposto às situações temidas na última semana avalie o medo, o comportamento de esquiva e os sintomas fisiológicos de acordo com como o paciente se sentiria se confrontado com cada situação.

Parte 1

O entrevistador deve avaliar separadamente a intensidade do medo e da esquiva anotando para cada item abaixo o escore correspondente, de acordo com os seguintes pontos de ancoragem.

Quanto você teme e evita as seguintes situações?

	Medo	Esquiva
1) Falar em público ou na frente de outras pessoas		
2) Conversar com autoridades		
3) Conversar com estranhos		
4) Ficar envergonhado ou sentir-se humilhado		
5) Ser criticado		
6) Reuniões sociais		
7) Fazer coisas enquanto está sendo observado (não inclui falar em público)		

Pontos de Ancoragem

Medo

- 0 Nenhum
- 1 Leve (Infrequente e/ou não angustiante)
- 2 Moderado (Frequente e/ou alguma angústia)
- 3 Grave (Constante, dominando a vida da pessoa e/ou claramente angustiante)
- 4 Extremo (Incapacitante e/ou muito dolorosamente angustiante)

Esquiva

- 0 Nunca
- 1 Raro (1-33%)
- 2 Algumas vezes (34-66%)
- 3 Frequente (67-99%)
- 4 Sempre (100%)

Parte 2

Quando você está numa situação que envolve contato com outras pessoas, ou quando se imagina em tal situação, você sente os seguintes sintomas? Assinale para cada item abaixo o escore correspondente aos seguintes pontos de ancoragem

1) Rubor	
2) Palpitações	
3) Tremores ou estremecimento	
4) Transpiração	

Pontos de Ancoragem

Fisiológicos

- 0 Nenhum
- 1 Leve (Infrequente e/ou não angustiante)
- 2 Moderado (Frequente e/ou alguma angústia)
- 3 Grave (Constante, dominando a vida da pessoa e/ou claramente angustiante)
- 4 Extremo (Incapacitante e/ou muito dolorosamente angustiante)

Escore total	Parte 1	Medo itens 1-7	total =	(M)
		Esquiva itens 1-7	total =	(E)
	Parte 2	Fisiológicos itens 1-4	total =	(F)

Total =
(M+E+F)

APÊNDICE J – Roteiro de Perguntas-Guia para aplicação da Escala Breve de Fobia Social (BSPS).

**ROTEIRO DE PERGUNTAS GUIAS PARA APLICAÇÃO DA ESCALA
BREVE DE FOBIA SOCIAL (BSPS)**

Instruções: “O objetivo desta entrevista é avaliar como a timidez exagerada pode estar influenciando a sua vida em vários contextos como: a escola, o trabalho e os relacionamentos”.

ITEM	PERGUNTAS-GUIAS	CRITÉRIOS DE GRAVIDADE
REUNIÕES SOCIAIS Parte 1 Item 6	<p>Considerando os últimos sete dias (se não vivenciou estas situações nos últimos sete dias, como se sentiria se vivenciasse? – Imaginar):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como foi para você freqüentar reuniões sociais (festas, reuniões familiares e com amigos)? Você temeu ou se angustiou quando teve que ir à reuniões sociais? Sentiu medo? Quanto ? Com que freqüência? O quanto as dificuldades em freqüentar reuniões sociais prejudicam sua vida? (<u>parte 1-item 6</u>) • Você evita ir a reuniões sociais? Com que freqüência? Avalie em uma escala de 0 a 100 o quanto você evita. (<u>ESQUIVA</u>) 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Considerar para medo:</u> 0- nenhum 1- leve (raramente/ poucas vezes se angustiou) 2- moderada (sempre sente medo/angústia , mas não deixa de freqüentar) 3- grave (sempre sente medo/angústia quando se confronta com qualquer reunião como : festas, reuniões familiares ou com amigos. Freqüenta somente quando extremamente necessário) 4- extremo (incapacitante/ não freqüenta reuniões sociais) • <u>Considerar para esquiva:</u> 0-nunca 1-raro (1-33%) 2- algumas vezes (34-66%) 3- freqüentemente (67-99%) 4- sempre (100%)
SINTOMAS FISIOLÓGICOS Parte 2 Item 1,2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> • Quando você está numa situação de contato com outras pessoas ou se imagina em tal situação: -Sente rubor (calor no rosto, vermelhidão)? Com que freqüência? (item 1). Avalie em uma escala de 0 a 100 o quanto você sente tal sintoma. -Sente palpitações, batadeira? Com que freqüência? (item 2) Avalie em uma escala de 0 a 100 o quanto você sente tal sintoma. -Sente tremores/ estremecimento? Com que freqüência? (item 3). Avalie em uma escala de 0 a 100 o quanto você sente tal sintoma. -Sente transpiração (sudorese)? Com que freqüência? (item 4) Avalie em uma escala de 0 a 100 o quanto você sente tal sintoma. 	<ul style="list-style-type: none"> 0- nenhum 1- leve (raramente) 2- moderada (sempre numa situação específica de interação) 3- grave (sempre que há interação) 4- extremo (constante/ incapacitante)

<p>SER OBSERVADO</p> <p>Parte 1 Item 7</p>	<p>Considerando os últimos sete dias (se não vivenciou estas situações nos últimos sete dias, como se sentiria se vivenciasse? – Imaginar):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como é para você ser observado pelas outras pessoas quando está fazendo as seguintes atividades: comer, beber, telefonar, escrever e usar banheiro público? Você teme ou se angustia? Sente medo em fazer algumas destas atividades quando está sendo observado? Com que frequência? O quanto as dificuldades de ser observado pelas pessoas ao fazer atividades prejudicam sua vida? (<u>item 7</u>) • Você evita fazer algumas destas atividades quando está sendo observado? Com que frequência? Avalie em uma escala de 0 a 100 o quanto você evita. (<u>ESQUIVA</u>) 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Considerar para medo:</u> 0- nenhum 1- leve (raramente/ poucas vezes se angustiou) 2- moderada (sempre sente medo/angústia, mas não deixa de realizar a(s) atividade(s) quando observado) 3- grave (sempre sente medo/angústia quando tem que realizar a(s) atividade(s) sendo observado e realizá-a(s) somente quando extremamente necessário) 4- extremo (incapacitante/ não realiza a(s) atividade(s) quando observado) • <u>Considerar para esquiva:</u> 0- nunca 1- raro (1-33%) 2- algumas vezes (34-66%) 3- frequentemente (67-99%) 4- sempre (100%)
<p>FALAR/ CONVERSAR</p> <p>Parte 1 Item 1,2,3</p>	<p>Considerando os últimos sete dias (se não vivenciou estas situações nos últimos sete dias, como se sentiria se vivenciasse? – Imaginar):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como é para você falar em público ou para outras pessoas (seminários, dar recados para grupos)? Você teme ou se angustia? Sente medo? Com que frequência? (<u>item 1</u>). - Você evita falar em público ou para outras pessoas? Avalie em uma escala de 0 a 100 o quanto você evita. (<u>ESQUIVA</u>) • Como é para você falar com autoridades (chefes, professores, pessoas de maior importância)? Você teme ou se angustia? Sente medo? Com que frequência? (<u>item 2</u>). - Você evita falar com autoridades? Avalie em uma escala de 0 a 100 o quanto você evita. (<u>ESQUIVA</u>) 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Considerar para medo:</u> 0- nenhum; 1- leve (raramente sente medo, poucas vezes se angustiou); 2- moderada (sempre sente medo/ angústia, mas não deixa de conversar); 3- grave (constante/ domina a vida/ conversa somente quando extremamente necessário); 4- extremo (incapacitante/ muito dolorosamente angustiante, não conversa). • <u>Considerar para esquiva:</u> 0- nunca 1- raro (1-33%) 2- algumas vezes (34-66%) 3- frequentemente (67-99%) 4- sempre (100%)

<p>Se Necessário:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como é para você falar com as pessoas estranhas? Você teme ou se angustia? Sente medo? Com que frequência? (item 3). - Você evita conversar com estranhos ? <p>Avalie em uma escala de 0 a 100 o quanto você evita. (ESQUIVA)</p> <p>De modo geral, o quanto as dificuldades de falar com as pessoas prejudicam sua vida?</p>	
<p>FICAR ENVERGONHADO</p> <p>Parte 1 Item 4</p>	<p>Considerando os últimos sete dias (se não vivenciou estas situações nos últimos sete dias, como se sentiria se vivenciasse? – Imaginar):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você se angustia, sente medo frente à possibilidade de se sentir envergonhado ou humilhado em situações de contato com as outras pessoas (conhecidas e desconhecidas) ou de desempenho de tarefas? Com que frequência? O quanto a possibilidade de se sentir envergonhado ou humilhado em situações de contato com as pessoas ou de desempenho de tarefas prejudica a sua vida? (item 4) • Você evita as situações de contato com outras pessoas ou de desempenho de tarefas, onde possa sentir-se envergonhado ou humilhado? Com que frequência? Avalie em uma escala de 0 a 100 o quanto você evita. (ESQUIVA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar para medo: 0- nenhum 1- leve (raramente/poucas vezes se angustiou) 2- moderada (frequente, quase sempre sente medo/angústia,mas não deixa de contatar com as pessoas ou realizar atividades) 3- grave (sempre sente medo/ angústia frente a possibilidade de se sentir envergonhado/ humilhado, só contatua ou realiza atividades quando extremamente necessário) 4- extremo (incapacitante/ não contatua , não realiza atividade para não se sentir envergonhado ou humilhado) <ul style="list-style-type: none"> • Considerar para esquiva: 0- nunca 1- raro (1-33%) 2- algumas vezes (34-66%) 3- frequentemente (67-99%) 4- sempre (100%).
<p>SENTIR-SE CRITICADO</p> <p>Parte 1 Item 5</p>	<p>Considerando os últimos sete dias (se não vivenciou estas situações nos últimos sete dias, como se sentiria se vivenciasse? – Imaginar):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você se angustia, sente medo frente a possibilidade de ser criticado em situações de contato com as outras pessoas ou de desempenho de tarefas? Com que frequência? O quanto a possibilidade de ser criticado em situações de contato com as pessoas ou de desempenho de tarefas prejudica a sua vida? (item 5) 	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar para medo: 0- nenhum 1- leve (raramente/poucas vezes se angustiou) 2- moderada (frequente, quase sempre sente medo/angústia, mas não deixa de realizar as tarefas) 3- grave (sempre sente medo/ angústia frente a possibilidade de se sentir criticado ou só realiza as tarefas quando extremamente necessário) 4- extremo (incapacitante/ muito dolorosamente angustiante, não realiza as tarefas por medo de ser criticado)

	<p>• Você evita as situações de contato com outras pessoas ou de desempenho de tarefas, onde possa sentir-se criticado? Com que frequência? Avalie em uma escala de 0 a 100 o quanto você evita. (<u>ESQUIVA</u>)</p>	<p>• <u>Considerar para esQUIVA:</u> 0- nunca 1- raro (1-33%) 2- algumas vezes (34-66%) 3- freqüentemente (67-99%) 4- sempre (100%)</p>
--	---	---

APÊNDICE L – Protocolo de Entrevista Telefônica II.

**PROJETO DE PESQUISA TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL:
VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE AUTO E HETERO-AVALIAÇÃO****ENTREVISTA TELEFÔNICA – PARTE 2 (SCID MÓDULOS)**

Nome N°.....

Telefone

Curso Ano

Diagnósticos: 1)

2)

3)

4)

5)

Agendado para: • ECO + escalas auto-aplicadas:

• Teste simulação falar em público:

• Ressonância Magnética:

APÊNDICE M – Escala para Auto - Avaliação ao Falar em Público – versão estado (SSPS-E).

AUTO-AVALIAÇÃO AO FALAR EM PÚBLICO - ESTADO

Imagine as coisas que você está pensando sobre si mesmo agora nesta situação de falar diante da câmera. Tendo em mente esta situação, até que ponto você concorda com as afirmações abaixo? Por favor, dê uma nota de 0 (se você discorda totalmente) a 5 (se você concorda totalmente com a afirmação).

1. O que tenho a perder? Vale a pena tentar	0	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sou um fracasso.	0	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Esta é uma situação difícil, mas posso dar conta dela.	0	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Um fracasso nesta situação seria mais uma prova de minha incompetência.	0	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Mesmo que não dê certo, não é o fim do mundo.	0	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Posso dar conta de tudo.	0	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Qualquer coisa que eu disser vai parecer bobagem.	0	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Acho que vou me dar mal de qualquer jeito.	0	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ao invés de me preocupar, eu poderia me concentrar no que quero dizer.	0	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Eu me sinto desajeitado e tolo, certamente eles vão notar.	0	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐	☐

COPYRIGHT Stefan G. Hofmann
Tradução e adaptação para o Português:
Crippa JAS, Osório F, Graeff FG, Zuardi AM,
de Pinho M, Chaves M, Loureiro SR (2004).

APÊNDICE N – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)– Estudo 3 – parte 1.

<p>PROJETO DE PESQUISA: TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL: INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO</p>
--

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Parte 1

A Ansiedade Social ou Fobia Social é um transtorno de ansiedade que se caracteriza por sentir-se incomodado em situações sociais nas quais se está muito próximo de outras pessoas, tendo que interagir com as mesmas ou realizar algo sendo observado por elas. A Ansiedade Social é considerada hoje um transtorno que pode ser tratado com bons resultados.

Estamos interessados neste estudo em verificar como pessoas com ansiedade social se comportam em um teste de ansiedade em comparação ao comportamento das pessoas que não apresentam este transtorno. Esta parte do estudo é composta de duas partes. Nesta primeira parte, sua participação consistirá em preencher escalas para nos dizer como você está se sentindo naquele momento. Estas escalas são bastante simples, mas nós faremos um treinamento antes de iniciarmos os procedimentos. Também mediremos sua pressão arterial e seu pulso. Geralmente, quando as pessoas ficam nervosas, as mãos ficam suadas. Por isso vamos verificar o suor da sua pele, através de um aparelho específico. No final desta primeira parte, nós lhe explicaremos a segunda metade do estudo e você nos dirá se deseja continuar participando do estudo ou não.

A sua participação neste estudo contribuirá para que possamos ampliar a nossa compreensão a respeito das alterações que ocorrem nas reações normais de ansiedade e também nos quadros de ansiedade patológica/ anormal. Com estas informações poderemos ajudar pessoas portadoras de transtornos ansiosos, melhorando a forma de tratamento destas pessoas.

A sua participação não significa nenhum ônus ou risco para você ou para a sua saúde. Caso no decorrer das atividades desista de participar, poderemos interrompê-las, sem qualquer constrangimento.

Sem qualquer identificação dos participantes, nos comprometemos com a divulgação científica das informações colhidas e assumimos a responsabilidade por qualquer ônus que a participação no estudo possa acarretar.

Qualquer dúvida que você tenha poderá entrar em contato conosco.

