LARISSA FORNI DOS SANTOS

**ESTUDO DA VALIDADE E FIDEDIGNIDADE DA ESCALA DE
ANSIEDADE SOCIAL DE LIEBOWITZ – VERSÃO AUTO-APLICADA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Saúde Mental

Orientador: Profa. Flávia de Lima Osório

**RIBEIRÃO PRETO
2012**

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**

Forni-Santos, Larissa

Estudo da validade e fidedignidade da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz. Ribeirão Preto, 2012.

122 p. : il. ; 30 cm

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

Orientador: Osório, Flávia de Lima.

1. Ansiedade Social. 2. Fobia Social. 3. Escalas. 4. Validade. 5. Fidedignidade.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Larissa Forni dos Santos

Estudo da validade e fidedignidade da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências
Área de concentração: Saúde Mental

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Este trabalho foi subvencionado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, mediante a concessão de bolsa de Mestrado, no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, no período de março de 2011 a agosto de 2012.

*À minha avó Silvia (in memoriam) por todo carinho e dedicação, além do incentivo sempre
presente para continuação dos estudos e início na vida acadêmica*

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Denise, por todo incentivo e compreensão, desde meus primeiros passos até os dias de hoje e sempre.

À Profa. Dra. Flávia de Lima Osório, por ser muito mais do que uma orientadora e sim uma verdadeira companheira em toda minha trajetória profissional desde a graduação.

À Profa. Dra. Sonia Regina Loureiro, por nos acompanhar tão proximamente desde o início deste trabalho, estando sempre com as portas abertas para esclarecer nossas dúvidas e amparar as angústias.

Ao Prof. Dr. Antônio Waldo Zuardi, presente desde meu ingresso no Programa de Pós-Graduação, como meu assessor, sempre ampliando nosso modo de pensar.

Ao Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa e ao Prof. Dr. Jaime Hallak, pelo acolhimento no grupo de pesquisa e por suas colaborações.

Ao Giovanni Abrahão Salum Junior, pelo auxílio nas análises estatísticas, fundamentais para conclusão deste trabalho.

À Selma Pontes, por estar presente em diversos momentos, sempre sorrindo e disposta a ajudar.

Aos profissionais da Biblioteca Central da USP-Ribeirão Preto, pela disponibilidade e atenção na revisão realizada.

A todos os meus familiares, pelo ombro amigo, pelos conselhos, pelos almoços de domingo que ajudavam a deixar esse percurso mais suave.

Ao Daniel, por compartilhar tantos sonhos comigo, pelo amor, carinho, compreensão e ajuda.

Ao mais que amigo, Nichollas Martins Areco, simplesmente pela sua amizade.

À amiga de uma vida inteira Christiana Gonçalves Meira de Almeida, por todos os momentos que passamos juntas, desde a alfabetização até as adversidades da vida de pós-graduando.

À querida Aline Fernanda, por estar sempre presente e disposta, por todas as horas de conversa, tornando a vida menos cinza.

A todos os amigos, mesmo que distantes fisicamente, sempre foram muito próximos no coração.

Às minhas companheiras de pós-graduação Isabela e Thaysa, por partilharem tantos momentos comigo nessa caminhada.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Estado de São Paulo, pela concessão da bolsa de estudos que permitiu a dedicação exclusiva para elaboração deste trabalho.

E sempre agradeço a Deus, por todas as oportunidades que Ele me concede.

RESUMO

FORNI-SANTOS, L. **Estudo da validade e fidedignidade da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada**. 2012. 122f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2012.

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS) é caracterizado pelo medo acentuado ou persistente de situações nas quais o indivíduo poderia sentir vergonha, levando ao comportamento de esquiva fóbica. Contudo, ainda é pouco diagnosticado, devido às dificuldades em perceber suas características como sintomas. Desse modo, a validação de instrumentos para rastreamento do TAS são de grande importância para auxiliar no diagnóstico e conduta. Dentre os instrumentos disponíveis na literatura, a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS) tem sido a mais utilizada mundialmente, seja em situações clínicas ou de pesquisa, porém para uso no contexto brasileiro, este instrumento não foi consistentemente validado. Assim, o objetivo deste estudo é aferir as qualidades psicométricas de validade (concorrente, divergente e discriminativa) e fidedignidade da LSAS-SR, traduzida para o português do Brasil, em sua versão auto-aplicada, em uma amostra de universitários da população geral (N=413) e em uma amostra clínica de TAS (N=252). Para tanto, foram coletados dados com universitários de duas instituições do interior do estado de São Paulo. Foram utilizados instrumentos para avaliação específica do TAS e de seus subtipos e outros para avaliação de constructos correlacionados ao TAS, tais como, ansiedade geral, prejuízos funcionais, depressão e abuso de álcool, além da LSAS-SR e um questionário de identificação. A LSAS-SR apresentou excelente consistência interna ($\alpha=0,90-0,96$). A validade convergente com escalas específicas para avaliação do TAS apresentou correlações que variam de 0,33 a 0,84. Com a escala que avalia aspectos específicos do TAS (falar em público) as correlações foram fracas e pouco significativas, sendo que com a escala de ansiedade geral esses valores foram de 0,21 a 0,57, classificada como fraca a moderada. Apresentou correlações moderadas, na maioria dos casos, com construtos correlacionados, tais quais depressão (0,36-0,52) e prejuízo funcional (0,30-0,72). Foi observada também adequada capacidade de discriminação da escala no que tange a diferenciação casos e não-casos ($S=0,96$, $E=0,80$). Na análise fatorial exploratória apontou inicialmente uma solução de 12 fatores. Testaram-se também soluções de três, quatro e cinco fatores, sendo que os mesmos foram compostos por agrupamentos de itens diferentes dos estudos prévios. A análise fatorial confirmatória também não replicou os achados prévios, sinalizando, tal como encontrado na literatura, a dificuldade em conseguir-se uma estrutura fatorial de consenso, comum às diversas culturas nas quais o instrumento foi estudado. Para avaliação da fidedignidade teste-reteste, foi calculado o Coeficiente de Correlação Intraclassa (0,81) e de Pearson (0,82) os quais mostram-se satisfatórios. Os presentes achados vão ao encontro de estudos internacionais que certificam às excelentes qualidades psicométricas da LSAS-SR.

Palavras-chave: Ansiedade Social, Escalas, Validade, Fidedignidade

ABSTRACT

FORNI-SANTOS, L. **Study of the validity and reliability of Liebowitz Social Anxiety Scale – self-reported version**. 2012. 122f. Dissertation (Master Degree) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2012.

Social Anxiety Disorder (SAD) is characterized by the sharp or persistent fear of situations in which the individual could feel shame, leading to a behavior of phobic avoidance. However, it is still little diagnosed, due to the difficulty in recognizing its characteristics as symptoms. Therefore, the validation of instruments to screening SAD is highly important to help in the diagnosis and treatment. Among the instruments available in the literature, Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) has been the most used worldwide, being in clinical or of research situations. However, in the Brazilian context the use of this instrument has not been consistently validated. Thus, the objective of this study is to verify the psychometric qualities of validity (convergent, divergent and discriminant) and reliability of LSAS-SR, translated into Portuguese, in its self-reported version, in a sample of university students from the general population (N = 413) and in a clinical sample of SAD (N = 252). For this purpose, data from university students of two institutions of the interior of the state of São Paulo were collected. They used instruments for specific evaluation of SAD and of their subtypes and others for evaluation of constructs correlated to SAD, such as general anxiety, functional impairment, depression and alcohol abuse in addition to LSAR-SR and an identification questionnaire. LSAS-SR showed excellent internal consistency ($\alpha=0.90-0.96$). The convergent validity with specific scales for the SAD assessment presented correlations that ranged from 0.33 to 0.84. With the scale that evaluates specific aspects of the SAD (to speak in public) the correlations were weak and insignificant and with the general scale of anxiety these values ranged from 0.21 to 0.57, being classified as weak to moderate. It presented moderate correlations, in most cases, with correlated constructs, such as depression (0.36 – 0.52) and functional impairment (0.30 – 0.72). It was also observed adequate capacity of discrimination of the scale concerning the differentiation between cases and non-cases (S=0.96, E=0.80). Initially, the exploratory factorial analysis pointed the solution of 12 factors. The models with three, four and five factors were tested too, howsoever they were composed of clusters of different items compared with the original studies. The confirmatory factorial analysis did not replicate previous findings, signaling, as found in the literature, the difficulty in getting a factorial structure of consensus, common to several cultures where the instrument was studied. For the evaluation of test-retest reliability the Interclass Correlation (0.81) and the Pearson (0.82) Coefficients were calculated. Both demonstrated to be satisfactory. The present findings are aligned with international studies that certify the excellent psychometric qualities of LSAS-SR.

Key-words: Social Anxiety, Scales, Validity, Reliability

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Principais estudos psicométricos realizados com a LSAS no contexto mundial, exceto no Brasil (adaptado de OSÓRIO; CRIPPA; LOUREIRO, 2009).....	20
Tabela 2 – Relação dos estudos brasileiros realizados para validação transcultural de escalas referentes ao Transtorno de Ansiedade Social	24
Tabela 3 – Número de sujeitos contatados, excluídos e incluídos nos diferentes grupos da Fase 2 do estudo	36
Tabela 4 – Caracterização sócio demográfica da amostra incluída na Fase 1 do estudo (N= 413)	39
Tabela 5 – Caracterização sócio demográfica da amostra incluída na Fase 2 do estudo (N= 252)	40
Tabela 6 – Pontuação média e desvio padrão dos itens da subescala de medo da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada (LSAS-SR) em amostra da população geral (N=413) e clínica (N=252)	42
Tabela 7 – Pontuação média e desvio padrão dos itens da subescala de evitação da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada (LSAS-SR) em uma amostra da população geral (N=413) e clínica (N=252)	44
Tabela 8 – Valores relativos ao estudo da consistência interna da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz-versão auto-aplicada (LSAS-SR) nas diferentes amostras estudadas.....	46
Tabela 9 – Valores relativos ao estudo da validade convergente da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada (LSAS-SR) e suas subescalas com o Inventário de Fobia Social (SPIN), em uma amostra da população geral (N=413) e clínica (N = 252)	48
Tabela 10 – Valores relativos ao estudo da validade convergente da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada (LSAS-SR) e suas subescalas com a Escala Breve de Fobia Social (BSPS), em uma amostra clínica (N=252).....	49
Tabela 11 – Valores relativos ao estudo da validade convergente da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada (LSAS-SR) e suas subescalas com a Escala de Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS), em uma amostra clínica (N=252)	50
Tabela 12 – Valores relativos ao estudo da validade convergente de itens específicos sobre falar em público da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada (LSAS-SR) com a Escala de Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS), em uma amostra clínica (N=252)	51

Tabela 13 – Valores relativos ao estudo de correlação entre a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada (LSAS-SR) e suas subescalas com o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), em uma amostra clínica (N=252)....	52
Tabela 14 – Valores relativos à correlação da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz– versão auto-aplicada (LSAS-SR) e suas subescalas com o <i>Fast Alcohol Screening Test</i> (FAST), Questionário Sobre a Saúde do Paciente (PHQ-2) e Questionário de Saúde Geral-12 (QSG-12) em uma amostra clínica (N=252).....	53
Tabela 15 – Valores relativos ao estudo da validade convergente da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada (LSAS-SR) e suas subescalas com a Escala de Liebowitz para Auto-Avaliação do Prejuízo Funcional (ALAFP) e Escala de Liebowitz para Hetero-Avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF), em uma amostra clínica (N=252)	54
Tabela 16 – Valores relativos ao estudo de validade discriminativa da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz- versão auto-aplicada (LSAS) em uma amostra de casos (N=118) e não casos (N=95) de TAS	56
Tabela 17 – Valores relativos ao estudo de validade discriminativa da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz- versão auto-aplicada (LSAS) em uma amostra de casos (N=118) e subclínicos (N=39) de TAS	58
Tabela 18 – Valores relativos ao estudo de validade discriminativa da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz- versão auto-aplicada (LSAS) em uma amostra clínica de casos subclínicos (N=39) e não casos (N=95) de TAS	60
Tabela 19 – Pontuação média da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz-versão auto-aplicada (LSAS-SR) e suas subescalas em função do sexo e grupo amostral em uma amostra da população de estudantes universitários (N=413) e em uma amostra clínica (N=252)	61
Tabela 20 – Solução inicial da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada (LSAS-SR) aplicada a 118 sujeitos casos de TAS por meio do método de análise dos componentes principais	63
Tabela 21 – Matriz fatorial para os itens individuais da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada (LSAS-SR) em uma amostra de casos de TAS (N=118), por meio de análise dos componentes principais com rotação <i>varimax</i>	64
Tabela 22 – Composição fatorial da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada em uma amostra de casos de TAS (N=118)	68
Tabela 23 – Composição fatorial, porcentagem de variância explicada e consistência interna da solução fatorial, de três fatores, proposta por Levin et al. (2002) e análise confirmatória do presente estudo	69

Tabela 24 – Composição fatorial, porcentagem de variância explicada e consistência interna da solução fatorial, de quatro fatores, proposta por Safren et al. (1999) e análise confirmatória do presente estudo	71
Tabela 25 – Composição fatorial, porcentagem de variância explicada e consistência interna da solução fatorial, de cinco fatores, proposta por Baker et al. (2002) e análise confirmatória do presente estudo	72
Tabela 26 – Indicadores de adequação ao modelo fatorial conforme o método Weighted Least Squares (WLS)	73
Tabela 27 – Valores relativos ao estudo de fidedignidade teste-reteste das subescalas medo e evitação da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz- versão auto-aplicada (LSAS-SR) em uma amostra da população geral (N=269)	75

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma da composição amostral da Fase 1 do estudo	32
Figura 2 – Área sob a curva ROC do escore total da LSAS-SR para uma amostra de casos (N=118) e não-casos (N=95) de TAS	55
Figura 3 – Área sob a curva ROC do escore total da LSAS-SR para uma amostra de casos clínicos (N=118) e subclínicos (N=39) de TAS	57
Figura 4 – Área sob a curva ROC do escore total da LSAS-SR para uma amostra de casos subclínicos (N=39) e não-casos (N=95) de TAS	59

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 O Transtorno de Ansiedade Social	16
1.2 Escalas de Avaliação em Psiquiatria vs Escalas de Avaliação para TAS.....	17
1.2.1 Escala de Ansiedade Social de Liebowitz.....	18
1.2.2 A LSAS no contexto brasileiro	23
2. OBJETIVO	27
2.1. Objetivo geral	27
2.2 Objetivos específicos	27
3. MATERIAL E MÉTODO	29
3.1 Aspectos Éticos.....	29
3.2 Caracterização do estudo	29
3.3 FASE 1.....	30
3.4 FASE 2.....	33
4. RESULTADOS	39
4.1 Caracterização sociodemográfica das amostras.....	39
4.2 Indicadores de validade e fidedignidade da LSAS-SR.....	41
4.2.1 Estudo dos itens.....	41
4.2.2 Consistência interna	46
4.2.3 Validade Convergente	47
4.2.4 Validade com Constructos Correlacionados / Validade Divergente.....	52
4.2.5 Validade Discriminativa.....	54
4.2.5.1 Curva ROC	54
4.2.5.2 Comparação de variáveis.....	61
4.2.6 Análise fatorial	62
4.2.6.1 Análise fatorial exploratória	62
4.2.6.2 Análise fatorial confirmatória <i>através do método Weighted Least Squares (WLS)</i>	73
4.2.7 Fidedignidade teste-reteste.....	74
5. DISCUSSÃO	78

6. CONCLUSÕES.....	86
REFERÊNCIAS	88
ANEXOS	97
APÊNDICES	100
DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA	113

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 O Transtorno de Ansiedade Social

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua quarta edição (DSM-IV) (American Psychiatry Association (APA), 2000) define o Transtorno de Ansiedade Social (TAS) como um transtorno de ansiedade caracterizado por medo acentuado ou persistente de situações nas quais o indivíduo poderia sentir vergonha, levando ao comportamento de esquivas fóbicas, por medo de fazer algo ou comportar-se de maneira humilhante ou embaraçosa, sendo os medos mais comumente relatados: comer, beber e/ou falar em público, ser o centro das atenções e interagir com o sexo oposto. Quando a situação social associada à sensação de medo não pode ser evitada, na maior parte das vezes, é desencadeada uma resposta de grande ansiedade, podendo ser acompanhada de ataques de pânico.

Os primeiros sintomas de TAS tendem a se manifestar na adolescência, sua duração, habitualmente, é vitalícia e de curso contínuo. A gravidade dos sintomas pode ser suavizada com o decorrer da vida adulta, dependendo das exigências e dos estressores presentes no cotidiano do indivíduo (APA, 2000).

A respeito de sua prevalência, mundialmente, o TAS é um dos transtornos psiquiátricos mais frequentes, com taxas médias que variam em torno de 3 a 13% (APA, 2000), as quais tendem a sofrer influências de variáveis socioculturais e de diagnóstico.