Flávia de Lima Osório
Psicóloga – CRP 06/53152-3
Telefone: 6022837

Sonia Regina Loureiro
Psicóloga – CRP 06/0347
Telefone: 6250309

José Alexandre de Souza Crippa
Psiquiatra – CRM 80893
Telefone 6022703

Eu,.....,
RG, tendo lido as informações acima,
voluntariamente concordo em participar do referido projeto de pesquisa, estando
ciente dos meus direitos e da possibilidade de desistência sem quaisquer ônus ou
prejuízo.

Assinatura

APÊNDICE O - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)– Estudo 3 – parte 2.

**PROJETO DE PESQUISA: TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL:
INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO****- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Parte 2**

Como nós havíamos lhe dito anteriormente, estamos interessados em verificar como pessoas com ansiedade social se comportam em um teste que mede ansiedade, e se este comportamento difere do das pessoas que não apresentam este transtorno.

A sua participação nesta parte do estudo consistirá em participar de uma situação simulada de falar em público sobre os meios de transporte de sua cidade. Você terá dois minutos para preparar o discurso, e então fará a apresentação do mesmo, o qual terá uma duração de 4 minutos. Este discurso será gravado em vídeo-tape. Para tanto precisamos de sua autorização para a gravação. Durante e após a realização do discurso, você deverá também, responder a alguns questionários a respeito de como está se sentindo naquele momento, e nós mediremos sua pressão arterial, seu pulso e o suor da sua pele, como fizemos na primeira parte do estudo.

Esta atividade durará em torno de uma hora e dez minutos.

A sua participação neste estudo contribuirá para que possamos ampliar a nossa compreensão a respeito das alterações que ocorrem nas reações normais de ansiedade e também nos quadros de ansiedade patológica/ anormal. Com estas informações poderemos ajudar pessoas portadoras de transtornos ansiosos, melhorando a forma de tratamento destas pessoas.

A sua participação não significa nenhum ônus ou risco para você ou para a sua saúde. Caso no decorrer das atividades desista de participar, poderemos interrompê-las, sem qualquer constrangimento.

Sem qualquer identificação dos participantes, nos comprometemos com a divulgação científica das informações colhidas e assumimos a responsabilidade por qualquer ônus que a participação no estudo possa acarretar.

Qualquer dúvida que você tenha poderá entrar em contato conosco.

Flávia de Lima Osório
Psicóloga – CRP 06/53152-3
Telefone: 6022837

Sonia Regina Loureiro
Psicóloga – CRP 06/0347
Telefone: 6250309

José Alexandre de Souza Crippa
Psiquiatra – CRM 80893
Telefone 6022703

Eu,.....,
RG, tendo lido as informações acima,
voluntariamente concordo em participar do referido projeto de pesquisa, estando
ciente dos meus direitos e da possibilidade de desistência sem quaisquer ônus ou
prejuízo.

Assinatura

APÊNDICE P – Cartilha informativa sobre o Transtorno de Ansiedade Social

Coordenação:

Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crij
Prof. Dra. Sonia Regina Loureiro

Autores:

Psicóloga Flávia L. Osório
Dr. Moysés Chaves
Dr. Carlos Baptista
Clarissa M. F. Trzesniak

Jornalismo Científico:

Prof. Dr. Marcelo Mazza
Dra. Marilene Pinho

Capa:

Thiago Borduqui

O que é o Transtorno de Ansiedade Social ?

A Fobia Social (FS) ou Transtorno de Ansiedade Social (TAS), como é chamada atualmente, é um distúrbio em que a pessoa sente-se incomodada e/ou com medo em situações nas quais está próxima de outros indivíduos, interagindo ou sendo observado(a) por eles. Aqueles que têm esse problema temem que possam fazer algo errado ou comportar-se de forma humilhante ou embaraçosa nestas situações, ficando expostos à avaliação negativa por parte dos outros.

Estas pessoas geralmente procuram evitar os mais diversos eventos sociais. Isso acaba prejudicando o seu desempenho e a sua auto-realização em várias áreas da vida, acarretando importante sofrimento.

Conseqüentemente, muitas vezes chegam a desenvolver outros transtornos como a depressão e o alcoolismo.

Qual a diferença entre Transtorno de Ansiedade Social e ansiedade normal ?

A ansiedade normal pode ser caracterizada como um "medo" ou preocupação que todos nós experimentamos. Ela nos permite manter um comportamento de cautela diante dos acontecimentos do dia a dia. A ansiedade normal não prejudica nosso comportamento (desempenho). Pelo contrário, ela nos prepara para enfrentar da melhor maneira possível situações como uma entrevista de trabalho, uma prova escolar ou mesmo a apresentação para uma outra pessoa ou grupo de pessoas.

Uma pessoa tímida pode se sentir incomodada quando está com alguém, mas a ansiedade que experimenta não é grande a ponto de incapacitá-la de enfrentar a situação.

Nas pessoas com TAS, a ansiedade e o medo experimentados diante das situações sociais são tão intensos que podem chegar a "paralisá-las", trazendo prejuízos ao seu desempenho e bem estar. Também não permitem que essas pessoas se preparem e enfrentem esses eventos, pois estes são percebidos como ameaçadores. Isso torna estas pessoas mais vulneráveis e inseguras diante das situações sociais cotidianas, que vão se tornando cada vez mais desagradáveis chegando a ser evitadas a todo custo.

Quais as situações mais temidas por quem tem TAS ?

As pessoas com TAS temem e/ou evitam uma grande variedade de situações sociais. As mais comuns são:

- Falar em público;
- Parecer ridículo;
- Dizer tolices;
- Conversar com autoridades (professores, chefes, etc.)
- Conversar com uma pessoa do sexo oposto;
- Conversar com estranhos;
- Ser observado pelas outras pessoas;
- Ser o centro das atenções;
- Comer e/ou beber em público;
- Falar ao telefone;
- Usar banheiros públicos.

Quando a pessoa tem medo de várias destas situações, dizemos que ela tem o TAS do tipo generalizado, que é a forma mais comum deste transtorno. Já quando o medo é específico a uma única situação (na maioria das vezes a de falar em público), denominamos o problema de TAS não-generalizado ou circunscrito.

Quais os sintomas físicos que os pacientes apresentam ?

As pessoas com TAS procuram evitar as situações temidas, mas quando se vêem diante delas apresentam grande ansiedade e até mesmo sintomas físicos intensos, os quais atrapalham ainda mais o seu desempenho. Os sintomas físicos mais comuns são:

- Taquicardia (aceleração do coração);
- Tremor;
- Sudorese (suor não devido ao calor);
- Tontura;
- Boca seca;
- Rubor (ficar vermelho);
- Dispnéia (falta de ar);
- Parestesia (formigamento);
- Diurese aumentada (urinar com maior frequência).

O Transtorno de Ansiedade Social é um distúrbio comum ?

Todas as pesquisas mostram que o TAS está entre os mais freqüentes transtornos encontrados na população em geral. Estudos realizados na última década demonstraram que de 5 a 13,3% das pessoas apresentam este problema. Desta forma, aproximadamente de 8.000.000 a 22.000.000 de pessoas no Brasil apresentam este transtorno. Entretanto, o TAS freqüentemente deixa de ser reconhecido. As pessoas muitas vezes confundem o problema com uma característica da personalidade ou do temperamento, ou ainda com timidez. Até mesmo entre os médicos, devido à descrição relativamente recente do transtorno e à necessidade de perguntas específicas sobre os sintomas, muitas vezes acaba não sendo detectado.

Quais as suas causas ?

Ainda não se sabe a real causa do TAS, contudo há algumas hipóteses. Como para a maioria dos transtornos mentais, acredita-se que o TAS surja da interação entre causas biológicas, ambientais e hereditárias.

Causas biológicas:

Sabe-se que existem alterações em substâncias químicas cerebrais como a serotonina em pessoas com TAS. É por isto que as medicações mais utilizadas para o seu tratamento são os antidepressivos que atuam principalmente nessa substância. Há estudos apontando para o envolvimento de uma pequena estrutura no cérebro chamada amígdala que está relacionada, entre outras funções, ao processamento de respostas ao medo.

Causas ambientais:

A capacidade de cada pessoa para lidar com situações de estresse é influenciada pelo ambiente em que é criada. Crianças que crescem em lares onde predomina um ambiente de medo e insegurança, como por exemplo, com pais abusivos, dependentes de álcool e outras drogas ou em ambientes politicamente instáveis, tendem a ficar mais “alertas” (na verdade ansiosas) e, na maior parte do tempo, preparadas para fugir ou defender-se de alguma ameaça real ou imaginária. Esta hiperativação constante poderia contribuir para o desenvolvimento posterior de transtornos de ansiedade, inclusive o TAS.

A ocorrência de situações nas quais a pessoa é exposta a outras pessoas e é de fato humilhada (gozações, piadas), principalmente na infância, também pode contribuir para o desenvolvimento do TAS posteriormente. É como se a pessoa aprendesse: *“Se eu falar em público, vou parecer ridículo e vão rir de mim como naquela vez!”*.

Causas hereditárias:

Acredita-se que pais com TAS possam influenciar o desenvolvimento do transtorno em seus filhos de duas maneiras. Primeiro, geneticamente, ou seja, passando características genéticas que aumentam a chance da criança desenvolver o transtorno. E segundo, eles mesmos ao evitarem situações sociais, estariam contribuindo para que seus filhos “aprendessem” que aquelas situações seriam de fato perigosas.

Em que idade se inicia?

O TAS inicia-se geralmente na adolescência ou mesmo na infância; pode, entretanto, surgir mais tardiamente. É mais comum em mulheres e solteiros de ambos os sexos, não existindo diferenças entre as raças.

Quais as principais complicações ?

Aproximadamente 70% dos portadores de TAS apresentam outros transtornos associados, sendo estes geralmente secundários do ponto de vista cronológico. As condições mais frequentes são depressão, abuso de substâncias (álcool e drogas), idéias de suicídio e outros transtornos de ansiedade. Deve ser ressaltado que o álcool e outras drogas são usadas geralmente pelos portadores do TAS como uma forma de amenizar os sintomas que sentem.

Quais os prejuízos que o TAS costumam causar nos pacientes ?

O TAS pode levar o indivíduo a evitar interação social, o que pode conduzir ao isolamento e às limitações típicas da condição. O transtorno é associado a prejuízo em vários aspectos da vida diária, como por exemplo, no funcionamento familiar, ocupacional, acadêmico, relacionamentos e atividades sociais. Assim, portadores de TAS apresentam:

- Baixo desempenho escolar, e menor nível de escolaridade;
- Pior desempenho no trabalho, faltas frequentes, instabilidade no emprego e remunerações inferiores;
- Dificuldades nos relacionamentos amorosos, casando-se menos e separando-se mais;
- Ausência de relações sociais próximas
- Maior frequência de tentativas de suicídio;

Qual o tratamento ?

O TAS é responsável por grandes prejuízos, porém felizmente existe tratamento, o que na maioria dos casos pode aliviar significativamente o sofrimento de seus portadores. O tratamento pode ser realizado com medicamentos, psicoterapia ou com a combinação de ambos.

• Tratamento medicamentoso

Antidepressivos

Os medicamentos mais utilizados hoje em dia no tratamento do TAS são os antidepressivos. Prescritos sob orientação médica, agem regulando a função e permitindo que maior quantidade de substâncias como a serotonina e noradrenalina estejam disponíveis em certas áreas do cérebro. Isto tende a reduzir os sintomas ao longo do tempo. Geralmente os efeitos positivos começam a aparecer dentro de 2 a 4 semanas e o tratamento deve ser mantido por pelo menos um ano ou mais, segundo orientação médica. Exemplos de antidepressivos: venlafaxina, paroxetina, fluoxetina, sertralina, fenelzina e citalopram.

Benzodiazepínicos

Medicações muito utilizadas para transtornos de ansiedade em geral, os benzodiazepínicos também são eficazes no tratamento do TAS. Porém devem ser utilizados com cautela pelo risco de causarem dependência, perder seu efeito ao longo do tempo (tolerância) e devido a outros efeitos colaterais. Exemplos: clonazepam, alprazolam.

Outros

Outras drogas estudadas para o tratamento do TAS, mas que atualmente ainda não demonstraram eficácia plena ou a mesma é menor do que das anteriores incluem: buspirona, bupropiona, Beta-bloqueadores (propranolol, atenolol), novos anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina).

• Psicoterapia

A modalidade de psicoterapia mais estudada e com resultados comprovados no TAS é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que pode ser individual ou em grupo. Nela os pacientes são envolvidos em um processo ativo junto com o terapeuta que visa melhorar a qualidade de vida através do uso isolado ou conjunto das seguintes técnicas:

Técnicas de relaxamento

Como dito acima, é muito comum a existência de sintomas corporais (ou somáticos) de ansiedade em pacientes com TAS, principalmente quando estão em situações sociais. Aprender a relaxar nestes momentos pode ser fundamental. E o que parece simples para muitas pessoas às vezes requer meses de treinamento para alguém com TAS.

Treinamento de habilidades sociais

Com esta técnica, aborda-se diretamente o que mais causa ansiedade ao paciente com TAS: o temor e a sensação de incapacidade de buscar ou manter relacionamentos. De fato, o isolamento auto-imposto tende apenas a dificultar o aprendizado de habilidades sociais. Treinar como se aborda um(a) possível namorado(a) por exemplo, pode ser extremamente significativo para o desenvolvimento de auto-confiança em interações deste tipo. Exposição: a pessoa com TAS tende a evitar o que lhe causa ansiedade, seja falar em público, comer diante de outras pessoas, relacionar-se afetivamente etc. Uma linha de tratamento é estimular a pessoa a expor-se a essas situações gradativamente e suportar a ansiedade que surgirá até que a mesma desapareça.

Onde procurar ajuda ?

Reestruturação cognitiva

Pensamentos (cognições) negativos a respeito de si ou de seu desempenho em certas situações são comuns em pacientes com TAS, como por exemplo: *“todo mundo está olhando pra mim”*, *“vou parecer ridículo”*, *“todo mundo vai rir de mim”*, *“sou um fracasso”*. As técnicas de reestruturação cognitiva objetivam ajudar os pacientes a entender como tais pensamentos surgiram e de que maneira combatê-los.

Toda pessoa que achar que tem ou que conhece alguém que é portador de TAS pode procurar ajuda em:

- Hospitais que possuam serviços de atendimento em Psiquiatria e/ou Psicologia
- Centros de Saúde Mental da comunidade.
- Médicos (as) psiquiatras ou psicólogas(os).
- Postos de Saúde em geral.

Cross-cultural validation of the Brief Social Phobia Scale for use in Portuguese and the development of a structured interview guide

Validação transcultural para o português da Brief Social Phobia Scale e desenvolvimento de um roteiro de perguntas-guia

Flávia de Lima Osório,¹ José Alexandre de Souza Crippa,¹
Sonia Regina Loureiro¹

Abstract

Objective: To present the translation and validation of the Brief Social Phobia Scale for use in Brazilian Portuguese, to develop a structured interview guide in order to systemize its use and to perform a preliminary study of inter-rater reliability. **Method:** The instrument was translated and adapted to Portuguese by specialists in anxiety disorders and rating scales. A structured interview guide was created with the aim of covering all of the items of the instrument and grouping them into six categories. Specialists in mental health evaluated the guide. These professionals also watched the videotaped interviews of patients with and without social anxiety disorders, and, based on the interview guide, they rated the scale to evaluate its reliability. **Results:** No semantic or linguistic adjustments were needed. For the complete scale, the general evaluation showed a percentage of agreement of 0.84 and intraclass coefficient of 0.91. The mean inter-rater correlation was 0.84. **Conclusions:** The Portuguese-language version of the Brief Social Phobia Scale is available for use in the Brazilian population, with rather acceptable indicators of inter-rater reliability. The interview guide was useful in providing these values. Further studies are needed in order to improve the reliability and to study other psychometric properties of the instrument.