No Brasil, Andrade et al. (2002) realizaram um estudo epidemiológico objetivando estimar a prevalência do TAS em uma amostra de adultos de ambos os sexos, tendo como parâmetro a *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), e encontraram uma taxa de 2,6%. Posteriormente, Baptista et al. (2011) realizaram também um estudo com os mesmos objetivos, utilizando a Entrevista Estruturada para o DSM-IV (SCID-IV), em uma amostra de estudantes universitários, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 35 anos, encontrando uma taxa de prevalência de 11,6%. Por outro lado, Terra et al. (2006) ao avaliarem um grande grupo de alcoolistas adultos, também de ambos os sexos, internados para tratamento de dependência, encontraram que o TAS é presente em 24,6% do grupo, tendo como parâmetro a SCID-IV.

O TAS, além da significativa prevalência, apresenta alto índice de comorbidades relacionadas, as mais frequentemente associadas são os demais transtornos de ansiedade, os transtornos de humor e os transtornos relacionados ao abuso de substâncias (álcool e benzodiazepínicos), sendo que geralmente o TAS os precede. Em amostras clínicas, o

Transtorno de Personalidade Esquiva, com frequência, aparece associado em indivíduos com TAS generalizado (APA, 2000). Em um estudo com população brasileira, Santos-Filho et al. (2009) encontraram taxa de comorbidade de 71,6% entre os sujeitos diagnosticados com TAS, as mais comuns foram: depressão maior (48,9%), fobias específicas (29,8%) e abuso de álcool (12,1%).

Mesmo com o substancial aumento no número de pesquisas relacionadas ao TAS, essa condição clínica continua pouco reconhecida e diagnosticada, sendo que apenas 3% dos casos diagnosticados são tratados de forma correta (MARTÍN-SANTOS; CRIPPA, 2003). Em estudo recente, realizado no Brasil, apenas 0,8% dos sujeitos identificados como casos de TAS, referiram terem sido diagnosticados previamente por um profissional de saúde como portadores do transtorno (BAPTISTA et al., 2011).

Os fatores que podem contribuir para a baixa identificação de casos de TAS relacionam-se à dificuldade dos médicos e pacientes em associarem os sintomas à doença, sendo que, na maioria das vezes, os pacientes buscam auxílio médico, muito mais em função das comorbidades associadas, do que pelo transtorno em si (SANTOS-FILHO et al., 2009).

Apesar deste panorama, o TAS é um transtorno tratável. Estudos mostram respostas altamente eficazes em relação às intervenções farmacológicas (com destaque aos inibidores seletivos de recaptação de serotonina, inibidores da monoaminoxidase, beta-bloqueadores e benzodiazepínicos), sobretudo quando associadas à terapia cognitivo comportamental (FORNI-SANTOS et al., 2011; MENEZES et al., 2007; MULULO et al., 2009), possibilitando ao portador do TAS um potencial de mudanças e melhorias na trajetória de vida, incluindo a vida familiar, educacional, social, ocupacional e afetivo-sexual (PICON et al., 2005).

Desse modo, o rastreamento e a identificação sistemática de prováveis casos de TAS se faz necessário. Para tanto o uso de instrumentos de diagnóstico e de rastreamento podem ser de valia, favorecendo a avaliação em maior escala e de forma sistemática (PICON et al., 2005).

1.2 Escalas de Avaliação em Psiquiatria vs Escalas de Avaliação para TAS

No que se refere à elaboração de diagnósticos, a Psiquiatria difere em relação a outros campos médicos, dada a ausência, até o momento, de marcadores biológicos que auxiliem na discriminação dos quadros patológicos. Assim, instrumentos de avaliação, como as escalas, surgem como uma tentativa de quantificar sintomas subjetivos, buscando auxiliar na determinação de diagnósticos e medir a variação dos sintomas (PICON, 2006).

Com a introdução do DSM-III e o código de Classificação Internacional de Doenças-10 (CID-10) houve um aumento no desenvolvimento de instrumentos de avaliação psiquiátrica devido ao interesse na reprodução diagnóstica de acordo com os critérios de classificação pré-estabelecidos (JORGE; CUSTÓDIO, 2000). Contudo, para que o uso desses instrumentos seja confiável é preciso que os mesmos tenham sua validade e/ou fidedignidade aferidas, o que nem sempre acontece (BALON, 2005).

Quanto aos instrumentos disponíveis para avaliação dos diferentes aspectos do TAS, encontram-se escalas que foram desenvolvidas antes mesmo do seu reconhecimento como categoria diagnóstica. Por exemplo, no ano de 1969, Watson e Friend desenvolveram duas escalas para avaliação do medo e evitação de situações sociais: *Fear of Negative Evaluation Scale* e *Social Avoidance Distress Scale*, as quais ainda são utilizadas nos dias atuais (OAKMAN et al., 2003).

Posteriormente, logo após o reconhecimento do TAS como categoria diagnóstica distinta, inúmeras escalas foram desenvolvidas para auxiliar os profissionais a reconhecerem seus sintomas e gravidade, sendo a primeira, em 1987, denominada *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS), que tinha como objetivo avaliar as situações que os indivíduos com TAS podem sentir medo ou evitar (LIEBOWITZ, 1987).

Atualmente, segundo estudo de revisão realizado por Osório, Crippa e Loureiro (2009), existem cerca de 25 escalas disponíveis para avaliação do TAS, sendo que a maioria delas, foi proposta ou estudada quanto à adequação psicométrica no final da década de noventa, início dos anos 2000. Estes instrumentos têm por objetivo a avaliação e mensuração de sinais e sintomas gerais do TAS (sendo de auto ou hetero-aplicação) e a avaliação de aspectos específicos do TAS, tais quais, TAS não generalizado, prejuízo funcional, comportamentos de segurança, aspectos cognitivos, entre outros. No geral, todos eles foram aferidos do ponto de vista psicométrico, e apresentaram bons indicadores de validade e/ou fidedignidade (OSÓRIO; CRIPPA; LOUREIRO, 2009), podendo ser utilizados tanto no contexto clínico, como de pesquisa. Assim, verifica-se uma diversidade de instrumentos com características peculiares. Dentre esses, inclui-se a LSAS, a qual será objeto deste estudo.

1.2.1 Escala de Ansiedade Social de Liebowitz

Como já referido, a LSAS foi a primeira escala de avaliação clínica desenvolvida para o TAS, nos Estados-Unidos, por Michel Liebowitz, em 1987, como resposta a escassez de instrumentos disponíveis, até então, para avaliar as dificuldades de interação social,

comumente relatadas por indivíduos acometidos pelo transtorno, tomando como partida o medo e o comportamento de evitação (HEIMBERG et al., 1999).

É um instrumento de hetero-avaliação composto por 24 itens relacionados ao medo e evitação de situações sociais vivenciados durante a última semana. Do total de itens, 11 referem-se à interação social e 13 à apresentação pública, sendo todos, pontuados em uma escala *Likert* de quatro pontos (0= nunca / 3= profundo/ geralmente). O escore total é calculado através da soma da pontuação obtida em cada um dos itens, sendo o escore máximo de 144 pontos (HEIMBERG et al., 1999).

Os primeiros estudos sobre as características psicométricas da LSAS foram realizados apenas dez anos após seu desenvolvimento por Heimberg et al. (1999), em uma amostra de 382 sujeitos. Os resultados apontaram para uma excelente consistência interna ($\alpha = 0,68$ a $0,98$), validade convergente com escalas específicas para avaliação de diferentes aspectos da ansiedade social (*Social Interaction Anxiety Scale* [SIAS] = $0,47$ a $0,76$; *Social Phobia Scale* [SPS]= $0,50$ a $0,77$), validade divergente com escalas para avaliação de depressão (Inventário Beck de Depressão [BDI]= $0,39$; Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton [HAM-D]= $0,52$) e validade preditiva.

Inicialmente, a LSAS foi proposta como uma escala de hetero-avaliação, porém, estudos posteriores (BAKER et al., 2002; COX et al., 1998; FRESCO et al., 2001; MANCINI; VAN AMERINGEN; OAKMAN, 1999) têm considerado o seu uso como versão auto-aplicada, uma vez que apresenta qualidades psicométricas tão satisfatórias quanto à versão hetero-aplicada (OAKMAN et al., 2003).

Destacar-se-á na Tabela 1 os principais estudos psicométricos realizados com a LSAS em suas duas versões, no contexto mundial, exceto o Brasil.