Keywords: Anxiety disorders; Phobic disorders; Validation studies [Publication type]; Evaluation studies; Reproducibility of results

Resumo

Objetivo: Apresentar a tradução e validação da Brief Social Phobia Scale para o português, um roteiro de perguntas-guia para sistematizar sua aplicação e o estudo preliminar da confiabilidade inter-avaliadores. **Método:** O instrumento foi traduzido e adaptado para o português por especialistas em transtornos de ansiedade e escalas de avaliação. Um roteiro de perguntas-guia foi elaborado de modo a abranger todos os itens do instrumento, agrupando-os em seis categorias. O roteiro foi submetido à avaliação de profissionais de saúde mental. Tais profissionais também assistiram a entrevistas gravadas em videotape de pacientes com e sem transtorno de ansiedade social, as quais tiveram como referência o roteiro para pontuar a escala para o cálculo da confiabilidade. **Resultados:** Não foram necessárias reformulações e adaptações semânticas e lingüísticas. Para a escala total, a concordância geral foi 0.84 e o coeficiente de correlação intraclasse 0.91. O nível médio de concordância dos avaliadores foi 0.84. **Conclusões:** a versão para o português está disponível para uso na população brasileira, apresentando indicadores preliminares de confiabilidade inter-avaliadores bastante aceitáveis, sendo que o uso do roteiro de perguntas-guia foi bastante útil para favorecer tais valores. Futuros estudos são necessários para aprimorar o valor desta e das demais propriedades psicométricas do instrumento.

Descritores: Transtorno da ansiedade; Fobia social; Estudos de validação, escalas; Estudos de avaliação; Confiabilidade da tecnologia

¹ Department of Neurology, Psychiatry and Medical Psychology, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto (SP), Brazil

Financing: Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto FAEPA-USP and Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) - 02113197-2
Conflict of interest: None
Submitted: 20 March 2006
Accepted: 17 May 2006

Correspondence

Flávia de Lima Osório
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP
Av. dos Bandeirantes 3900- Campus Universitário
14048-900 Ribeirão Preto, SP, Brazil
E-mail: flaliosorio@ig.com.br

Introduction

Despite its high prevalence and adverse impact, social anxiety disorder (SAD) remains an under-recognized and underdiagnosed condition.^{1,2} However, SAD responds well to pharmacological treatment and cognitive therapy.³ Therefore, early detection is essential to preventing the development of comorbid conditions and improving the prognosis.

Rating scales are important instruments for characterizing clinical profiles, as well as for determining the severity of psychiatric disorders. Previous review studies⁴⁻⁵ had identified a variety of available instruments, both self- and observer-rated, for SAD assessment.

Some scales are available for use in the Brazilian population.⁶⁻¹⁰ However, to our knowledge, no observer-rated SAD assessment instrument is available for such use. The importance of such an instrument, specifically for SAD assessment, lies in the fact that individuals with SAD tend to underestimate their SAD symptoms, associating them and the consequent harms to comorbid situations such as depression.

Among the observer-rated instruments, the Brief Social Phobia Scale (BSPS)¹¹ is of great importance. It consists of 18 items, grouped in three subscales (fear, avoidance and physiological arousal), a score corresponding to one of five levels of severity (0 to 4) being assigned for each item. The BSPS has shown good psychometric qualities: test-retest reliability (0.91); internal consistency (0.81); and convergent validity (0.70) with the Liebowitz Social Anxiety Scale – observer-rated version. The factor analysis identifies six factors: generalized symptoms of fear and avoidance; physiological arousal; doing something while being watched; speaking in public; speaking at social gatherings; and talking to strangers.¹² This scale has been used to assess the severity of SAD and the response to treatment.

In the original proposition,¹¹ the BSPS is applied after an unstructured interview. This procedure presumes that raters are experienced and have received appropriate training for using the instrument, as well as for recognizing and classifying the psychopathological symptoms. The absence of such requisites may lead to reduced reliability.¹³ Therefore, semistructured interviews and interview guides might increase standardization, thereby reducing variability in the interpretation of the information by different raters and minimizing the effect of rater experience with the instrument and with the disorder assessed.¹⁴⁻¹⁵

Objective

The study had multiple objectives: to present the translation and cross-cultural validation of the BSPS for use in Portuguese; to evaluate a structured interview guide, created to facilitate and systemize the use of the scale; and to conduct a preliminary study of inter-rater reliability when the scale is used in conjunction with the interview guide.

Method

This study was approved by the local research ethics committee (Nº HCRP 11570/2003), and all subjects (patients

and controls) gave written informed consent after being fully informed of the research procedure.

1. Translation and validation of the BSPS for use in Portuguese

The BSPS was translated from the original English into Portuguese by two psychiatrists and one psychopharmacologist specializing in anxiety disorders with experience in rating scales. All were Brazilian by birth and proficient in the English language. The three versions were compared and a single final version was obtained after reaching a consensus. The final Portuguese-language version was back translated by a bilingual psychiatrist who did not have access to the original English version, and the authors of the original version then compared the back-translation to the original.

2. Interview guide

In order to facilitate and systematize the use of the scale, we proposed a semistructured interview, which was based on a structured interview guide and addressed all items in the scale. We grouped the assessed items into six categories to favor a logical sequence of questions.

Eight researchers from the mental health field (four psychologists, two occupational therapists and two psychiatrists) individually reviewed the interview guide. This group of researchers consisted of one undergraduate in psychology and seven graduate professionals with one to twelve years of postgraduate experience and little ($n = 4$) or sufficient ($n = 4$) experience in using rating scales in a clinical and research contexts. The reviewers evaluated the guide in terms of clarity of the instructions, as well as in terms of pertinence/understandability of the content and the guide questions for the assessment of each item in the scale.

The members of the research group then watched a videotaped interview of an individual with SAD. The interview was conducted according to the previously created interview guide and took an average of 40 minutes. We then asked the researchers to complete the scale independently. The answers were compared, and the points of agreement/disagreement were discussed until a consensus was obtained.

After rating the instrument, the reviewers pointed out the difficulties they experienced in using the guide and suggested some changes. All suggestions were discussed and were included in the final version of the guide.

3. Preliminary study of BSPS inter-rater reliability

The aforementioned group of researchers participated as reviewers for the preliminary test of the reliability of the scale. At this stage, the group watched, at two different times, four videotaped interviews with four individuals: three presenting various degrees of SAD severity and one without SAD. After each video, the researchers completed the scale independently. The interviews were conducted using the final version of the

guide as a reference. After the scale had been completed, each answer was evaluated by the group, obtaining a consensus answer for each patient, which was used as a standard for establishing the inter-rater agreement level. The evaluations were compared for each item and each rater was compared individually to the group.

Results

1. Translation and validation of the BSPS for use Portuguese

The back-translation of the BSPS was evaluated by the authors of the original version, who stated that no reformulations or semantic and linguistic adjustments were necessary. The Portuguese-language version was dubbed the *Escala Breve de Fobia Social* (Annex 1).

2. Development of a structured interview guide

In evaluating the guide, the raters found that, in general, the questions were appropriate, clear and favored the systematization of usage. However, they suggested that some questions be reformulated and others added. The problems identified were related to the criteria for the severity of fear subscale, which the raters felt needed more clarity and objectivity. Therefore, it was proposed that each of the four severity criteria be further detailed to make them more objective. After this reformulation, the researchers reviewed the material and concluded that the difficulties had been solved and that the instrument could now be submitted to the next stage of the test.

The final version of the guide (Annex 2) consists of questions grouped into six categories of investigation:

- Category 1: Social Gatherings: part 1- item 6 (fear and avoidance)
- Category 2: Physiological Arousal: part 2- items 1, 2, 3 and 4.
- Category 3: Being Observed: part 1- item 7 (fear and avoidance)
- Category 4: Speaking/Talking: part 1- items 1, 2 and 3 (fear and avoidance)
- Category 5: Being Embarrassed: part 1- item 4 (fear and avoidance)
- Category 6: Feeling Criticized: part 1- item 5 (fear and avoidance)

3. Preliminary study of BSPS inter-rater reliability

In the first stage of scoring, the percentage of agreement of the items ranged from 0.14 to 1.00 for the scale as a whole, from 0.14 to 0.86 for fear, from 0.57 to 1.00 for avoidance and from 0.57 to 0.86 for physiological arousal. Inter-rater agreement ranged from 0.55 to 0.88. The general mean was 0.68.

In the second stage, the percentage of agreement was 0.84 and the intraclass coefficient (ICC) was 0.91. Table 1 shows the information regarding the subscales.

Table 1 - Agreement indexes and intraclass correlation coefficients (ICCs) of BSPS in terms of subscales and the scale as a whole

Subscale	Agreement variation	Mean agreement	ICC
Fear	0.55-0.94	0.76	0.95
Avoidance	0.68-1.0	0.88	0.99
Physiological arousal	0.84-0.94	0.85	0.92
Total	0.55-1.0	0.84	0.91

Individual rater agreement with the group ranged from 0.79 to 0.94, with a mean of 0.84.

Discussion

The Portuguese-language version of the BSPS is now available and meets an important need, since, to date, no observer-rated instruments were available for assessing SAD. As in previous studies of observer-rated instruments,¹³⁻¹⁵ using a structured interview guide proved useful for the systematic use of the instrument and increased its reliability, independently of the level of experience of the raters. In the preliminary study of the psychometric quality of the scale, we observed that all items presented significance, with an overall percentage of agreement of 0.84 and an ICC of 0.91, the latter being a benchmark of excellent agreement.

The additional detail and specification given to the severity of fear criteria provided a further increase in the levels of inter-rater agreement on each item, strongly contributing to the acquisition of better reliability values. Although this psychometric quality has not been studied in the original version, the observed preliminary value is consistent with the psychometric values presented in the original study,¹² showing that the scale is appropriate for our context.

We believe that the present version is equivalent to the original in terms of language, concepts and items included. The back-translation was accepted by the authors of the original instrument, with no need for reformulations, and was thus designated the official version for use in the Portuguese language. The original layout of the instrument was maintained.

Conclusion

The Portuguese-language version of the BSPS was created through a careful process of translation and adjustment. In this preliminary study, inter-rater reliability was found to be quite acceptable.

Further studies, involving larger samples, control groups and double-blind assessments, are needed in order to increase the value of this and other psychometric properties of the scale. Such studies might further the evaluation of the instrument in clinical and research contexts.

Acknowledgments

The authors thank Graeff FG, Zuardi AW, Hetem LA, Busatto GF, Davidson J and Connor K for their collaboration in the process of translating the instrument.

Annex 1 - Brief Social Phobia Scale (BSPS) translated and adapted to Portuguese

Brief Social Phobia Scale (BSPS) traduzida e adaptada para o português

Tradução e adaptação para o Português: Crippa JAS, Graeff FG, Zuardi AW, Hetem LA, Busatto GF, Loureiro SR (2003)

Iniciais:..... Idade:..... Data:.....					
Idade.....	Estado Civil	☐ Casado ☐ Solteiro	☐ Separado ☐ Divorciado	☐ Viúvo	Nº Protocolo.....
Sexo	Cor	☐ Branco ☐ Amarelo	☐ Negro ☐ Índio	☐ Hispânico ☐ Outro	☐ Não sabe
☐ Masculino ☐ Feminino					

INSTRUÇÕES A avaliação deve ser feita levando em conta os últimos 7 dias. Se o paciente não tiver sido exposto às situações temidas na última semana, avalie o medo, o comportamento de esquiva e os sintomas fisiológicos de acordo com como o paciente se sentiria se confrontado com cada situação.

Parte 1 O entrevistador deve avaliar separadamente a intensidade do medo e da esquiva anotando para cada item abaixo o escore correspondente, de acordo com os seguintes pontos de ancoragem.

(Medo / Esquiva)

Quanto você teme e evita as seguintes situações?

	Medo	Esquiva
1) Falar em público ou na frente de outras pessoas		
2) Conversar com autoridades		
3) Conversar com estranhos		
4) Ficar envergonhado ou sentir-se humilhado		
5) Ser criticado		
6) Reuniões sociais		
7) Fazer coisas enquanto está sendo observado (não inclui falar em público)		

Pontos de Ancoragem

Medo

0 Nenhum

1 Leve (Infrequente e/ou não angustiante)

2 Moderado (Frequente e/ou alguma angústia)

3 Grave (Constante, dominando a vida da pessoa e/ou claramente angustiante)

4 Extremo (Incapacitante e/ou muito dolorosamente angustiante)

Esquiva

0 Nunca

1 Raro (1-33%)

2 Algumas vezes (34-66%)

3 Frequente (67-99%)

4 Sempre (100%)

Parte 2 Quando você está numa situação que envolve contato com outras pessoas, ou quando se imagina em tal situação, você sente os seguintes sintomas? Assinale para cada item abaixo o escore correspondente aos seguintes pontos de ancoragem

1) Rubor	
2) Palpitações	
3) Tremores ou estremelecimento	
4) Transpiração	

Pontos de Ancoragem

Fisiológicos

0 Nenhum

1 Leve (Infrequente e/ou não angustiante)

2 Moderado (Frequente e/ou alguma angústia)

3 Grave (Constante, dominando a vida da pessoa e/ou claramente angustiante)

4 Extremo (Incapacitante e/ou muito dolorosamente angustiante)

Escore total	Parte 1	Medo itens 1-7	total = (M)	Total = (M+E+F)
		Esquiva itens 1-7	total = (E)	
	Parte 2	Fisiológicos itens 1-4	total = (F)	

COPYRIGHT© JONATHAN DAVIDSON 1995

Annex 2 – Structured interview guide for using the Brief Social Phobia Scale (BSPS)

STRUCTURED INTERVIEW GUIDE FOR USING THE BRIEF SOCIAL PHOBIA SCALE (BSPS)

Instructions: "This interview aims to assess how extreme shyness may influence your life in many ways".

Item	Guiding questions	Observe as severity criteria
SOCIAL GATHERINGS Part 1 Item 6	Consider the last <u>seven days</u> (if you did not experience these situations in the last seven days, how would you feel if you did? - imagine): • How did you feel while attending social gatherings (parties, reunions with family and friends)? Did you feel fear or anguish when you had to attend social gatherings? Did you feel afraid? How often? To what extent does the difficulty to attend social gatherings hinder your life? (part 1-item 6) • Do you avoid going to social gatherings? How often? Rate how much you avoid these meetings on a scale from 0 to 100 (AVOIDANCE)	Consider for fear: 0- none 1- slight (rarely/occasionally feels anguish) 2- moderate (always feels fear/anguish, but still attends) 3- severe (always feels fear/anguish when facing any type of gathering, such as parties, reunions with friends or family. Attends only when absolutely necessary) 4- extreme (incapacitating/does not attend social gatherings) Consider for avoidance: 0- never 1- rarely (1-33%) 2- sometimes (34-66%) 3- often (67-99%) 4- always (100%)
PHYSIOLOGICAL AROUSAL Part 2 Items 1,2,3,4	• When you meet someone or when you imagine yourself in this situation, you: -Blush (your face becomes warm and red)? How often? (item 1). Rate the intensity of this symptom on a scale from 0 to 100. -Do you feel palpitations? How often? (item 2) Rate the intensity of this symptom on a scale from 0 to 100. -Do you feel tremors? How often? (item 3). Rate the intensity of this symptom on a scale from 0 to 100. -Do you sweat (perspire)? How often (item 4) Rate the intensity of this symptom on a scale from 0 to 100.	0- none 1- slight (rarely) 2- moderate (always in a specific interaction situation) 3- severe (whenever there is interaction) 4- extreme (constant/incapacitating)
BEING OBSERVED Part 1 Item 7	Consider the last <u>seven days</u> (if you did not experience these situations in the last seven days, how would you feel if you did? - imagine): • How do you feel about being observed by other people when performing the following activities: eating, drinking, using the phone, writing, and using a public restroom? Do you feel fear when doing any of these activities while being observed? How often? To what extent does the difficulty of being observed by others hinder your life? (item 7) -Do you avoid doing any of these activities when being observed? How often? Rate your avoidance on a scale from 0 to 100. (AVOIDANCE)	Consider for fear: 0- none 1- slight (rarely feels anguish) 2- moderate (always feels fear/anguish, but still performs the activities when observed) 3- severe (always feels fear/anguish when it is necessary to perform the activities while being observed and engages in the activities only when absolutely necessary) 4- extreme (incapacitating, does not perform the activities when being observed) Consider for avoidance: 0- never 1- rarely (1-33%) 2- sometimes (34-66%) 3- often (67-99%) 4- always (100%)
If necessary:		
SPEAKING/ TALKING Part 1 Item 1,2,3	Consider the last <u>seven days</u> (if you did not experience these situations in the last seven days, how would you feel if you did? - imagine): • How do you feel about speaking in public or to other people (seminars, giving messages to groups of people)? Do you feel fear or anguish? How often? (item 1). - Do you avoid speaking in public or to other people? Rate your avoidance on a scale from 0 to 100 (AVOIDANCE) • How do you feel about talking to authorities (boss, teacher, important people)? Do you feel fear or anguish? How often? (item 2). - Do you avoid talking to authorities? Rate your avoidance on a scale from 0 to 100 (AVOIDANCE) • How do you feel about talking to strangers? Do you feel fear or anguish? How often? (item 3). - Do you avoid talking to strangers? Rate your avoidance on a scale from 0 to 100 (AVOIDANCE) In a general way, to what extent does the difficulty to talk to people hinder your life?	Consider for fear: 0- none; 1- slight (rarely feels fear, occasionally feels anguish); 2- moderate (always feels fear/anguish, but still talks); 3- severe (constantly/takes over their life/talks only when absolutely necessary); 4- extreme (incapacitating/painfully anguishing, does not talk). Consider for avoidance: 0- never 1- rarely (1-33%) 2- sometimes (34-66%) 3- often (67-99%) 4- always (100%)

(continued on next page)

(continuation from the last page)

Item	Guiding questions	Observe as severity criteria
GETTING EMBARRASSED		
Part 1	Consider the last seven days (if you did not experience these situations in the last seven days, how would you feel if you did? -imagine):	• Consider for fear: 0- none 1- slight (rarely/sometimes feels anguish) 2- moderate (always, almost always feels fear/anguish, but still contacts other people and performs activities) 3- severe (always feels fear/anguish when facing the possibility of feeling embarrassed/humiliated, only contacts people or performs activities when absolutely necessary) 4- extreme (incapacitating/ does not contact other people or perform activities as a way to avoid feeling embarrassed or humiliated)
Item 4	• Do you feel fear or anguish when there is a possibility of you feeling embarrassed or humiliated while among other people (known and strangers) or when performing activities? How often? To what extent does the possibility of feeling embarrassed or humiliated, while among other people or when performing activities, hinder your life? (Item 4) • Do you avoid situations where you will be among other people or performing tasks in which you may feel embarrassed or humiliated? How often? Rate your avoidance on a scale from 0 to 100 (AVOIDANCE)	• Consider for avoidance: 0- never 1- rarely (1-33%) 2- sometimes (34-66%) 3- often (67-99%) 4- always (100%)
FEELING CRITICIZED		
Part 1	Consider the last seven days (if you did not experience these situations in the last seven days, how would you feel if you did? -imagine):	• Consider for fear: 0- none 1- slight (rarely/sometimes feels anguish) 2- moderate (always, almost always feels fear/anguish, but still performs the activities) 3- severe (always feels fear/anguish when facing the possibility of being criticized and only performs the activities when absolutely necessary) 4- extreme (incapacitating/does not perform the activities due to the fear of being criticized)
Item 5	• Do you feel fear or anguish when facing the possibility of being criticized in situations when you are among other people or performing activities? How often? To what extent does the possibility of being criticized while among other people or when performing activities, hinder your life? (Item 5) • Do you avoid situations of making contact with other people or performing activities in which you may be criticized? How often? Rate your avoidance on a scale from 0 to 100. (AVOIDANCE)	• Consider for avoidance: 0- never 1- rarely (1-33%) 2- sometimes (34-66%) 3- often (67-99%) 4- always (100%)

References

- Davidson JR, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med*. 1993;23(3):709-18.
- Katzelnick DJ, Kobak KA, DeLeire T, Henk HJ, Greist JH, Davidson JR, Schneider FR, Stein MB, Helstad CP. Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *Am J Psychiatry*. 2001;158(12):1999-2007.
- Nardi AE. O tratamento farmacológico da fobia social. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(4):249-57.
- Tharwani HM, Davidson RT. Symptomatic and functional assessment of social anxiety disorder in adults. *Psychiatric Clin North Am*. 2001;24(4):643-59.
- Osório FL, Crippa JA, Loureiro SR. Instrumentos de avaliação do transtorno de ansiedade social. *Rev Psiq Clin*. 2005;32(2):73-83.
- Paes de Barros T. Perfil psicopatológico e transtorno de personalidade em uma amostra de pacientes com diagnóstico de Fobia Social [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1996.
- Vilete LM, Coutinho ES, Figueira IL. Confiabilidade da versão em Português do Inventário de Fobia Social (SPIN) entre adolescentes estudantes do município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2004;20(1):89-99.
- Osório FL, Graeff F, Busato G, De Pinho M, Mazza M, Crippa JAS, Chaves M, Loureiro SR. Inventário de Fobia Social (SPIN): validação para o Brasil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26 (Supl II):6.
- Osório FL, Loureiro SR, Zuairi AW, Graeff F, De Pinho M, Mazza M, Chaves M, Crippa JAS. Escala de auto-avaliação ao falar em público (SSPS): validação transcultural para o Brasil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(Supl II):21.
- Picon P, Gauer GJ, Hirakata VN, Haggstram LM, Beidel DC, Turner SM, Manfro GG. Reliability of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) Portuguese version in a heterogeneous sample of Brazilian university students. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(2):124-30.
- Davidson JR, Potts NL, Richichi EA, Ford SM, Krishnan KR, Smith RD, Wilson W. The Brief Social Phobia Scale. *J Clin Psychiatry*. 1991;52(Suppl):48-51.
- Davidson JR, Miner CM, De Veauh-Geiss J, Tupler LA, Colket JT, Potts NL. The brief social phobia scale: a psychometric evaluation. *Psychol Med*. 1997;27(1):161-7.
- Crippa JA, Sanches RF, Hallak JE, Loureiro SR, Zuairi AW. A structured interview guide increases Brief Psychiatric Rating Scale reliability in raters with low clinical experience. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;103(6):465-70.
- Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(8):742-7.
- Vilela JA, Crippa JA, Del-Ben CM, Loureiro SR. Reliability and validity of a Portuguese version of the Young Mania Rating Scale. *Braz J Med Biol Res*. 2005;38(9):1429-39.

APÊNDICE R – Artigo publicado: European Psychiatry

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

European Psychiatry 22 (2007) 239–243

EUROPEAN
PSYCHIATRY<http://france.elsevier.com/direct/EURPSY/>

Original article

A study of the discriminative validity of a screening tool (MINI-SPIN) for social anxiety disorder applied to Brazilian university students

Flávia de Lima Osório*, José Alexandre Crippa, Sonia Regina Loureiro

Department of Neurology, Psychiatry and Medical Psychology, Medical School of Ribeirão Preto, University of São Paulo,
Av. dos Bandeirantes 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto, CEP 14048-900, São Paulo, Brazil

Received 11 August 2006; received in revised form 21 December 2006; accepted 8 January 2007

Available online 7 March 2007

Abstract

Objective. – This study aimed to evaluate the discriminative validity of MINI-SPIN (MS) as a screening tool for social anxiety disorder (SAD) in a group of Brazilian university students.

Method. – SPIN was collectively applied to 2320 university students. Among them, 656 individuals who fulfilled the criteria for positive MS ($N = 473$) and negative MS ($N = 183$) were selected and divided into two groups. The selected subjects were interviewed by telephone using the SAD module of the SCID-IV, used as the gold standard. In order to check interrater reliability, a group of university students ($N = 57$) was reinterviewed by telephone by a second rater, and another group ($N = 100$) participated in a face-to-face interview.

Results. – The Kappa coefficient among the telephone interviews was 0.80, and a coefficient of 0.84 ($P < 0.001$) was obtained between the telephone interview and the face-to-face one. For a cut-off score of 6, suggested in the original English version of the instrument, sensitivity was 0.94, specificity 0.46, the positive predictive value (PPV) was 0.58, and the negative predictive value (NPV) was 0.92. For a cut-off score of 7, we observed an increase in the specificity and in the PPV (0.68 and 0.65) while the sensitivity and NPV (0.78 and 0.80) remained high.

Discussion/Conclusion. – MS showed quite satisfactory psychometric qualities. The cut-off score of 6 seemed to be the most suitable to attest the tracking value of the tool. However, the cut-off score of 7 was the most suitable as a minimum parameter for the studied group, with psychometric values more similar to those of the original study.

© 2007 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Validity; Reliability; Psychometrics; Social phobia; Social anxiety disorder; Diagnostic screening

1. Introduction

Social anxiety disorder (SAD) or social phobia is one of the most common anxiety disorders. It is characterized by fear in situations in which the person feels exposed and possibly judged by others, fearing to behave in an improper or embarrassing way [1]. The principal fears associated with SAD are: to look silly/ridiculous, to say foolish things, to be observed by others, to interact with strangers or people of the opposite sex, to be the center of attention, and to eat, drink, write and speak

in public [1]. The lifetime prevalence rate of this disorder is high, 5–13.3% on average, with early signs usually being observed at the beginning of adolescence [13,15,19,21]. Its evolution is often chronic, causing social, educational, professional and personal impairment [8,11,12,14,18,20] since it is also associated with high rates of comorbidity, the most common being depression and substance abuse, among other anxiety disorders [2,10,14,19,20]. These comorbidities, at least from the chronological viewpoint, generally occur secondary to the development of SAD.

SAD has proven to respond well to pharmacological and psychotherapeutic treatments [19,21], and thus an early and systematic detection is essential [16,24]. However, the rate of detection of this disorder is commonly low (about 3%), both on the part of physicians and of the affected subjects

* Corresponding author. Tel.: +55 16 36022837.

E-mail addresses: flaliosorio@ig.com.br (F. de Lima Osório), jcrippa@fmrp.usp.br (J.A. Crippa), slourei@fmrp.usp.br (S.R. Loureiro).

[6], and people usually seek help due to the comorbidity rather than to the disorder itself [19]. In this respect, screening can help to track SAD in the general population, contributing to the diagnosis and quick treatment of this disorder, with consequent lower functional impairment and a better prognosis, in addition to helping to avoid the development of associated complications.

Among the tools available for the identification and tracking of SAD, there is the MINI-SPIN (MS). This instrument, described by Connor et al. [4], is a self-administered screening tool derived from the Social Phobia Inventory (SPIN), also developed by the same group [3]. MS is made up of three items, which, in an empirical study, have reached the highest sensitivity and specificity for the diagnosis of SAD. The items were those derived from SPIN (items 6, 9 and 15) that better distinguished individuals with SAD from those without SAD, covering avoidance of speaking or performing activities. The items are evaluated on a *lickert* scale ranging from zero to four, in which 12 is the maximum score and 6 is the cut-off score suggested for SAD diagnosis. The MS items are: item 6—“Fear of embarrassment causes me to avoid doing things or speaking to people”; item 9—“I avoid activities in which I am the center of attention”; item 15—“Being embarrassed or looking stupid are among my worse fears”.

As a screening tool, MS has several advantages, i.e., it is quick and easy to rate and to evaluate, properties that may favor its use on a large scale, mainly in contexts of primary care.

The Portuguese version of MS is presented in Table 1.

In the original study [4], MS was tested in a group of 7165 adult North-American individuals and revealed a sensitivity of 0.89, a specificity of 0.9, a positive predictive value (PPV) of 0.53, a negative predictive value (NPV) of 0.99, and an efficiency of diagnosis of 0.9 for a cut-off score equal to or greater than 6. Wilson [23], in Australia, also evaluated the discriminative power of MS in 666 university students and detected a 30% prevalence of SAD cases using a cut-off score of 6 and an 18.3% prevalence when the cut-off score was 7. Since the latter cut-off score showed a prevalence rate more similar to the recent literature [24], the author suggested that MS requires further studies to determine the best cut-off score for SAD diagnosis, thus improving the psychometric study of the validity of this instrument.

It can be seen that MS may be used in SAD screening. We agree with Wilson [23] when he says that more psychometric studies are needed, especially because the current tools used for SAD diagnosis, such as Structured interviews, are considered to be the “gold standard”. The most contradictory results presented by the Australian study may be due to the absence of such a “gold standard”, in contrast to the study by Connor

et al. [4], who used the SCID-IV and achieved more reliable results on the prevalence of SAD in the North-American population. Connor et al. [4] also pointed out that further studies are needed about the applicability of this tool for the identification of the SAD population according to the DSM-IV diagnostic criteria, and in non-English speaking populations.

In Brazil, the SPIN was translated and adapted to a group of university students by Osório et al. [17]. The SPIN was translated from the original English into Portuguese by two psychiatrists and one psychopharmacologist specializing in anxiety disorders with experience in rating scales. All were Brazilians by birth and proficient in the English language. The three versions were compared and a single final version was obtained after reaching a consensus. The final Portuguese-language version was back-translated by a bilingual psychiatrist who did not have access to the original English version, and the authors of the original version then compared the back-translation to the original. However, no psychometric study of this tool has been carried out thus far using the adult university population as a parameter.