Tabela 1 – Principais estudos psicométricos realizados com a LSAS no contexto mundial, exceto no Brasil (adaptado de OSÓRIO; CRIPPA; LOUREIRO, 2009)

Autor	Versão	Amostra	Qualidades psicométricas estudadas
Bobes et al., 1999 (Espanha)	H	N= 57 (Adultos) C e NC de TAS	CI, VC, VDv, VDs, T/R
Heimberg et al., 1999 (EUA)	H	N= 382 (Adultos) C de TAS	CI, VC, VDs, VP
Safren et al., 1999 (EUA)	H	N= 382 (Adultos) C de TAS	VC, AF
Yao et al., 1999 (França)	A/H	N= 160 (Adultos) C e NC de TAS	VC, VDv, VDs, VP
Fresco et al., 2001 (EUA)	H	N= 152 (Adultos) C e NC de TAS	CI, VC, VDv,
Levin et al., 2002 (Israel)	A	N= 207 (Adultos) C de TAS e OTA	CI, VC, VDv, VDs, VP, AF, T/R
Baker et al., 2002 (EUA)	A	N= 175 (Adultos) C de TAS	CI, VC, VDv, AF, T/R
Mennin et al., 2002 (EUA)	H	N= 389 (Adultos) C e NC de TAS	VDs
Oakman et al., 2003 (Canadá)	A	N= 188 (Adultos) C de TAS e OTA	CI, VDs, AF
Soykan et al., 2003 (Turquia)	H	N= 168 (Adultos) C e NC de TAS e OTA	CI, VC, VDv, VDs, T/R
Heimberg e Holaway, 2007 (EUA)	H	N= 107 (Adultos) C e NC de TAS e OTA	CI, VDs
Rytwinski et al., 2009 (EUA)	A	N= 344 (Adultos) C e NC de TAS	VDs
Beard et al., 2011 (EUA)	A	N= 97 (Adultos afroamericanos) C de TAS e OTA	CI, AF, T/R
Romm et al., 2011 (Noruega)	A	N=144 (Adultos) C e NC de TAS em 1º. surto psicótico	CI, AF

A: Auto-aplicada; H: Hetero-Aplicada; C: Casos; NC: Não-Casos; PG: População geral; TAS: Transtorno de Ansiedade Social; OTA: Outros Transtornos de Ansiedade; CI: Consistência interna; VC: Validade Concorrente; VDs: Validade Discriminativa; VP: Validade Preditiva; AF: Análise Fatorial; VDv: Validade Divergente; T/R: Fidedignidade Teste/Resteste;

De acordo com a Tabela 1 observa-se que a LSAS foi traduzida para quatro idiomas (hebraico, espanhol, francês e turco), além da versão original em inglês, e estudada em diferentes amostras clínicas e não-clínicas.

Quanto às suas qualidades psicométricas, dez estudos (BAKER et al., 2002; BEARD et al., 2011; BOBES et al., 1999; FRESCO et al., 2001; HEIMBERG; HOLOWAY, 2007; HEIMBERG et al., 1999; LEVIN et al., 2002; OAKMAN et al., 2003; ROMM et al., 2011; SOYKAN; ÖZGÜVEN; GENÇÖZ, 2003) apontam para uma excelente consistência interna, cujos valores de *alpha* variaram de 0,61 a 0,98.

A validade convergente avaliada em oito diferentes estudos (BAKER et al., 2002; BOBES et al., 1999; FRESCO et al., 2001; HEIMBERG et al., 1999; LEVIN et al., 2002; SAFREN et al., 1999; SOYKAN; ÖZGÜVEN; GENÇÖZ, 2003; YAO et al., 1999), teve como parâmetro, principalmente, as escalas SIAS e SPS, as quais são específicas para avaliação do TAS, mostrando-se também satisfatória (SPS: $r=0,47$ a $0,80$; SIAS: $r=0,33$ a $0,80$).

Já a validade divergente foi analisada em seis estudos (BAKER et al., 2002; BOBES et al., 1999; FRESCO et al., 2001; LEVIN et al., 2002; SOYKAN; ÖZGÜVEN; GENÇÖZ, 2003; YAO et al., 1999), tendo como parâmetros instrumentos que avaliam depressão e ansiedade geral, constructos esses relacionados ao TAS. Os resultados da correlação entre os instrumentos que avaliam depressão e a LSAS apresentaram certo grau de proximidade, independente do contexto cultural e amostras utilizadas. Exemplificando, tanto o estudo de Fresco et al. (2001) quanto de Baker et al. (2002) foram conduzidos com amostras clínicas nos Estados-Unidos e encontraram correlações que variaram de fracas a moderadas ($r=0,25$ a $0,48$). O mesmo ocorreu na correlação com as escalas de ansiedade geral, tal qual visto no estudo de Bobes et al. (1999), que encontrou valores ligeiramente superiores ($r=0,29$ a $0,44$) na correlação da LSAS com a Escala Hamilton para Ansiedade (HAM-A).

No que diz respeito à validade discriminativa, os nove estudos que a avaliaram (BOBES et al., 1999; HEIMBERG et al., 1999; HEIMBERG; HOLOWAY, 2007; LEVIN et al., 2002; MENNIN et al., 2002; OAKMAN et al., 2003; RYTWINSKI et al., 2009; SOYKAN; ÖZGÜVEN; GENÇÖZ, 2003; YAO et al., 1999) encontraram que os sujeitos com TAS apresentam escores significativamente maiores que os sujeitos sem o transtorno ou com outros transtornos de ansiedade. Em relação à nota de corte sugerida, os estudos divergem em função das amostras. Mennin et al. (2002) e Rytwinski et al. (2009) sugerem que, para a escala total, o escore 30 favorece melhor balanço entre especificidade e sensibilidade, classificando corretamente 93% dos indivíduos com TAS. Mennin et al. (2002) sugerem

também uma nota de corte de 60 para a identificação de sujeitos portadores do TAS generalizado, com 72,5% de identificação correta dos casos. A mesma nota de corte também é sugerida por Rytwinski et al. (2009), porém com identificação correta de 81,79% dos casos. Bobes et al. (1999) sugerem uma nota de corte para o TAS generalizado entre 19,6 e 26,1, enquanto Soykan, Özgüven e Gençöz (2003), apontaram que essa nota deveria ser igual ou superior a 50, com classificação correta de 95,5%, dos casos.

A validade preditiva da escala foi analisada em três estudos, sendo que em todos eles o escore encontrado antes do início do tratamento foi maior do que o encontrado após a administração de psicofármacos próprios para o TAS, o que indica adequada capacidade preditiva (HEIMBERG et al., 1999; LEVIN et al., 2002; YAO et al., 1999).

Em relação à estrutura fatorial da LSAS, o estudo inicial (LIEBOWITZ, 1987) apontou a presença de dois fatores: medo e evitação. Contudo, estudos posteriores, encontraram composições fatoriais diferentes, muitas vezes em função da amostra e do contexto sociocultural pesquisado. Por exemplo, Levin et al. (2002) encontraram uma solução fatorial de três fatores (desempenho/ interação em grupo, interação dual, atividades individuais em grupo), assim como Romm et al. (2011) (performance pública, interação social e observação). Por outro lado, Safren et al. (1999) encontraram uma solução de quatro fatores (interação social, falar em público, ser observado por estranhos, comer e beber em público) e Baker et al. (2002) de cinco fatores (interação social, performance não verbal, ingestão, performance pública e assertividade). Em estudo comparativo, Oakman et al. (2003) realizaram a análise das diferentes estruturas fatoriais relatadas em estudos prévios e concluíram, que o modelo de quatro fatores proposto por Safren et al. (1999) mostrou-se o mais adequado em relação aos outros modelos testados, tanto para a versão auto, como para a hetero-aplicada, contudo esta conclusão parece não ser um consenso.

Quanto aos indicadores de fidedignidade, a mesma foi avaliada através da técnica de teste-reteste, em cinco estudos, quatro na versão auto (BAKER et al., 2002; BEARD et al., 2011; LEVIN et al., 2002; SOYKAN; ÖZGÜVEN; GENÇÖZ, 2003) e um na versão hetero (BOBES et al., 1999). Os índices encontrados nas duas avaliações foram considerados bons variando entre 0,76, em estudo realizado por Beard et al. (2011) com um intervalo de um ano entre as aplicações, a 0,97 em estudo com intervalo de uma semana, realizado por Soykan, Özgüven e Gençöz (2003).

Considerando-se os dados descritos acima, bem como o estudo de revisão realizado por Osório, Crippa e Loureiro (2009) a respeito dos instrumentos disponíveis para a avaliação do TAS, incluindo a LSAS, conclui-se que este instrumento tem sido o mais estudado quanto

às suas propriedades psicométricas, seja na versão inglesa, seja nas versões para outros idiomas e ainda, o mais utilizado em estudos clínicos.

No contexto clínico, a LSAS tem sido um instrumento amplamente empregado na avaliação da gravidade dos sintomas do TAS, especialmente em triagens, embora seja um instrumento de avaliação dos sintomas, não de diagnóstico (BALON, 2005). Contudo, seu uso mais frequentemente tem sido em estudos de avaliação relativos à eficácia de tratamentos farmacológicos e psicoterápicos para o TAS (BAKER et al., 2002; LEVIN et al., 2002; YAO et al., 1999).