2. Objective

This objective of the present study was to evaluate the discriminative validity of the MS in a population of Brazilian university students using as reference the evaluation by the SCID-IV - Social Phobia module, applied over the telephone and in a face-to-face interview.

3. Method

3.1. Subjects

Students ($N = 656$) from a private and a public university in a city in the interior of the State of São Paulo-Brazil were randomly selected for the study. The subjects were enrolled in Exact, Human, or Biological Science courses and had previously participated in a broader ongoing study concerning the prevalence of SAD. Of the selected subjects, 59 could not be located and 7 said they were no longer interested in participating in the study. Hence, the final sample consisted of 590 subjects; 422 presented a positive MS and 168 presented a negative MS.

3.2. Procedures

Data collection was done in two phases. In the first phase, as part of the prevalence study, the SPIN was administered to 2320 students. The study was approved by the local Research

Table 1

The Brazilian Portuguese version of MINI-SPIN (MS). 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

	nada	um pouco	moderadamente	bastante	extremamente
1. Evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Evito atividades nas quais sou o centro das atenções	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Ficar envergonhado ou parecer bobo são os meus maiores temores	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

Ethics Committee, and the authorization for data collection was obtained from the institution and from the professor responsible for the class. All subjects gave written informed consent after being fully informed of the research procedure.

Based on the proposal by Connor et al. [4] (a response equal to or above six to items 6, 9 and 15 of the SPIN), the researchers identified all subjects who met the criteria for a positive MS ($N = 473$; 20.4% of the studied sample). As a comparison group, 183 subjects with negative MS were selected (7.9% of the studied group). The criteria used to select these subjects were giving negative responses to items 6, 9, and 15, and having the lowest scores in the complete SPIN (17 items). The comparison group (negative MS) was matched to the positive MS group for gender, age, institution and study field. A total of 656 subjects (28.1% of the total studied group) were selected to participate in the second phase of data collection. In the first phase of the study ($N = 2320$) the mean score for the subjects was 16.61 ($SD = 11.43$) for the SPIN and 3.31 ($SD = 2.87$) for MS. For the MS-positive group, the mean score was 33.16 ($SD = 9.65$) for the SPIN and 7.94 ($SD = 1.75$) for MS. In contrast, for the MS-negative group the mean score was 8.48 ($SD = 5.30$) for the SPIN and 0.70 ($SD = 0.87$) for MS.

In the second phase, the subjects were contacted by telephone in order to answer the SCID-IV SAD (module F) [7,22], which was used as a gold standard for SAD diagnosis. The raters ($N = 4$) were mental health professionals with previous experience in using rating scales and the SCID-IV in clinical and research contexts. The raters, who did not know the score of the subjects in the previously administered tools, introduced themselves as members of the research group and asked the students about their availability to continue participating in the study. Those who agreed to participate received a brief explanation about the aims of the interview and were then interviewed according to the SAD module questions. When scheduling the telephone assessment, the interviewer set up a time when the participants could talk in private, with nobody else being present during the assessment. The duration of the interviews ranged from three to five minutes.

In order to check the reliability of the tool, 57 randomly selected subjects were contacted for a second telephone interview by a different rater who followed the aforementioned procedures. For these second evaluations, the raters were not

informed about the type and level of symptoms presented by the participant or about the diagnosis made by the previous rater. Thirty-three of these subjects were females and 22 were males, with a mean age of 21.05 years ($SD = 2.57$). One hundred additional randomly selected subjects also participated in the face-to-face interview with a clinical psychologist, in which the procedures were the same as those of the telephone interview. This rater was also well versed and experienced in the use of SCID-IV. Sixty three of these subjects were females and 37 were males, with a mean age of 20.8 years ($SD = 2.06$). Both subgroups ('telephone/face-to-face' and 'telephone/telephone') were representative of the total sample of the initial study ($N = 2320$) and of the selected sample for the MS study ($N = 656$) in terms of demographic characteristics.

3.3. Data analysis

Using Receiver Operating Characteristics (ROC) analyses, we examined cut-off values that corresponded to a diagnosis of SAD (distinguishing subjects with SAD from normal subjects). We determined cut-off values that: (a) maximized both sensitivity (Sn) and specificity (Sp); (b) maximized Sn (without reducing Sp below chance level); and (c) maximized Sp (without reducing Sn below chance level).

4. Results

4.1. Demographic profile

Table 2 shows the socio-demographic characterization of the study group. Most subjects were females, with a mean age of 17–25 years. Most individuals studied in the private institution and were Biology students.

4.2. Reliability of the raters for SAD diagnosis

The degree of concordance between the first and the second telephone interview was 0.91. The degree of concordance was 92% for the evaluation of the positive MS subjects and 89% for the negative MS subjects. The Kappa correlation coefficient [5] was 0.80 ($P < 0.001$), the benchmark indication of an excellent level of agreement [13].

Table 2
Social and demographical characteristics of the study group ($N = 590$)

		MINI SPIN+ ($N = 422$)	MINI SPIN- ($N = 168$)	Total ($N = 590$)	Statistics
Gender	Female	275	102	377	$\chi^2 = 0.95$ (NS)
	Male	147	66	213	
Age	Mean	21.0	21.0	21.0	$t = -0.83$ (NS)
	(SD)	(2.97)	(2.74)	(2.83)	
Institution	Private	231	97	328	$\chi^2 = 0.50$ (NS)
	Public	191	71	262	
Course field	Biological sciences	239	98	337	$\chi^2 = 0.42$ (NS)
	Exact sciences	124	45	169	
	Human sciences	59	25	84	

+, positive; -, negative; NS, not significant; χ^2 = chi-square; SD = standard deviation.

The overall concordance between the first telephone interview and the face-to-face interview was 87%. The degree of concordance for the MS-positive and MS-negative subjects was 89% and 95%, respectively. The value of the Kappa correlation coefficient [5] was 0.84 ($P < 0.001$), the benchmark indication of excellent agreement [9].

4.3. MS discriminative validity

Based on the SCID-IV, SAD diagnosis was confirmed for 58% of those who met the criterion for positive MS ($N++ = 242$), and SAD diagnosis was refuted for 42% ($N+- = 177$). A lack of SAD diagnosis was confirmed for 92% of the negative MS ($N-- = 155$) and the presence of SAD was confirmed for 8% ($N-+ = 13$).

The total sample was submitted to ROC analysis. The area under the curve (AUC) for this ROC analysis was 0.81 and was significant versus chance or a random ROC line ($P < 0.001$) (Fig. 1).

Thus, it was observed that, for a cut-off score of 6, the MS presented an Sn of 0.94, an Sp of 0.46, a positive predictive value (PPV) of 0.58, a negative predictive value (NPV) of 0.92 and an incorrect classification rate (ICR) of 0.32.

Table 3 presents the Sn, Sp, PPV, NPV and ICR values for this and other cut-off scores. As shown in Table 3, for a cut-off score of 7 there was an increase in Sp and in PPV of the scale, whereas the Sn and NPV rates remained high. For a cut-off score of 8, there was an even more expressive increase in Sn and PPV, with a decrease in NPV and especially in Sn, whereas ICR remained the same. As to the other cut-off scores, there was a significant increase in Sp and PPV. Regarding SAD prevalence, the number of subjects identified was 242 (10.4%) for a cut-off score of 6, and 199 (8.6%) for a cut-off score of 7.

Fig. 1. Mini-SPIN receiver operating characteristic curve (ROC).

Table 3

Sensitivity (Sn), Specificity (Sp), Positive predictive value (PPV), Negative predictive value (NPV) and the Incorrect classification rate (ICR) for several cut-off scores of the MINI-SPIN items

Cut-off score	Sn	Sp	PPV	NPV	ICR
6	0.94	0.46	0.58	0.92	0.32
7	0.78	0.68	0.65	0.80	0.28
8	0.59	0.83	0.72	0.72	0.28
9	0.44	0.89	0.77	0.68	0.30
10	0.30	0.96	0.86	0.64	0.33

5. Discussion

In general, MS showed satisfactory psychometric qualities in terms of its discriminative validity. In comparison to the original study [4], and using a cut-off score of 6, the values found in the present study are different mainly in terms of specificity, considering that the values obtained were lower and less significant. Cut-off scores of 9 and 10 showed values close to those of the original study [4] although with significant impairment of sensitivity.

In the present study, a cut-off score of 6 showed better sensitivity and seemed to be more suitable to attest the screening value of the instrument. The cut-off score of 7 revealed psychometric values similar to those of the original study [4], with no major discrepancies in terms of specificity, and it is the value that best balances the indicators of the discriminative validity of the MS. This value apparently is the most suitable cut-off score for Brazilian university students. Cut-off scores of 8 and 9 caused a significant increase in specificity and PPV of the scale, which favored a more accurate identification of SAD.

It is difficult to make any comparisons with the Australian study [23] since the SAD diagnosis was not confirmed with the use of a different tool in that study, such as SCID. Thus, if we evaluate the positive MS percentage solely for a cut-off score of 6, the prevalence rates are 30% for the Australian study [23] and 20.4% for the present study. These data may suggest a lower SAD prevalence among Brazilian university students, or the existence of cultural differences, or differences in the way the tool was administered. In addition, different demographic characteristics of the samples may account for this discrepancy.

Some limitations of the present study should be highlighted. For example, the sample was composed only of university students, impairing the generalization of our findings to other samples or to the general population. Therefore, future studies enrolling larger and more heterogeneous samples seem to be necessary. Another limitation is the fact that the subjects were not systematically assessed in terms of psychiatric comorbidities, which are commonly associated with SAD, such as depression, alcohol use and other anxiety disorders in general and agoraphobia in particular. These comorbidities may mask or enhance the damage occurring in SAD. It should also be mentioned that extracting the MINI-SPIN items from the entire SPIN, as opposed to having participants only fill out the MINI-SPIN itself, may not produce exactly the same results. Thus, a cross-validation study would be necessary

and desirable. However, our data acquisition procedure was the same as used in both the original study of this instrument and in the Australian study with the university student sample. Finally, in our study we included two contrasted subgroups (high MS scores and very low MS scores), without moderate scores (which were fewer than 6). The consequence of this selection method would be to artificially enhance the sensitivity of the questionnaire, minimizing the “false negative” subjects in the comparison with the gold standard. Thus, since our objective was to explore the validity of several cut-off scores, the population involved should ideally be normally distributed around these potent cut-off scores.

Regarding possible future studies, in view of the sociocultural differences between the samples studied, it would be interesting to determine whether the items of the original version of the MS would correspond in the Brazilian context to the SPIN items that showed a higher sensitivity in differentiating individuals with SAD from individuals without SAD, supporting the validity of the instrument for use in the Brazilian context, or whether the instrument should be adapted to the Brazilian reality.

6. Conclusions

MS has proven to be a tool of quick and easy administration, which may be used in large-scale epidemiological studies of the general population, and in primary health care settings, since it may be useful to identify possible SAD cases. The instrument can confirm the diagnosis of these patients, who can then receive early treatment, which may avoid the impairments associated with the disorder, especially comorbidities and worsened prognoses.

Unlike the results from the original study [4], in the present study a cut-off score of 7 was considered to be the most suitable for the Brazilian population. The validity values found in this study, as well as in previous ones [4,23] which evaluated this psychometric quality of the MS, indicated more expressive screening characteristics of the tool rather than diagnostic ones. As recommended by Connor et al. [4], in clinical practice a positive MS evaluation should be merely a stimulus for health professionals to systematically investigate the presence of characteristic SAD symptoms, thus combining the self-evaluation resources used by the subject with the systematic hetero-evaluation made by the clinician.

Acknowledgements

The authors thank Carlos Baptista, Stella Mesquita, Moisés Chaves, Marilena Pinho and Carolina Menezes for help with data collection. We are also grateful to Kathy Connor and Jonathan Davidson for authorizing the use of SPIN and for collaboration with the process of translation of the instrument. Research is supported in part by FAPESP (02/13197-2) and FAPEA fellowships. J.A.C. and S.R.L. are recipients of Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, Brazil) fellowships.

References

- [1] American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- [2] Brunello N, Den Boer JA, Judd LL, Kasper S, Kelsey JE, Lader M, et al. Social phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *J Affect Disord* 2000;60:61–74.
- [3] Connor KM, Davidson JRT, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH. Psychometric properties of Social Phobia Inventory (SPIN). *Br J Psychiatry* 2000;176:379–86.
- [4] Connor KM, Kobak KA, Churchill LE, Katzelnick D, Davidson J. Mini-Spin: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2001;14:137–40.
- [5] Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol* 1960;20:37–46.
- [6] Davidson JR, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med* 1993;23(3):709–18.
- [7] Del-Ben CM, Vilela JAA, Crippa JAS, Hallak JEC, Labate CM, Zuardi AW. Test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV—Clinical Version (SCID-CV) translated into Portuguese. *Rev Bras Psiquiatr* 2001;23:156–9.
- [8] Den Boer JA. Social anxiety disorder/social phobia: epidemiology, diagnosis, neurobiology, and treatment. *Compr Psychiatry* 2000;43(6):405–15.
- [9] Fleiss J. Statistical methods for rates and proportions. New York: John Wiley and Sons; 1981.
- [10] Goodwin RD, Stayner DA, Chinman MJ, Wu P, Tebes JK, Davidson L. The relationship between anxiety and substance use disorders among individuals with severe affective disorders. *Compr Psychiatry* 2002;43(4):245–52.
- [11] Hidalgo RB, Barnett SD, Davidson JR. Social anxiety disorder in review: two decades of progress. *Int J Neuropsychopharmacol* 2001;4(3):279–98.
- [12] Katzelnick DJ, Kobak KA, DeLeire T, Henk HJ, Greist JH, Davidson JR, et al. Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *Am J Psychiatry* 2001;158(12):1999–2007.
- [13] Kessler RC, Stein MB, Berglund P. Social phobia subtypes in national comorbidity survey. *Am J Psychiatry* 1998;155(5):613–9.
- [14] Lépine JP. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. *J Clin Psychiatry* 2002;63(suppl 14):4–8.
- [15] Mathew SJ, Coplan JD, Gorman JM. Neurobiological mechanisms of social anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158(10):1558–67.
- [16] Moutier CY, Stein MB. The history, epidemiology, and differential diagnosis of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl 9):4–8.
- [17] Osório FL, Graeff F, Busato G, De Pinho M, Mazza M, Crippa JAS, et al. Inventário de Fobia Social (SPIN): validação para o Brasil. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(supl II):6.
- [18] Patel A, Knapp M, Henderson J, Baldwin D. The economic consequences of social phobia. *J Affect Disord* 2002;68(2–3):221–33.
- [19] Raj BA, Sheehan DV. Social anxiety disorder. *Med Clin North Am* 2001;85(3):711–33.
- [20] Schneier FR, Johnson J, Homig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(4):282–8.
- [21] Sareen J, Stein M. A review of the epidemiology and approaches to the treatment of social anxiety disorder. *Drugs* 2000;59(3):497–509.
- [22] Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. Instruction manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). New York: Biometrics Research Department/ New York State Psychiatric Institute; 1989.
- [23] Wilson I. Screening for social anxiety disorder in first year university students—a pilot study. *Aust Family Phys* 2005;34(11):983–4.
- [24] Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *Psychiatry Clin North Am* 2001;24(4):617–41.