Considerando esse perfil, estima-se que a LSAS tende a consagrar-se mundialmente como o padrão ouro nos estudos relativos ao TAS.

1.2.2 A LSAS no contexto brasileiro

Acompanhando o contexto mundial, nos últimos cinco anos, no Brasil, pesquisadores de diferentes centros realizaram estudos referentes à adaptação transcultural dos principais instrumentos para avaliação do TAS, sendo que em todos eles foram encontrados resultados satisfatórios quanto à adequação psicométrica para o uso em nosso contexto. A Tabela 2 destaca esses estudos.

Tabela 2 – Relação dos estudos brasileiros realizados para validação transcultural de escalas referentes ao Transtorno de Ansiedade Social

Autor/Ano	Instrumento	Amostra	Propriedades psicométricas estudadas
Vilete, Coutinho e Figueira (2004)	SPIN	Estudantes 5ª a 8ª série	Validade/Fidedignidade
Gauer et al. (2005)	SPAI-C	Estudantes 3ª a 8ª série	Validade/Fidedignidade
Picon et al. (2005)	SPAI	Universitários	Validade
Osório et al. (2006, 2010c)	BSPS	Universitários	Validade
Terra et al. (2006)	LSAS	Alcoolistas hospitalizados	Validade
Angélico et al. (2007)	IHS	Universitários	Validade/Fidedignidade
Osório, Crippa e Loureiro (2007, 2010a)	Mini-SPIN	Universitários	Validade
Levitan et al. (2008)	SADS	População geral	Equivalência semântica
Osório, Crippa e Loureiro (2008a, 2010b)	SPIN	Universitários	Validade
Osório, Crippa e Loureiro (2008b, 2012)	SSPS	Universitários	Validade
Kummer et al. (2008)	LSAS	Pacientes com Doença de Parkinson	Validade
Burato, Crippa e Loureiro (2009)	ECSAS	Universitários	Validade/Fidedignidade
Abumusse (2009)	ELAPF, ELHAPF	Universitários	Validade/Fidedignidade

SPIN: Inventário de Fobia Social; *Mini-SPIN*: Mini Inventário de Fobia Social; *SPAI*: Inventário de Ansiedade e Fobia Social; *SPAI-C*: Inventário de Ansiedade e Fobia Social para Crianças; *LSAS*: Escala de Ansiedade Social de Liebowitz; *IHS*: Inventário de Habilidade Sociais; *SADS*: Social Avoidance and Distress Scale; *SSPS*: Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público- versão traço; *ECSAS*: Escala de Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social; *ELAPF*: Escala de Liebowitz para Auto-Avaliação dos Prejuízos Funcionais; *ELHAPF*: Escala de Liebowitz para Hetero-Avaliação dos Prejuízos Funcionais; *BSPS*: Escala Breve de Fobia Social.

Assim, conforme visto na Tabela 2, até o presente momento, doze instrumentos estão disponíveis em nosso contexto, para a avaliação do TAS.

Em relação à LSAS, a mesma foi traduzida inicialmente para o português do Brasil por Lotufo-Neto, em 2000, contudo sua validação transcultural não fora realizada. Em 2006, Terra et al., em um estudo que objetivava avaliar os aspectos de ansiedade social em alcoolistas propôs uma nova tradução da LSAS para o português e avaliou a consistência interna e estrutura fatorial da mesma, na versão hetero-aplicada. Utilizou-se de uma amostra composta por 300 sujeitos com dependência de álcool, diagnosticados através da SCID-IV, durante período de internação em centros especializados.

Os resultados deste estudo revelaram boa consistência interna ($\alpha = 0,95$) e estrutura fatorial composta por cinco fatores (falar em público, atividades em público, interação social com pessoa desconhecida, atitude de discordância ou enfrentamento e atividades de lazer), a qual explicou 52,9% de variância dos dados.

O outro estudo conduzido no Brasil com a LSAS em sua versão hetero-aplicada (KUMMER; CARDOSO; TEIXEIRA, 2008) também utilizou amostra bastante específica, sendo esta composta por 90 pacientes com Doença de Parkinson e tinha como objetivo avaliar a prevalência de TAS e a validade discriminativa da escala para esta população. No total, 45 pacientes apresentaram diagnóstico de TAS, sendo 10 do subtipo não-generalizado e 35 do generalizado e, a nota de corte sugerida foi entre 41 e 42, uma vez que melhor favoreceu o equilíbrio entre especificidade e sensibilidade.

Apesar da adequação dos resultados obtidos por Terra et al. (2006) e Kummer, Cardoso e Teixeira (2008), para uso mais amplo no contexto brasileiro, a LSAS necessita de estudos que aprofundem estes achados, sobretudo quanto aos aspectos mais específicos da validade e fidedignidade com amostras mais amplas e diversificadas, abrangendo a população geral, casos e não casos de TAS.

Destaca-se também que nenhum outro estudo, de nosso conhecimento, fora realizado até então com a LSAS na versão auto-aplicada. Assim, considerando os aspectos favoráveis associados aos instrumentos de auto-avaliação tais como a facilidade de aplicação e o uso em ampla escala, o estudo desta versão da LSAS parece também oportuno.

Tendo em vista estes aspectos e objetivando a realização da avaliação psicométrica da versão auto-aplicada LSAS para o português do Brasil, propõe-se o presente trabalho.

OBJETIVO

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo geral

Tem-se como objetivo geral aferir as qualidades psicométricas de validade e fidedignidade da LSAS, traduzida para o português do Brasil, em sua versão auto-aplicada, em uma amostra de universitários da população geral (Fase 1), e em uma amostra clínica de casos, não-casos e casos subclínicos de TAS (Fase 2).

2.2 Objetivos específicos

- a) Realizar a análise dos itens individuais da LSAS-SR, bem como de sua consistência interna;
- b) Analisar a validade convergente/divergente da LSAS-SR através da correlação com instrumentos que avaliam a ansiedade geral, a ansiedade social e outros constructos correlacionados ao TAS, a saber: falar em público, uso de álcool, depressão e prejuízos funcionais;
- c) Verificar a validade discriminativa da LSAS-SR entre casos, não-casos e casos subclínicos de TAS e;
- d) Realizar o estudo fatorial exploratório e confirmatório da LSAS-SR.

MATERIAL E MÉTODO

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1 Aspectos Éticos

O presente estudo faz parte de um projeto maior iniciado no ano de 2004, o qual obteve parecer favorável junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em dezembro de 2003 (Processo CEP: 11570/2003-HCRP) (Anexo A).

Seguindo os critérios relativos à ética em pesquisa com seres humanos, a todos os sujeitos foi entregue duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), fornecendo-lhes explicações sobre as justificativas, objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo do qual estavam sendo convidados a participar. Somente foram aceitos no estudo aqueles que assinaram o TCLE. A participação foi absolutamente voluntária. Os sujeitos foram esclarecidos que a não disponibilidade em participar não implicaria em nenhum tipo de prejuízo ou constrangimento. Foi assegurado a não identificação dos sujeitos e o sigilo das informações.

Aos sujeitos diagnosticados como portadores de TAS foi oferecido, de acordo com suas necessidades e interesses: a) esclarecimentos e orientações sobre o transtorno e, b) encaminhamento para tratamento psicoterápico e/ou medicamentoso no Ambulatório de Fobia Social do HC-FMRP-USP.

3.2 Caracterização do estudo

Como já referido, o presente estudo faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo que tem por objetivo validar uma gama de instrumentos de auto e hetero-avaliação do TAS e realizar uma avaliação sistemática de diferentes aspectos clínicos, epidemiológicos, terapêuticos e de neuroimagem associados a este transtorno.

O estudo vem sendo conduzido com uma amostra de universitários de duas instituições do interior do estado de São Paulo, sendo uma pública e outra privada, a saber: Universidade de São Paulo (USP- Campus de Ribeirão Preto) e Universidade de Franca (UNIFRAN).

Na USP-Ribeirão Preto, os dados foram colhidos junto à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) e à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP). Na ocasião da coleta de dados, a FMRP, oferecia 260 vagas ao ano distribuídas pelos seguintes cursos: Medicina, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Nutrição e Metabolismo, Fisioterapia e Informática Biomédica, sendo este oferecido junto com a

FFCLRP. Já FFCLRP oferecia de 375 vagas ao ano nos seguintes cursos: Psicologia, Biologia, Química (bacharelado e licenciatura), Física Médica, Pedagogia, Ciências da Informação e Documentação e Matemática Aplicada a Negócios.