ANEXOS

ANEXO A - Social Phobia Inventory (SPIN- Connor et al. 2000).

PLEASE COMPLETE IN BLACK INK ONLY.

Social Phobia Inventory (SPIN)

55598

Initials ID # date / / visit

age marital status ☐ married ☐ separated ☐ widowed ☐ never married ☐ divorced ☐ refused protocol number

gender ☐ male ☐ female race or ethnic origin ☐ white, not Hispanic origin ☐ black, not Hispanic origin ☐ Hispanic ☐ Asian ☐ Native American or Alaskan native ☐ other ☐ unsure

INSTRUCTIONS Please indicate how much the following problems have bothered you during the past week. Mark only one box for each problem, and be sure to answer all items.

	not at all	a little	somewhat	very much	extremely
1 I am afraid of people in authority.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
2 I am bothered by blushing in front of people.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
3 Parties and social events scare me.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
4 I avoid talking to people I don't know.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
5 Being criticized scares me a lot.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
6 Fear of embarrassment causes me to avoid doing things or speaking to people.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
7 Sweating in front of people causes me distress.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
8 I avoid going to parties.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
9 I avoid activities in which I am the center of attention.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
10 Talking to strangers scares me.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
11 I avoid having to give speeches.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
12 I would do anything to avoid being criticized.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
13 Heart palpitations bother me when I am around people.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
14 I am afraid of doing things when people might be watching.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
15 Being embarrassed or looking stupid is among my worst fears.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
16 I avoid speaking to anyone in authority.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
17 Trembling or shaking in front of others is distressing to me.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Page 1 of 1

4/30/02

ANEXO B - Self-Statements of Public Speaking Scale (SSPS - Hofmann; DiBartolo, 2000).

Self-Statements During Public Speaking

Please imagine what you have typically thought to yourself during any kind of public speaking situation. Imagining these situations, how much do you agree with the statements given below? Please rate the degree of your agreement on a scale between 0 (if you do not agree at all) to 5 (if you agree extremely with the statement).

1. What do I have to lose it's worth a try.....	0	1	2	3	4	5
2. I'm a loser.....	0	1	2	3	4	5
3. This is an awkward situation but I can handle it	0	1	2	3	4	5
4. A failure in this situation would be more
proof of my incapacity.....	0	1	2	3	4	5
5. Even if things don't go well, it's no catastrophe.....	0	1	2	3	4	5
6. I can handle everything.....	0	1	2	3	4	5
7. What I say will probably sound stupid.....	0	1	2	3	4	5
8. I'll probably "bomb out" anyway.....	0	1	2	3	4	5
9. Instead of worrying I could concentrate on what I want to say	0	1	2	3	4	5
10. I feel awkward and dumb; they're bound to notice.....	0	1	2	3	4	5

ANEXO C – Brief Social Phobia Scale (BSPS - Davidson et al. 1991).

PLEASE COMPLETE IN BLACK INK ONLY.

Duke Brief Social Phobia Scale (BSPS)

46708

Initials ID # date / / visit

age marital status ☐ married ☐ separated ☐ widowed ☐ never married ☐ divorced ☐ refused protocol number

gender ☐ male ☐ female race or ethnic origin ☐ white, not Hispanic origin ☐ black, not Hispanic origin ☐ Hispanic ☐ Asian ☐ Native American or Alaskan native ☐ other ☐ unsure

INSTRUCTIONS The interviewer should rate the time period covering the previous week. If a patient has not been exposed to the feared situation in the past week, then rate the fear, avoidance and physiological symptoms according to how the patient would feel if faced with each situation.

PART I (FEAR/AVOIDANCE) The clinician should give separate ratings for fear and avoidance by recording in each box below a score corresponding with the following clinical anchor points.

How much do you fear and avoid the following situations?

	fear	avoidance
1 speaking in public or in front of others	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 talking to people in authority	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 talking to strangers	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 being embarrassed or humiliated	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5 being criticized	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6 social gatherings	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7 doing something while being watched (this does not include speaking)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CLINICAL ANCHOR POINTS

fear

0 none
1 mild (infrequent and/or not distressing)
2 moderate (frequent and/or some distress)
3 severe (constant, dominating a person's life and/or clearly distressing)
4 extreme (incapacitating and/or very painfully distressing)

avoidance

0 never
1 rare (1-33%)
2 sometimes (34-66%)
3 frequent (67-99%)
4 always (100%)

PART II (PHYSIOLOGICAL) When you are in a situation which involves contact with other people, or when you are thinking about such a situation, do you experience the following symptoms? Record in each box below a score corresponding with the following clinical anchor points.

1 blushing	<input type="text"/>
2 palpitations	<input type="text"/>
3 trembling or shaking	<input type="text"/>
4 sweating	<input type="text"/>

CLINICAL ANCHOR POINTS

physiological

0 none
1 mild (infrequent and/or not distressing)
2 moderate (frequent and/or some distress)
3 severe (constant, dominating a person's life and/or clearly distressing)
4 extreme (incapacitating and/or very painfully distressing)

TOTAL SCORES

Part I	fear items 1-7	total	<input type="text"/> (F)
	avoidance items 1-7	total	<input type="text"/> (A)
Part II	physiological items 1-4	total	<input type="text"/> (P)
		(F + A + P) total	<input type="text"/>

Copyright Jonathan Davidson 1995 Page 1 of 1 04/4/02

ANEXO D – Escala de Ansiedade de Beck (BAI - Cunha 2001).

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK

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

0003002224914

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

Protocolo adaptado para a codificação do original da Tradução e Adaptação Brasileira Casa do Psicólogo (2001)
 Diagramação: Marcelo Mazza (2004).

ANEXO E – Escala Analógica de Humor (VAMS) (Zuardi et al., 1981).

V A M S

SUJEITO: FASE:.....

INSTRUÇÕES: Avalie como você se sente agora em relação aos itens abaixo e marque cada linha com um traço vertical no ponto que melhor descreve seus sentimentos. O centro de cada linha indica como você habitualmente se encontra e as extremidades indicam o máximo de cada condição.

ALERTA	_____	SONOLENTO
CALMO	_____	AGITADO
FORTE	_____	FRACO
CONFUSO	_____	COM IDÉIAS CLARAS
ÁGIL	_____	DESAJEITADO
APÁTICO	_____	DINÂMICO
SATISFEITO	_____	INSATISFEITO
PREOCUPADO	_____	TRANQUILO
RACIOCÍNIO DIFÍCIL	_____	PERSPICAZ
TENSO	_____	RELAXADO
ATENTO	_____	DISTRAÍDO
INCAPAZ	_____	CAPAZ
ALEGRE	_____	TRISTE
HOSTIL	_____	AMISTOSO
INTERESSADO	_____	DESINTERESSADO
RETRAÍDO	_____	SOCIÁVEL

ANEXO F – Escala de Sintomas Somáticos (ESS).

ESCALA DE SINTOMAS SOMÁTICOS

NOME _____ DATA _____ ESCORE _____

INSTRUÇÕES: Avalie como você se sente agora em
 Relação aos itens abaixo, e faça um círculo ao redor do
 Número que melhor expresse este seu estado atual.

	NADA	MUITO POUCO	POUCO	MODERA DAMENTE	MUITO	EXTREMA MENTE
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
01. Cansado (a) _____	0	1	2	3	4	5
02. Fraco (a) _____	0	1	2	3	4	5
03. Letárgico (a) _____	0	1	2	3	4	5
04. Com dor ou peso na cabeça _____	0	1	2	3	4	5
05. Com tensão muscular _____	0	1	2	3	4	5
06. Com temor _____	0	1	2	3	4	5
07. Com fome _____	0	1	2	3	4	5
08. Com sede _____	0	1	2	3	4	5
09. Com dificuldade de coordenação _____	0	1	2	3	4	5
10. Suando _____	0	1	2	3	4	5
11. Com palpitação _____	0	1	2	3	4	5
12. Com dificuldade de respirar _____	0	1	2	3	4	5
13. Agitado (a) _____	0	1	2	3	4	5
14. Com vontade de urinar _____	0	1	2	3	4	5
15. Com náusea ou mal-estar gástrico _____	0	1	2	3	4	5
16. Com boca seca _____	0	1	2	3	4	5
17. Com visão turva _____	0	1	2	3	4	5
18. Com tonturas _____	0	1	2	3	4	5
19. Com vontade de evacuar _____	0	1	2	3	4	5
20. Com dificuldade de urinar _____	0	1	2	3	4	5
21. Com formigamento _____	0	1	2	3	4	5

ANEXO G – Autorização dos autores das versões originais do SPIN e BSPS para uso dos instrumentos.

DUKE UNIVERSITY MEDICAL CENTER

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences

Anxiety and Traumatic Stress Program

Telephone: (919) 684-2850

Facsimile: (919) 684-8866

November 19, 2003

José Alexandre de Souza Crippa, MD, PhD
Pós-Graduação em Saúde Mental
Departamento de Neuropsiquiatria e Psicologia Médica
Hospital das Clínicas – Terceiro Andar
Av. Bandeirantes, 3900
Ribeirão Preto – São Paulo, Brasil

Dear Dr. Crippa:

Thank you for your interest in studying several of the scales developed by our group, specifically the Brief Social Phobia Scale (BSPS) and the Social Phobia Inventory (SPIN). We are most pleased to give you permission to translate these scales into Portuguese, to validate these translations, and to use them in your study.

If I may be of further assistance, please feel free to contact me. I wish you well in your research.

Sincerely yours,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "K. Connor".

Kathryn M. Connor, M.D.
Research Director
Anxiety and Traumatic Stress Program

ANEXO H - Autorização dos autores da versão original da SSPS para uso do instrumento.

Dear José:

I would be more than happy to collaborate with you on this important research. The SSPS has been translated into German, Swedish, and Spanish, but I have not seen the Spanish version. I am not aware of a Portuguese version. To my knowledge, the SPIN only exists as an English version. I will be more than happy to help you with the back-translation. Of course, you have my permission to use the instrument and conduct any psychometric studies on it.

I look forward to working with you.

Best wishes,
Stefan

At 09:28 AM 8/19/03 -0400, you wrote:

>Dear Stefan,

>

> Many thanks for your quick response and attention. If possible, in
>the nearby future, we would like to have you to evaluate the
>backtranslation of the instrument from the Portuguese language. Moreover,
>as we are about to start the psychometric properties study of the SPIN
>scale, we are also planning to include the SSPS in the evaluations, if you
>agree us to do.

> We are not aware about any translation and adaptation into Portuguese
>neither of the SPIN nor of the SPSS scales (if you know, please let us
>know). Thus, if you agree, we would like to formally ask you authorize us
>to study the reliability, validity, factorial analysis of your scale. Our
>group have been working with anxiety, and with rating scales (see examples
>below).

>

> We very much look forward to hearing from you in due course

>

> Yours sincerely

>

> José

>

>

> Looking forward to hearing from you asap

> José

>

>

>Crippa JAS, Sanches RF, Hallak JEC, Loureiro SR, Zuardi AW. "A Structured
>Interview Guide increases Brief Psychiatric Rating Scale reliability in
>raters with low clinical experience". Acta Psychiatrica Scandinavica 2001;
>103(6): 465-473.

>

>Zuardi AW, Loureiro SR, Rodrigues CR. Reliability, validity and factorial
>dimensions of the Interactive Observation Scale for Psychiatric Inpatients.
>Acta Psychiatr Scand. 1995 Apr;91(4):247-51.

>

>Crippa JAS, Sanches RF, Hallak JEC, Loureiro SR, Zuardi, AW. Factor
>structure of Bech's translated version of the Brief Psychiatric Rating
>Scale in Brazilian Patients. Brazilian Journal of Medical and Biological
>Research, 2002; 35,(10), 1209-1213.

>

>Del-Ben CM, Rodrigues CR, Zuardi AW. Reliability of the Portuguese version
>of the structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) in a Brazilian
>sample of psychiatric outpatients. Braz J Med Biol Res. 1996
>Dec;29(12):1675-82.

>

>Del-Ben CM, Vilela JAA, Crippa JAS, Hallak JEC, Labate CM, Zuardi AW.
>"Test-Retest Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV -
>Clinical Version (SCID-CV) Translated Into Portuguese". Rev Bras Psiquiatr.
>2001; 23(3):156-9.

>

>

> Crippa JAS, Hallak JEC, Vilela JAA, Loureiro SR, Zuardi AW. "The brief

ANEXO I – Carta de aprovação do estudo pelo Comitê de Ética Médica da FMRP-USP.

CEP. 14048-900
RIBEIRÃO PRETO - S.P.
BRASIL

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO – MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 15 de dezembro de 2003

Ofício nº 3708/2003
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado **“TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE AUTO E HETERO-AVALIAÇÃO”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 171ª Reunião Ordinária realizada em 15/12/2003, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 11570/2003.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCFMRP USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
FLÁVIA DE LIMA OSÓRIO
PROFª DRª SONIA REGINA LOUREIRO (Orientadora)
Depto. de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica
Em mãos

ANEXO J - Autorização da Comissão Coordenadora do Curso de Química (licenciatura) da FFCLRP-USP para realização da coleta de dados na referida instituição.

Prezada Flávia,

Em resposta a sua solicitação de autorização para coletar dados junto aos alunos do curso de Licenciatura em Química, informo que, após análise realizada pela Comissão Coordenadora do Curso, sua solicitação foi autorizada bastando entrar em contato com as professoras Dra. Glaucia Maria da Silva (602-4467) e Dra. Rogéria Rocha Gonçalves (602-4373) para agendamento.

Atenciosamente,

André Luís Pereira Barnabé
Auxiliar de Administração
Departamento de Química
Av. Bandeirantes, 3900 - Monte Alegre
14040-901 - Ribeirão Preto, SP - Brasil
fone (0__16) 602-4386
fax: (0__16) 633-8151

ANEXO L - Autorização da Comissão Coordenadora do Curso de Química (bacharelado) da FFCLRP-USP para realização da coleta de dados na referida instituição.

Ribeirão Preto, 26 de julho de 2004

Prezada Professora,

Dirijo-me á vossa senhoria, solicitando-lhe autorização para coletar dados junto aos alunos do curso de Química - bacharelado, relativos ao meu projeto de pesquisa – Mestrado Saúde Mental- FMRP-USP. O referido projeto intitulado “ Transtorno de Ansiedade social: validação de instrumentos de auto e hetero-avaliação foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP e da FMRP-USP (cópia em anexo).

O estudo em questão visa validar instrumentos de avaliação de ansiedade social junto a universitários, conforme relatado no resumo do projeto em anexo. A coleta de dados junto aos universitários prevê uma aplicação coletiva em sala de aula, de aproximadamente 30 minutos, após a autorização do professor responsável e o consentimento livre dos estudantes mediante às informações pertinentes ao projeto, caracterizando assim uma participação voluntária.