Na UNIFRAN as vagas oferecidas, no período da coleta de dados, eram 1100, distribuídas nas áreas de Ciências Humanas (treze cursos), Ciências Biológicas (onze cursos) e Ciências Exatas e Tecnológicas (sete cursos), sendo os dados coletados dentre os diferentes cursos.

O presente trabalho foi conduzido em duas fases, com objetivos e amostras distintos, sendo que os dados utilizados foram previamente colhidos por pesquisadores envolvidos no projeto maior. Assim, esta pesquisa teve como ponto de partida um banco de dados já organizado. Contudo, para ciência do processo de coleta, descrever-se-á os passos realizados e os ajustes feitos no banco de dados para adequação aos objetivos do estudo.

Adaptação da versão auto-aplicada da LSAS

É importante destacar que para a realização desta pesquisa, foi realizada a adaptação da LSAS de sua forma hetero-aplicada, já traduzida para o português do Brasil por Lotufo-Neto (2000), para a auto-aplicada. Neste processo de adaptação utilizou-se os itens tais quais traduzidos por Lotufo-Neto (2000) e ajustou-se as instruções de aplicação tendo-se como parâmetro as desenvolvidas por Fresco et al. (2001) e Baker et al. (2002). Optou-se pelo uso da versão já traduzida para o português do Brasil uma vez que esta havia sido publicada previamente em periódico especializado, por um grupo de pesquisadores com ampla experiência na área e pela sua adequação constatada após uma análise cuidadosa dessa versão com a original.

Para verificação da validade de face da LSAS, em sua versão auto-aplicada, foi conduzido um estudo piloto, com 30 estudantes universitários, os quais, após preenchimento e discussão do instrumento, não apontaram nenhuma dúvida de compreensão tanto quanto aos itens como nas instruções. Este estudo confirmou a adequabilidade da versão auto-aplicada aqui proposta.

3.3 FASE 1

Sujeitos

A amostra utilizada para esta fase do estudo foi composta por 413 alunos matriculados nos diferentes cursos da UNIFRAN.

Utilizou-se como critérios de inclusão: indivíduos de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que aceitaram participar do estudo, assinando o TCLE. Os critérios de exclusão foram: idade inferior a 17 anos e preenchimento incorreto dos instrumentos.

Instrumentos

Foram utilizados como instrumentos de avaliação:

- *Escala de Ansiedade Social de Liebowitz-versão auto-aplicada (LSAS-SR)*, desenvolvida por Liebowitz (1987). Consiste em uma escala composta por 24 itens, pontuados em uma escala *Likert* de quatro pontos, relacionados ao medo e à evitação de diferentes situações sociais vivenciados na última semana. Originalmente proposta como uma escala de hetero-avaliação, pode também ser utilizada na sua versão auto-avaliativa. Utilizou-se a versão hetero-aplicada traduzida por Lotufo-Neto (2000) a qual foi transformada na versão auto-aplicada, utilizando-se as instruções de aplicação propostas por Fresco et al. (2001) e Baker et al. (2002) (Anexo B);

- *Inventário de Fobia Social (SPIN)*, proposta por Connor et al. (2000), traduzido e adaptado para o português do Brasil por Osório, Crippa e Loureiro (2008a, 2010b). Consiste em um instrumento auto aplicado, composto por 17 itens pontuados em uma escala *Likert* de zero (nada) a quatro (extremamente), utilizado para quantificar sintomas fisiológicos, de medo e evitação relacionados ao TAS (Apêndice B);

- *Questionário de identificação*: composto por 16 itens que visam à caracterização sociodemográfica dos sujeitos (Apêndice C).

Coleta de dados

Após contato e autorização da UNIFRAN para realização da pesquisa, escolheu-se aleatoriamente, por conveniência, cursos e disciplinas com maior número de alunos matriculados.

Solicitou-se a autorização do professor para realização da coleta dos dados em sala de aula, onde, aos alunos explicou-se os objetivos do estudo. Aos que concordaram em participar foi entregue o TCLE e após aceite formal, um caderno de aplicação contendo os seguintes instrumentos: LSAS-SR, SPIN e Questionário de Identificação.

A coleta foi realizada em dois momentos distintos com intervalo de 15 dias, visando à avaliação da fidedignidade através da técnica de teste-reteste.

Desse modo, nos dois dias de aplicação, dos sujeitos contatados, um total de 413 aceitaram participar do estudo. Destes sujeitos, 128 não estavam presentes no primeiro dia de

aplicação e outros 16, no segundo dia. Assim, estes sujeitos (N=144) foram excluídos do estudo relativo à fidedignidade da LSAS-SR (Fase 1A), sendo a amostra final composta por 269 sujeitos.

Para o estudo referente à validade da LSAS-SR (Fase 1B) foram considerados os protocolos respondidos pelos 413 sujeitos, utilizando-se apenas um protocolo para aqueles que o responderam nos dois momentos de avaliação. Assim, foram totalizados 285 no primeiro dia e, 128 do segundo, somando os 413 sujeitos descritos.

O fluxograma apresentado na Figura 1 ilustra os percursos de composição amostral.

Figura 1. Fluxograma da composição amostral da Fase 1 do estudo

Codificação e tratamento dos dados

Os conceitos e nomenclaturas psicométricas, bem como as estatísticas utilizadas no estudo, foram baseadas na seguinte literatura: Fleiss (1981), Hsiao, Bartko e Potter (1989), Streiner (1993), Floyd e Widaman (1995), Fachel e Camey (2000), Streiner e Norman (2003) e Hair et al. (2005).

Os dados coletados foram inseridos manualmente em um banco de dados por pesquisadores do projeto maior e, conferidos e ajustados posteriormente pela pesquisadora do presente estudo. As análises foram realizadas através do pacote estatístico SPSS, versão 13.0 (SPSS-INCORPORATION, 2001).

As características sociodemográficas da amostra foram analisadas através de testes estatísticos descritivos e paramétricos. Para comparação dos grupos utilizou-se o Teste t de *Student* e o teste do Qui-Quadrado.

Para as análises referentes à validade/fidedignidade da LSAS-SR foram utilizadas as seguintes técnicas:

- Alfa de *Cronbach*, visando à avaliação da consistência interna da escala. Os valores aceitáveis foram aqueles superiores a 0,60.

- Coeficiente de Correlação de *Pearson* (*r*) para os itens, escores totais e das subescalas da LSAS-SR e SPIN, visando avaliar a validade convergente entre as escalas. Para a classificação da magnitude das correlações encontradas, utilizou-se os seguintes padrões: 0 a 0,25: fraca; 0,26 a 0,50: moderadas; 0,51 a 0,70: fortes e acima de 0,71 muito fortes.

- Coeficiente de Correlação de Kappa, Coeficiente de Correlação Intraclass e Coeficiente de Correlação de *Pearson* – visando avaliar fidedignidade da escala através da técnica de teste-reteste– Foram adotados intervalos de confiança de 95% como nível de significância. Os parâmetros para a classificação das correlações encontradas foram os mesmos acima citados.

Para comparação das variáveis foi utilizado o Teste *t* de *Student* e ANOVA, utilizando o teste Bonferroni como post-hoc.

O nível de significância adotado no estudo foi de $p \leq 0,05$.

3.4 FASE 2

Sujeitos

Os sujeitos que compuseram a amostra desta fase do estudo foram universitários de diferentes cursos da FFCLRP, FMRP e UNIFRAN, de ambos os sexos, com idade entre 17 e 35 anos, que aceitaram participar no estudo assinando o TCLE. Os mesmos foram alocados em três grupos de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Grupo casos (C): escore maior ou igual a seis na Mini-SPIN (Mini-SPIN positivo), segundo os critérios de Connor et al (2001) e módulo F da SCID-IV positivo (N=118);

- Grupo não-casos (NC): escore menor ou igual a dois na Mini-SPIN (Mini-SPIN negativo) e módulo F da SCID-IV negativo (N= 95);

- Grupo subclínico (SC): escore maior ou igual a seis na Mini-SPIN (Mini-SPIN positivo), segundo os critérios de Connor et al (2001) e resultado positivo para todos os critérios do módulo F da SCID-IV, exceção ao E, relativo a presença de sofrimento e prejuízo social (N=39).

Os critérios de exclusão, para todos os subgrupos, foram: uso de neurolépticos, presença das seguintes comorbidades psiquiátricas: quadros psicóticos, depressão atual,

depressão recorrente, transtorno alimentar atual, transtorno obsessivo compulsivo, episódios hipomaniacos/maníaco e transtorno do pânico e, preenchimento incorreto dos instrumentos.