Coloco-me à disposição para mais informações.

Atenciosamente,

Flávia de Lima Osório

Psicóloga – CRP06/53152-3

Fone: (16)6022837

E-mail; flaosorio@bol.com.br

*De acordo desde
que o pendado previamente
com o docente
Mailde das Dores Assis
27/07/04*

Ilma Sra

Prof Dr Marilda das Dores Assis

MD Coordenadora do Curso de Química (bacharelado) – FFCLRP-USP

ANEXO M - Autorização da Comissão Coordenadora do Curso de Psicologia da FFCLRP-USP para realização da coleta de dados na referida instituição.

[Bate-papo](#) | [Busca](#) | [Cartões](#) | [Domínios](#) | [VilaBOL](#) | [ShoppingBOL](#) | [Ajuda](#)
e-mail grátis

Quarta, 18 de agosto de 2004 - 07h52
flaosorio@bol.com.br

[Atualizar dados](#) | [Voltar](#) | [Sair](#) | [Ajuda](#)

Mensagens

ler

Responder | Responder a todos | Apagar | Encaminhar

Escrever

Endereços

Pastas

Limpar lixeira

Buscar

Configurar

Ajuda

Cartões

Notícias

GenteMiner

Sair

De: Célia Celeste Moi

Bloquear endereço

Para: flaosorio@bol.com.br

Data: 16/08/2004 15:35

Assunto: Solicitação de autorização para coleta de dados

Prezada Flávia de Lima Osório,

A Comissão Coordenadora do Curso de Psicologia da FFCLRP/USP em reunião do dia 12 de agosto p.p., autorizou sua solicitação para coletar dados junto aos alunos do curso de Psicologia para o Projeto de Mestrado em Saúde Mental-FMRP/USP intitulado "Transtorno de Ansiedade social: validação de instrumentos de auto e hetero-avaliação" orientado pela profa. dra. Sonia Regina Loureiro da FMRP.

A CoC Psicologia solicita que entre em contato com os docentes responsáveis para as devidas autorizações.

Atenciosamente,
Sueli Perez Cortellini
Secretaria CoC Psicologia tel.16-6023796
FFCLRP/USP

Responder | Responder a todos | Apagar | Encaminhar

Fechar

Msg anterior

Próxima msg

Exportar

Mover para

Entrada ▼

[Condições de uso do BOL](#) | [Sobre o BOL](#) | [Política de privacidade](#) | [Anuncie](#)
[Registre-se no BOL](#) | [Trabalhe no BOL](#) | [Ajuda](#)

Lembre-se: sua senha de acesso no BOL é secreta; não a informe a ninguém.
O BOL jamais solicitará sua senha por e-mail ou por telefone.

Copyright 1999 - 2004 - Brasil Online - Todos os direitos reservados

ANEXO N - Autorização da Comissão Coordenadora dos Cursos de Física Médica e Matemática Aplicada a Negócios da FFCLRP-USP para realização da coleta de dados na referida instituição.

Ribeirão Preto, 26 de julho de 2004

Prezado Professor,

Dirijo-me á vossa senhoria, solicitando-lhe autorização para coletar dados junto aos alunos dos cursos de Física Médica, Matemática Aplicada a Negócios e Ciências da Documentação e Informação, relativos ao meu projeto de pesquisa – Mestrado Saúde Mental- FMRP-USP. O referido projeto intitulado “ Transtorno de Ansiedade social: validação de instrumentos de auto e hetero-avaliação foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP e da FMRP-USP (cópia em anexo).

O estudo em questão visa validar instrumentos de avaliação de ansiedade social junto a universitários, conforme relatado no resumo do projeto em anexo. A coleta de dados junto aos universitários prevê uma aplicação coletiva em sala de aula, de aproximadamente 30 minutos, após a autorização do professor responsável e o consentimento livre dos estudantes mediante às informações pertinentes ao projeto, caracterizando assim uma participação voluntária.

Coloco-me à disposição para mais informações.

Atenciosamente,

Autorizado
26/07/04
Quel Smith 16
Amando Siulte Ito
Chefe do Dep'to. de Física e Matemática
FFCLRP/USP

Flávia de Lima Osório

Psicóloga – CRP06/53152-3

Fone: (16)6022837

E-mail: flaosorio@bol.com.br

Ilmo Sr

Prof Dr Amando Siulte Ito

MD Chefe do Departamento de Física e Matemática – FFCLRP-USP

Recebi no Dep. Física e Matemática

Em 26/07/04 às 13h30m

Secretaria do DFM

ANEXO O - Autorização da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UNIFRAN para realização da coleta de dados na referida instituição.

CNPJ: 46.722.831/0001-78 - IE: isenta
Av. Dr. Armando Salles Oliveira, 201 - Pq. Universitário
CEP 14.404-600 - Franca/SP - Caixa Postal 082
PABX (16) 3711 8888 - FAX (16) 3711 8886

DECLARAÇÃO

Autorizo a psicóloga Flávia de Lima Osório (CRP 06/53152-3), em conjunto com o Dr. Carlos Alberto Baptista CRM 86.184, docente desta Universidade, a coletarem dados relativos ao projeto de pesquisa "Transtorno de ansiedade social: validação de instrumentos de auto e hetero-avaliação". Tal coleta de dados poderá ser realizada com os alunos dos diferentes cursos desta Universidade, sendo que a participação destes deverá ser voluntária, mediante consentimento prévio.

Tal autorização está condicionada à aprovação prévia pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Dionísio Vinha", is written over the printed name.

Prof. Dr. Dionísio Vinha
Pró-Reitor de Pesquisa e de Pós-Graduação

Cross-cultural validation of the Brief Social Phobia Scale for use in Portuguese and the development of a structured interview guide

Validação transcultural para o português da Brief Social Phobia Scale e desenvolvimento de um roteiro de perguntas-guia

Flávia de Lima Osório,¹ José Alexandre de Souza Crippa,¹
Sonia Regina Loureiro¹

Abstract

Objective: To present the translation and validation of the Brief Social Phobia Scale for use in Brazilian Portuguese, to develop a structured interview guide in order to systemize its use and to perform a preliminary study of inter-rater reliability. **Method:** The instrument was translated and adapted to Portuguese by specialists in anxiety disorders and rating scales. A structured interview guide was created with the aim of covering all of the items of the instrument and grouping them into six categories. Specialists in mental health evaluated the guide. These professionals also watched the videotaped interviews of patients with and without social anxiety disorders, and, based on the interview guide, they rated the scale to evaluate its reliability. **Results:** No semantic or linguistic adjustments were needed. For the complete scale, the general evaluation showed a percentage of agreement of 0.84 and intraclass coefficient of 0.91. The mean inter-rater correlation was 0.84. **Conclusions:** The Portuguese-language version of the Brief Social Phobia Scale is available for use in the Brazilian population, with rather acceptable indicators of inter-rater reliability. The interview guide was useful in providing these values. Further studies are needed in order to improve the reliability and to study other psychometric properties of the instrument.

Keywords: Anxiety disorders; Phobic disorders; Validation studies [Publication type]; Evaluation studies; Reproducibility of results

Resumo

Objetivo: Apresentar a tradução e validação da Brief Social Phobia Scale para o português, um roteiro de perguntas-guia para sistematizar sua aplicação e o estudo preliminar da confiabilidade inter-avaliadores. **Método:** O instrumento foi traduzido e adaptado para o português por especialistas em transtornos de ansiedade e escalas de avaliação. Um roteiro de perguntas-guia foi elaborado de modo a abranger todos os itens do instrumento, agrupando-os em seis categorias. O roteiro foi submetido à avaliação de profissionais de saúde mental. Tais profissionais também assistiram a entrevistas gravadas em videotape de pacientes com e sem transtorno de ansiedade social, as quais tiveram como referência o roteiro para pontuar a escala para o cálculo da confiabilidade. **Resultados:** Não foram necessárias reformulações e adaptações semânticas e lingüísticas. Para a escala total, a concordância geral foi 0.84 e o coeficiente de correlação intraclasse 0.91. O nível médio de concordância dos avaliadores foi 0.84. **Conclusões:** a versão para o português está disponível para uso na população brasileira, apresentando indicadores preliminares de confiabilidade inter-avaliadores bastante aceitáveis, sendo que o uso do roteiro de perguntas-guia foi bastante útil para favorecer tais valores. Futuros estudos são necessários para aprimorar o valor desta e das demais propriedades psicométricas do instrumento.

Descritores: Transtorno da ansiedade; Fobia social; Estudos de validação, escalas; Estudos de avaliação; Confiabilidade da tecnologia

¹ Department of Neurology, Psychiatry and Medical Psychology, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto (SP), Brazil

Financing: Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto FAEPA-USP and Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) - 02113197-2

Conflict of interest: None

Submitted: 20 March 2006

Accepted: 17 May 2006

Correspondence

Flávia de Lima Osório

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Av. dos Bandeirantes 3900- Campus Universitário

14048-900 Ribeirão Preto, SP, Brazil

E-mail: flaliosorio@ig.com.br

Introduction

Despite its high prevalence and adverse impact, social anxiety disorder (SAD) remains an under-recognized and underdiagnosed condition.¹⁻² However, SAD responds well to pharmacological treatment and cognitive therapy.³ Therefore, early detection is essential to preventing the development of comorbid conditions and improving the prognosis.

Rating scales are important instruments for characterizing clinical profiles, as well as for determining the severity of psychiatric disorders. Previous review studies⁴⁻⁵ had identified a variety of available instruments, both self- and observer-rated, for SAD assessment.

Some scales are available for use in the Brazilian population.⁶⁻¹⁰ However, to our knowledge, no observer-rated SAD assessment instrument is available for such use. The importance of such an instrument, specifically for SAD assessment, lies in the fact that individuals with SAD tend to underestimate their SAD symptoms, associating them and the consequent harms to comorbid situations such as depression.

Among the observer-rated instruments, the Brief Social Phobia Scale (BSPS)¹¹ is of great importance. It consists of 18 items, grouped in three subscales (fear, avoidance and physiological arousal), a score corresponding to one of five levels of severity (0 to 4) being assigned for each item. The BSPS has shown good psychometric qualities: test-retest reliability (0.91); internal consistency (0.81); and convergent validity (0.70) with the Liebowitz Social Anxiety Scale – observer-rated version. The factor analysis identifies six factors: generalized symptoms of fear and avoidance; physiological arousal; doing something while being watched; speaking in public; speaking at social gatherings; and talking to strangers.¹² This scale has been used to assess the severity of SAD and the response to treatment.

In the original proposition,¹¹ the BSPS is applied after an unstructured interview. This procedure presumes that raters are experienced and have received appropriate training for using the instrument, as well as for recognizing and classifying the psychopathological symptoms. The absence of such requisites may lead to reduced reliability.¹³ Therefore, semistructured interviews and interview guides might increase standardization, thereby reducing variability in the interpretation of the information by different raters and minimizing the effect of rater experience with the instrument and with the disorder assessed.¹⁴⁻¹⁵

Objective

The study had multiple objectives: to present the translation and cross-cultural validation of the BSPS for use in Portuguese; to evaluate a structured interview guide, created to facilitate and systemize the use of the scale; and to conduct a preliminary study of inter-rater reliability when the scale is used in conjunction with the interview guide.

Method

This study was approved by the local research ethics committee (Nº HCRP 11570/2003), and all subjects (patients

and controls) gave written informed consent after being fully informed of the research procedure.

1. Translation and validation of the BSPS for use in Portuguese

The BSPS was translated from the original English into Portuguese by two psychiatrists and one psychopharmacologist specializing in anxiety disorders with experience in rating scales. All were Brazilian by birth and proficient in the English language. The three versions were compared and a single final version was obtained after reaching a consensus. The final Portuguese-language version was back translated by a bilingual psychiatrist who did not have access to the original English version, and the authors of the original version then compared the back-translation to the original.

2. Interview guide

In order to facilitate and systematize the use of the scale, we proposed a semistructured interview, which was based on a structured interview guide and addressed all items in the scale. We grouped the assessed items into six categories to favor a logical sequence of questions.

Eight researchers from the mental health field (four psychologists, two occupational therapists and two psychiatrists) individually reviewed the interview guide. This group of researchers consisted of one undergraduate in psychology and seven graduate professionals with one to twelve years of postgraduate experience and little ($n = 4$) or sufficient ($n = 4$) experience in using rating scales in a clinical and research contexts. The reviewers evaluated the guide in terms of clarity of the instructions, as well as in terms of pertinence/understandability of the content and the guide questions for the assessment of each item in the scale.

The members of the research group then watched a videotaped interview of an individual with SAD. The interview was conducted according to the previously created interview guide and took an average of 40 minutes. We then asked the researchers to complete the scale independently. The answers were compared, and the points of agreement/disagreement were discussed until a consensus was obtained.

After rating the instrument, the reviewers pointed out the difficulties they experienced in using the guide and suggested some changes. All suggestions were discussed and were included in the final version of the guide.

3. Preliminary study of BSPS inter-rater reliability

The aforementioned group of researchers participated as reviewers for the preliminary test of the reliability of the scale. At this stage, the group watched, at two different times, four videotaped interviews with four individuals: three presenting various degrees of SAD severity and one without SAD. After each video, the researchers completed the scale independently. The interviews were conducted using the final version of the

guide as a reference. After the scale had been completed, each answer was evaluated by the group, obtaining a consensus answer for each patient, which was used as a standard for establishing the inter-rater agreement level. The evaluations were compared for each item and each rater was compared individually to the group.

Results

1. Translation and validation of the BSPS for use Portuguese

The back-translation of the BSPS was evaluated by the authors of the original version, who stated that no reformulations or semantic and linguistic adjustments were necessary. The Portuguese-language version was dubbed the *Escala Breve de Fobia Social* (Annex 1).

2. Development of a structured interview guide

In evaluating the guide, the raters found that, in general, the questions were appropriate, clear and favored the systematization of usage. However, they suggested that some questions be reformulated and others added. The problems identified were related to the criteria for the severity of fear subscale, which the raters felt needed more clarity and objectivity. Therefore, it was proposed that each of the four severity criteria be further detailed to make them more objective. After this reformulation, the researchers reviewed the material and concluded that the difficulties had been solved and that the instrument could now be submitted to the next stage of the test.

The final version of the guide (Annex 2) consists of questions grouped into six categories of investigation:

- Category 1: Social Gatherings: part 1– item 6 (fear and avoidance)
- Category 2: Physiological Arousal: part 2– items 1, 2, 3 and 4.
- Category 3: Being Observed: part 1– item 7 (fear and avoidance)
- Category 4: Speaking/Talking: part 1– items 1, 2 and 3 (fear and avoidance)
- Category 5: Being Embarrassed: part 1– item 4 (fear and avoidance)
- Category 6: Feeling Criticized: part 1– item 5 (fear and avoidance)

3. Preliminary study of BSPS inter-rater reliability

In the first stage of scoring, the percentage of agreement of the items ranged from 0.14 to 1.00 for the scale as a whole, from 0.14 to 0.86 for fear, from 0.57 to 1.00 for avoidance and from 0.57 to 0.86 for physiological arousal. Inter-rater agreement ranged from 0.55 to 0.88. The general mean was 0.68.

In the second stage, the percentage of agreement was 0.84 and the intraclass coefficient (ICC) was 0.91. Table 1 shows the information regarding the subscales.

Table 1 – Agreement indexes and intraclass correlation coefficients (ICCs) of BSPS in terms of subscales and the scale as a whole

Subscale	Agreement variation	Mean agreement	ICC
Fear	0.55-0.94	0.76	0.95
Avoidance	0.68-1.0	0.88	0.99
Physiological arousal	0.84-0.94	0.85	0.92
Total	0.55-1.0	0.84	0.91

Individual rater agreement with the group ranged from 0.79 to 0.94, with a mean of 0.84.

Discussion

The Portuguese-language version of the BSPS is now available and meets an important need, since, to date, no observer-rated instruments were available for assessing SAD. As in previous studies of observer-rated instruments,¹³⁻¹⁵ using a structured interview guide proved useful for the systematic use of the instrument and increased its reliability, independently of the level of experience of the raters. In the preliminary study of the psychometric quality of the scale, we observed that all items presented significance, with an overall percentage of agreement of 0.84 and an ICC of 0.91, the latter being a benchmark of excellent agreement.

The additional detail and specification given to the severity of fear criteria provided a further increase in the levels of inter-rater agreement on each item, strongly contributing to the acquisition of better reliability values. Although this psychometric quality has not been studied in the original version, the observed preliminary value is consistent with the psychometric values presented in the original study,¹² showing that the scale is appropriate for our context.

We believe that the present version is equivalent to the original in terms of language, concepts and items included. The back-translation was accepted by the authors of the original instrument, with no need for reformulations, and was thus designated the official version for use in the Portuguese language. The original layout of the instrument was maintained.

Conclusion

The Portuguese-language version of the BSPS was created through a careful process of translation and adjustment. In this preliminary study, inter-rater reliability was found to be quite acceptable.

Further studies, involving larger samples, control groups and double-blind assessments, are needed in order to increase the value of this and other psychometric properties of the scale. Such studies might further the evaluation of the instrument in clinical and research contexts.

Acknowledgments

The authors thank Graeff FG, Zuardi AW, Hetem LA, Busatto GF, Davidson J and Connor K for their collaboration in the process of translating the instrument.

Annex 1 - Brief Social Phobia Scale (BSPS) translated and adapted to Portuguese

Brief Social Phobia Scale (BSPS) traduzida e adaptada para o português

Tradução e adaptação para o Português: Crippa JAS, Graeff FG, Zuardi AW, Hetem LA, Busatto GF, Loureiro SR (2003)

Iniciais:..... Idade:..... Data:.....

Idade _____	Estado Civil	☐ Casado	☐ Separado	☐ Viúvo	Nº Protocolo _____
		☐ Solteiro	☐ Divorciado		
Sexo	Cor	☐ Branco	☐ Negro	☐ hispânico	
☐ Masculino		☐ Amarelo	☐ Índio	☐ Outro	☐ Não sabe
☐ Feminino					

INSTRUÇÕES A avaliação deve ser feita levando em conta os últimos 7 dias. Se o paciente não tiver sido exposto às situações temidas na última semana, avalie o medo, o comportamento de esquiva e os sintomas fisiológicos de acordo com como o paciente se sentiria se confrontado com cada situação.

Parte 1 O entrevistador deve avaliar separadamente a intensidade do medo e da esquiva anotando para cada item abaixo o escore correspondente, de acordo com os seguintes pontos de ancoragem.

(Medo / Esquiva)

Quanto você teme e evita as seguintes situações?

	Medo	Esquiva
1) Falar em público ou na frente de outras pessoas		
2) Conversar com autoridades		
3) Conversar com estranhos		
4) Ficar envergonhado ou sentir-se humilhado		
5) Ser criticado		
6) Reuniões sociais		
7) Fazer coisas enquanto está sendo observado (não inclui falar em público)		

Pontos de Ancoragem

Medo

- 0 Nenhum
 1 Leve (Infrequente e/ou não angustiante)
 2 Moderado (Frequente e/ou alguma angústia)
 3 Grave (Constante, dominando a vida da pessoa e/ou claramente angustiante)
 4 Extremo (Incapacitante e/ou muito dolorosamente angustiante)

Esquiva

- 0 Nunca
 1 Raro (1-33%)
 2 Algumas vezes (34-66%)
 3 Frequente (67-99%)
 4 Sempre (100%)

Parte 2 Quando você está numa situação que envolve contato com outras pessoas, ou quando se imagina em tal situação, você sente os seguintes sintomas? Assinale para cada item abaixo o escore correspondente aos seguintes pontos de ancoragem

1) Rubor	
2) Palpitações	
3) Tremores ou estremecimento	
4) Transpiração	

Pontos de Ancoragem

Fisiológicos

- 0 Nenhum
 1 Leve (Infrequente e/ou não angustiante)
 2 Moderado (Frequente e/ou alguma angústia)
 3 Grave (Constante, dominando a vida da pessoa e/ou claramente angustiante)
 4 Extremo (Incapacitante e/ou muito dolorosamente angustiante)

Escore total	Parte 1	Medo itens 1-7	total = (M)
		Esquiva itens 1-7	total = (E)
	Parte 2	Fisiológicos itens 1-4	total = (F)

Total = _____
(M+E+F)

COPYRIGHT© JONATHAN DAVIDSON 1995

Annex 2 – Structured interview guide for using the Brief Social Phobia Scale (BSPS)

STRUCTURED INTERVIEW GUIDE FOR USING THE BRIEF SOCIAL PHOBIA SCALE (BSPS)

Instructions: "This interview aims to assess how extreme shyness may influence your life in many ways".

Item	Guiding questions	Observe as severity criteria
SOCIAL GATHERINGS Part 1 Item 6	<p>Consider the last seven days (if you did not experience these situations in the last seven days, how would you feel if you did? - imagine):</p> <ul style="list-style-type: none"> • How did you feel while attending social gatherings (parties, reunions with family and friends)? Did you feel fear or anguish when you had to attend social gatherings? Did you feel afraid? How often? To what extent does the difficulty to attend social gatherings hinder your life? (part 1-item 6) • Do you avoid going to social gatherings? How often? Rate how much you avoid these meeting on a scale from 0 to 100 (AVOIDANCE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Consider for fear: <ul style="list-style-type: none"> 0- none 1- slight (rarely/occasionally feels anguish) 2- moderate (always feels fear/anguish, but still attends) 3- severe (always feels fear/anguish when facing any type of gathering, such as parties, reunions with friends or family. Attends only when absolutely necessary) 4- extreme (incapacitating/does not attend social gatherings) • Consider for avoidance: <ul style="list-style-type: none"> 0- never 1- rarely (1-33%) 2- sometimes (34-66%) 3- often (67-99%) 4- always (100%)
PHYSIOLOGICAL AROUSAL Part 2 Items 1,2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> • When you meet someone or when you imagine yourself in this situation, you: <ul style="list-style-type: none"> -Blush (your face becomes warm and red)? How often? (item 1). Rate the intensity of this symptom on a scale from 0 to 100. -Do you feel palpitations? How often? (item 2). Rate the intensity of this symptom on a scale from 0 to 100. -Do you feel tremors? How often? (item 3). Rate the intensity of this symptom on a scale from 0 to 100. -Do you sweat (perspire)? How often (item 4). Rate the intensity of this symptom on a scale from 0 to 100. 	<ul style="list-style-type: none"> 0- none 1- slight (rarely) 2- moderate (always in a specific interaction situation) 3- severe (whenever there is interaction) 4- extreme (constant/incapacitating)
BEING OBSERVED Part 1 Item 7	<p>Consider the last seven days (if you did not experience these situations in the last seven days, how would you feel if you did? - imagine):</p> <ul style="list-style-type: none"> • How do you feel about being observed by other people when performing the following activities: eating, drinking, using the phone, writing, and using a public restroom? Do you feel fear when doing any of these activities while being observed? How often? To what extent does the difficulty of being observed by others hinder your life? (item 7) -Do you avoid doing any of these activities when being observed? How often? Rate your avoidance on a scale from 0 to 100. (AVOIDANCE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Consider for fear: <ul style="list-style-type: none"> 0- none 1- slight (rarely feels anguish) 2- moderate (always feels fear/anguish, but still performs the activities when observed) 3- severe (always feels fear/anguish when it is necessary to perform the activities while being observed and engages in the activities only when absolutely necessary) 4- extreme (incapacitating, does not perform the activities when being observed) • Consider for avoidance: <ul style="list-style-type: none"> 0- never 1- rarely (1-33%) 2- sometimes (34-66%) 3- often (67-99%) 4- always (100%)
If necessary:		
SPEAKING/ TALKING Part 1 Item 1,2,3	<p>Consider the last seven days (if you did not experience these situations in the last seven days, how would you feel if you did? - imagine):</p> <ul style="list-style-type: none"> • How do you feel about speaking in public or to other people (seminars, giving messages to groups of people)? Do you feel fear or anguish? How often? (item 1). - Do you avoid speaking in public or to other people? Rate your avoidance on a scale from 0 to 100 (AVOIDANCE) • How do you feel about talking to authorities (boss, teacher, important people)? Do you feel fear or anguish? How often? (item 2). - Do you avoid talking to authorities? Rate your avoidance on a scale from 0 to 100 (AVOIDANCE) • How do you feel about talking to strangers? Do you feel fear or anguish? How often? (item 3). - Do you avoid talking to strangers? Rate your avoidance on a scale from 0 to 100 (AVOIDANCE) <p>In a general way, to what extent does the difficulty to talk to people hinder your life?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consider for fear: <ul style="list-style-type: none"> 0- none; 1- slight (rarely feels fear, occasionally feels anguish); 2- moderate (always feels fear/anguish, but still talks); 3- severe (constantly/takes over their life/talks only when absolutely necessary); 4- extreme (incapacitating/painfully anguishing, does not talk). • Consider for avoidance: <ul style="list-style-type: none"> 0- never 1- rarely (1-33%) 2- sometimes (34-66%) 3- often (67-99%) 4- always (100%)

(continued on next page)

(continuation from the last page)

Item	Guiding questions	Observe as severity criteria
GETTING EMBARRASSED		
Part 1 Item 4	<p>Consider the last seven days (if you did not experience these situations in the last seven days, how would you feel if you did? -imagine):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Do you feel fear or anguish when there is a possibility of you feeling embarrassed or humiliated while among other people (known and strangers) or when performing activities? How often? To what extent does the possibility of feeling embarrassed or humiliated, while among other people or when performing activities, hinder your life? (item 4) • Do you avoid situations where you will be among other people or performing tasks in which you may feel embarrassed or humiliated? How often? Rate your avoidance on a scale from 0 to 100 (AVOIDANCE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Consider for fear: <ul style="list-style-type: none"> 0- none 1- slight (rarely /sometimes feels anguish) 2- moderate (always, almost always feels fear/anguish, but still contacts other people and performs activities) 3- severe (always feels fear/anguish when facing the possibility of feeling embarrassed/humiliated, only contacts people or performs activities when absolutely necessary) 4- extreme (incapacitating/ does not contact other people or perform activities as a way to avoid feeling embarrassed or humiliated) • Consider for avoidance: <ul style="list-style-type: none"> 0- never 1- rarely (1-33%) 2- sometimes (34-66%) 3- often (67-99%) 4- always (100%)
FEELING CRITICIZED		
Part 1 Item 5	<p>Consider the last seven days (if you did not experience these situations in the last seven days, how would you feel if you did? -imagine):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Do you feel fear or anguish when facing the possibility of being criticized in situations when you are among other people or performing activities? How often? To what extent does the possibility of being criticized while among other people or when performing activities, hinder your life? (item 5) - Do you avoid situations of making contact with other people or performing activities in which you may be criticized? How often? Rate your avoidance on a scale from 0 to 100. (AVOIDANCE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Consider for fear: <ul style="list-style-type: none"> 0- none 1- slight (rarely/sometimes feels anguish) 2- moderate (always, almost always feels fear/anguish, but still performs the activities) 3- severe (always feels fear/anguish when facing the possibility of being criticized and only performs the activities when absolutely necessary) 4- extreme (incapacitating/does not perform the activities due to the fear of being criticized) • Consider for avoidance: <ul style="list-style-type: none"> 0- never 1- rarely (1-33%) 2- sometimes (34-66%) 3- often (67-99%) 4- always (100%)

References

- Davidson JR, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med*. 1993;23(3):709-18.
- Katzelnick DJ, Kobak KA, DeLeire T, Henk HJ, Greist JH, Davidson JR, Schneier FR, Stein MB, Helstad CP. Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *Am J Psychiatry*. 2001;158(12):1999-2007.
- Nardi AE. O tratamento farmacológico da fobia social. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(4):249-57.
- Tharwani HM, Davidson RT. Symptomatic and functional assessment of social anxiety disorder in adults. *Psychiatric Clin North Am*. 2001;24(4):643-59.
- Osório FL, Crippa JA, Loureiro SR. Instrumentos de avaliação do transtorno de ansiedade social. *Rev Psiq Clin*. 2005;32(2):73-83.
- Paes de Barros T. Perfil psicopatológico e transtorno de personalidade em uma amostra de pacientes com diagnóstico de Fobia Social [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1996.
- Vilete LM, Coutinho ES, Figueira IL. Confiabilidade da versão em Português do Inventário de Fobia Social (SPIN) entre adolescentes estudantes do município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2004;20(1):89-99.
- Osório FL, Graeff F, Busato G, De Pinho M, Mazza M, Crippa JAS, Chaves M, Loureiro SR. Inventário de Fobia Social (SPIN): validação para o Brasil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26 (Supl II):6.
- Osório FL, Loureiro SR, Zuardi AW, Graeff F, De Pinho M, Mazza M, Chaves M, Crippa JAS. Escala de auto-avaliação ao falar em público (SSPS): validação transcultural para o Brasil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(Supl II):21.
- Picon P, Gauer GJ, Hirakata VN, Haggstram LM, Beidel DC, Turner SM, Manfro GG. Reliability of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) Portuguese version in a heterogeneous sample of Brazilian university students. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(2):124-30.
- Davidson JR, Potts NL, Richichi EA, Ford SM, Krishnan KR, Smith RD, Wilson W. The Brief Social Phobia Scale. *J Clin Psychiatry*. 1991;52(Suppl):48-51.
- Davidson JR, Miner CM, De Veauh-Geiss J, Tupler LA, Colket JT, Potts NL. The brief social phobia scale: a psychometric evaluation. *Psychol Med*. 1997;27(1):161-7.
- Crippa JA, Sanches RF, Hallak JE, Loureiro SR, Zuardi AW. A structured interview guide increases Brief Psychiatric Rating Scale reliability in raters with low clinical experience. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;103(6):465-70.
- Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(8):742-7.
- Vilela JA, Crippa JA, Del-Ben CM, Loureiro SR. Reliability and validity of a Portuguese version of the Young Mania Rating Scale. *Braz J Med Biol Res*. 2005;38(9):1429-39.