Instrumentos

Foram utilizados como instrumento de avaliação:

- *Escala de Ansiedade Social de Liebowitz-versão auto-aplicada (LSAS-SR)*, conforme já descrito anteriormente;

- *Inventário de Fobia Social (SPIN)*, conforme já descrito anteriormente;

- *Mini-SPIN*, proposta por Connor et al. (2001), traduzida e adaptada para o português do Brasil por Osório, Crippa e Loureiro (2007, 2010a). É um instrumento reduzido, composto por três, dos 17 itens do SPIN (itens 6,9,15), os quais em estudo psicométrico, mostraram-se os mais discriminativos de sujeitos com TAS;

- *Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público- versão traço (SSPS)*, proposta por Hofmann e DiBartolo (2000), traduzida e adaptada para o português do Brasil por Osório, Crippa e Loureiro (2008b), Osório, Loureiro e Crippa (2012). Instrumento auto-aplicável, composto por 10 itens pontuados em uma escala *Likert* de zero (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente), que tem como objetivo mensurar a auto-percepção do desempenho na situação específica de falar em público. É dividida em duas subescalas: auto-avaliação positiva e auto-avaliação negativa (Apêndice D);

- *Escala Breve de Fobia Social (BSPS)*, proposta por Davidson et al. (1991) traduzida e adaptada ao português do Brasil por Osório, Crippa e Loureiro (2006, 2010c). Escala de hetero-avaliação composta por 18 itens que consideram os diferentes sintomas característicos do TAS (medo, evitação e sintomas fisiológicos), pontuados numa escala *Likert* de cinco pontos (0: nenhum/ nunca; 4: extremo/sempré) (Apêndice E);

- *Escala de Liebowitz para Hetero-Avaliação dos Prejuízos Funcionais (ELHAPF)*, proposta por Liebowitz (1987), traduzida e adaptada para o português do Brasil por Abumusse (2009). Escala composta por oito questões, que avaliam os prejuízos associados ao TAS relativos aos seguintes domínios: escola, trabalho, família, casamento/namoro, amizade, outros interesses atividades da vida diária e comportamento suicida. Sua pontuação é feita através de escala *Likert* que varia de zero (ausência de comprometimento) a quatro (extremo comprometimento) (Apêndice F);

- *Escala de Liebowitz para Auto-Avaliação dos Prejuízos Funcionais (ELAPF)*, proposta por Liebowitz (1987), traduzida e adaptada para o português do Brasil por Abumusse (2009). Objetiva avaliar os prejuízos funcionais (atual/passado) associados ao

TAS, composta por 11 questões relacionadas a 11 domínios diferentes envolvendo aspectos relativos a escola, trabalho, família, casamento/namoro, amizade, outros interesses atividades da vida diária e comportamento suicida. Sua pontuação é feita através de uma escala *Likert* de quatro pontos, variando de zero (ausência) e três (grave) (Apêndice G);

- *Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)*, proposto por Beck, Steer e Garbin (1988), traduzido, adaptado e validado para o português do Brasil por Cunha (2001). Instrumento auto-administrado composto por 21 itens que avaliam a intensidade dos sintomas de ansiedade, os quais são pontuados em uma escala *Likert* de cinco pontos (0: absolutamente não / 4: gravemente). É subdividido em quatro subescalas: neurofisiológica, subjetiva, pânico e autonômica;

- *Fast Alcohol Screening Test (FAST)*, traduzido e adaptado para o português do Brasil por Menezes-Gaya et al. (2010), consiste em uma escala de avaliação sobre uso e abuso de álcool, composta por quatro itens pontuados em uma escala *Likert* de zero a quatro pontos (Apêndice H).

- *Questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-2)*, proposto por Kroenke, Spitzer e Williams (2003), validada para o português do Brasil por Osório et al. (2009), consiste em dois itens que mensuram a frequência do humor deprimido e anedonia, em uma escala *Likert* de 0 a 3 (Apêndice I);

- *Questionário de Saúde Geral-12 (QSG-12)*, proposto por Goldberg em 1972, foi traduzido e adaptado para o português por Sarriera, Schwarcz e Câmara (1996). Instrumento de auto-avaliação, constituído por 12 itens, desenvolvido para rastrear e detectar a gravidade de distúrbios psiquiátricos não psicóticos na população geral, sobretudo ansiedade e depressão. Cada um de seus itens é respondido em uma escala de quatro pontos graduados entre “menos que o de costume” e “mais que o de costume”;

- *Questionário de identificação*, conforme descrito na Fase 1.

Coleta de dados

Assim como no estudo anterior, inicialmente os pesquisadores contataram os coordenadores da FMRP-USP, FFCLRP-USP e UNIFRAN os quais autorizaram a coleta de dados.

Selecionou-se cursos de diferentes áreas e disciplinas com maior número de alunos matriculados, conduzindo a coleta de dados em sala de aula, após autorização do professor. Aos alunos que aceitaram participar, entregou-se um caderno de aplicação com vários instrumentos para avaliação do TAS, os quais, como já dito, eram alvo de outros estudos. Entre eles incluíam-se o SPIN/Mini-SPIN, o qual foi utilizado como parâmetro de inclusão dos sujeitos nos diferentes grupos.

Foram contatados 1182 alunos da USP e 668 da UNIFRAN, num total de 2614 estudantes. Destes, 201 não aceitaram participar da pesquisa, alegando falta de interesse ou disponibilidade para tanto, 53 foram excluídos por apresentar idade inferior a 17 ou superior a 35 anos, 41 por preenchimento incorreto dos instrumentos e, cinco por uso de neurolépticos totalizando uma amostra final de 2314 sujeitos.

Dessa amostra, selecionou-se, em um segundo momento, todos os sujeitos, com Mini-SPIN positivo (N=473) e, aleatoriamente outros 183 com Mini-SPIN negativo (cerca de um terço do total do grupo com Mini-Spin positivo) para compor o grupo de comparação. Os mesmos foram contatados por telefone para responder ao Módulo F da SCID-IV. Destes, 59 não foram encontrados para dar continuidade a pesquisa e sete alegaram não ter mais interesse em participar.

Utilizando-se os critérios de inclusão relativos ao Mini-SPIN e SCID-IV, 178 sujeitos foram incluídos no grupo C, 194 no grupo NC e, 54 no SC, totalizando uma subamostra de 426 sujeitos.

Posteriormente, estes sujeitos foram novamente contatados, e convidados para comparecerem ao Laboratório de Psicofarmacologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, para participarem de uma entrevista, visando a aplicação da SCID-IV completa, BSPS e ELHPF, e responderem aos vários instrumentos de auto-avaliação, a saber: LSAS-SR, SPIN, BAI, SSPS, QSG-12, FAST, PHQ-2 e ELAPF. Aplicando-se os critérios de exclusão chegou-se a uma amostra final de 252 sujeitos, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 – Número de sujeitos contatados, excluídos e incluídos nos diferentes grupos da Fase 2 do estudo

Situação do aluno	C	NC	SC	Total
Selecionados	178	194	54	426
Excluídos:				
- Desistiram ou não localizados	40	92	15	147
- Comorbidades	18	5	0	23
- Preenchimento incorreto	2	2	0	4
Incluídos	118	95	39	252

C: Caso; NC: Não-Caso; SC: Subclínico

Codificação e tratamento dos dados

Os dados foram codificados e alocados manualmente em um banco de dados por pesquisadores do projeto maior e, posteriormente, checados e ajustados pela pesquisadora do presente estudo. Utilizou-se novamente, para as análises abaixo descritas, o Programa estatístico SPSS versão 13.0 (SPSS-INCORPORATION, 2001). Para realização da análise fatorial confirmatória foi utilizado o Mplus versão 6.12 (MUTHÉN; MUTHÉN, 2004).

Os dados demográficos e clínicos da amostra foram analisados através de testes estatísticos descritivos e paramétricos. Para comparação dos grupos utilizou-se o teste do Qui-Quadrado e ANOVA.

Para os estudos referentes à validade da LSAS foram utilizadas as seguintes técnicas de análise:

- Alfa de *Cronbach*, seguindo os mesmos padrões descritos na Fase 1;
- Coeficiente de Correlação de *Pearson* (r) para os itens, scores totais e das subescalas da LSAS-SR, SPIN, BSBP, SSPS, BAI, FAST, PHQ-2, QSG-12, ALAPF e ALHPF, conforme descrito na Fase 1.
- Análise fatorial exploratória, por meio da técnica de análise dos componentes principais com rotação *varimax*, visando a avaliação da consistência interna e validade de constructo das escalas. Os critérios utilizados para 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.
- Análise fatorial confirmatória, tomando-se como referência os fatores evidenciados nos estudos de Levin et al. (2002), Safren et al. (1999) e Baker et al. (2002). Foi realizada análise através do método *Weighted Least Squares* (WLS), com a estimativa sendo implantada através da média e da covariância ajustada de acordo com o qui-quadrado. Adotou-se como referência de indicadores de adequação ao modelo os seguintes parâmetros: *root-mean square error of approximation* (RMSEA), *comparative fit index* (CFI) e, *Tucker-Lewis Index* (TLI). Conforme recomendado por Hu e Bentler (1998, 1999), uma perfeita adequação é considerada por $RMSEA \leq 0,06$ e, CFI e $TLI \geq 0,95$.
- Curva ROC (*Receiver Operating Characteristics Analyses*), com o objetivo de analisar os pontos de corte que favorecem a discriminação entre os sujeitos classificados como casos clínicos, não casos e casos subclínicos de TAS;

Da mesma maneira que no estudo anterior, foram utilizados o Teste t de *Student* e ANOVA para comparação das variáveis, utilizando o teste Bonferroni como post-hoc.

O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

Os resultados de ambas as fases do estudo serão apresentados conjuntamente, iniciando-se pela caracterização das amostras e passando-se para os indicadores psicométricos estudados, a saber: a) frequência dos itens; b) consistência interna; c) validade convergente; d) validade com constructos correlacionados/validade divergente; e) validade discriminativa; f) análise fatorial e; g) fidedignidade teste-reteste.

4.1 Caracterização sociodemográfica das amostras

Para realização do presente estudo, como dito anteriormente, foram utilizadas duas amostras distintas.

O primeiro grupo amostral (Fase 1) foi composto por 413 sujeitos de ambos os sexos, todos estudantes universitários, alunos de faculdade particular, na área de ciências biológicas.

A Tabela 4 apresenta a caracterização sociodemográfica desta amostra, a qual foi denominada de população geral de universitários (PG).

Tabela 4 – Caracterização sócio demográfica da amostra incluída na Fase 1 do estudo (N= 413)

Variáveis	N (%)
Sexo	
Feminino	276 (66,8%)
Masculino	137 (33,2%)
Idade média (DP)	22,9 (5,99)
Universidade	
Pública	0
Privada	413 (100%)
Área do curso	
Biológicas	413 (100%)
Ano do curso	
1º. e 2º.	295 (71,4%)
3º. e 4º.	118 (28,6%)

DP: Desvio Padrão; N: Frequência; %: Porcentagem

A amostra incluída na segunda fase do estudo foi composta por 252 sujeitos, sendo 118 incluídos no grupo C, 95 no grupo NC e 39 no grupo SC. A Tabela 5 apresenta as principais características sociodemográficas desta amostra.

Tabela 5 – Caracterização sociodemográfica da amostra incluída na Fase 2 do estudo (N= 252)

Variável	C (N=118) (%)	N	NC (N=95) N (%)	SC (N = 39) N (%)	Estatística
Sexo					
Feminino	81(68,6)		56 (58,9)	30 (76,9)	$\chi^2 = 4,789$
Masculino	37 (31,4)		39 (41,1)	9 (23,1)	$p = 0,91$
Idade média (DP)					
	22,63 (5,39)*		20,93 (2,86)*	21,29 (3,1)	$F = 4,150$ $p = 0,017*$
Universidade					
Pública	81 (68,6)		75 (78,9)	39 (100)*	$\chi^2 = 12,053$
Privada	37 (31,4)		20 (21,1)	0*	$p = 0,002*$
Área do curso					
Exatas	37 (31,4)		33 (34,7)	13 (33,3)	$\chi^2 = 0,327$
Humanas	14 (11,9)		11 (11,6)	5 (12,8)	$p = 0,988$
Biológicas	67 (56,8)		51 (53,7)	21 (53,9)	
Ano do curso					
1º. e 2º.	75 (63,6)		70 (73,7)	30 (76,9)	$\chi^2 = 3,759$
3º. e 4º.	43 (36,4)		25 (26,3)	9 (23,1)	$p = 0,153$

C: Casos; NC: Não-Casos; SC: Subclínicos; N: Frequência; %: Porcentagem; DP: Desvio Padrão; χ^2 : Qui Quadrado; F = Anova; *: diferença estatística significativa

Conforme a Tabela 5, em todos os grupos houve predomínio de estudantes do sexo feminino, procedentes da universidade pública, matriculados nos primeiros anos do curso universitário, sobretudo na área de ciências biológicas. A análise estatística destas variáveis apontou que os grupos diferem em relação ao tipo de universidade frequentada, pública ou particular, uma vez que no grupo SC não há estudantes provenientes da universidade particular. No que se refere à variável idade, denota-se uma pequena diferença entre os grupos, ou seja, no grupo C a média de idade é superior à média de idade do grupo NC, sendo que ambas não diferem, do ponto de vista estatístico, da média de idade do grupo SC.

4.2 Indicadores de validade e fidedignidade da LSAS-SR

Para apresentação dos resultados referentes aos indicadores de validade e fidedignidade da LSAS-SR optou-se pelo agrupamento dos sujeitos das diferentes amostras em função da característica psicométrica estudada. Assim, os resultados serão apresentados em função de quatro grupos distintos: PG (Amostra da Fase 1), C, NC e SC (Amostra da Fase 2)

4.2.1 Estudo dos itens

Para análise dos itens da LSAS-SR, calculou-se a média de pontuação e desvio padrão para cada um deles, sendo realizado teste post-hoc (Bonferroni), para verificar a existência de diferença significativa entre as mesmas. Esses dados são apresentados nas Tabelas 6 e 7, em função das subescalas medo e evitação, respectivamente, considerando-se os diferentes grupos.

Tabela 6 – Pontuação média e desvio padrão dos itens da subescala medo da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada (LSAS-SR) em amostra da população geral (N=413) e clínica (N=252)

Itens	Média (DP)				Estatística
	PG	C	NC	SC	
M1	0,34 (0,62) ^{♦†}	0,94 (0,99) ^{♦♦}	0,24 (0,68) ^{•○}	0,69(0,76) ^{○†}	F= 25,476*
M2	0,40(0,70) ^{♦□†}	1,08 (0,83) ^{•‡♦}	0,18 (0,43) ^{•○□}	0,72(0,75) ^{‡○†}	F=38,424*
M3	0,43 (0,76) ^{♦□}	0,81 (0,96) ^{♦♦}	0,16 (0,46) ^{•□}	0,46 (0,75)	F= 12,682*
M4	0,35 (0,74) [♦]	0,63 (0,92) ^{♦♦}	0,12 (0,38) [•]	0,28 (0,56)	F= 8,346*
M5	0,65 (0,84) ^{♦†}	1,63 (0,92) ^{♦♦}	0,60 (0,72) ^{•○}	1,44 (1,07) ^{○†}	F= 48,247*
M6	1,55 (1,00) ^{♦□†}	2,58 (0,64) ^{♦♦}	1,15 (0,88) ^{•○□}	2,33 (0,73) ^{○†}	F= 59,150*
M7	0,34 (0,68) ^{♦†}	1,20 (0,94) ^{•‡♦}	0,22 (0,54) ^{•○}	0,67 (0,80) ^{‡○†}	F= 48,304*
M8	1,01 (0,91) ^{♦†}	1,90 (0,94) ^{♦♦}	0,74 (0,81) ^{•○}	1,51 (1,02) ^{○†}	F= 37,766*
M9	0,71 (0,88) ^{♦□†}	1,36 (1,05) ^{♦♦}	0,43 (0,69) ^{•○□}	1,23 (0,98) ^{○†}	F= 24,373*
M10	0,66 (0,79) ^{♦□†}	1,34 (0,89) ^{♦♦}	0,40 (0,60) ^{•○□}	1,05 (0,72) ^{○†}	F= 32,218*
M11	0,73 (0,78) [♦]	1,45 (0,90) ^{•‡♦}	0,51 (0,69) ^{•○}	1,00 (0,68) ^{‡○}	F= 33,137*
M12	1,12 (0,96) ^{♦□}	1,75(1,01) ^{♦♦}	0,81 (0,81) ^{•○□}	1,33 (0,77) [○]	F= 19,968*
M13	0,66 (0,95) [□]	0,79 (0,95) [•]	0,29 (0,66) ^{•□}	0,46(0,88)	F= 6,053*
M14	0,89 (0,91) ^{♦□}	1,68 (0,92) ^{♦♦}	0,57 (0,75) ^{•○□}	1,26(0,91) [○]	F= 33,619*
M15	1,30 (1,02) ^{♦□†}	2,47 (0,77) ^{♦♦}	0,89 (0,89) ^{•○□}	2,23 (0,77) ^{○†}	F= 69,409*
M16	1,37(1,04) ^{♦□†}	2,18 (0,84) ^{♦♦}	0,67 (0,91) ^{•○□}	1,90 (0,91) ^{○†}	F= 44,617*
M17	0,91 (0,96) ^{♦□}	1,44 (0,94) ^{♦♦}	0,60 (0,84) ^{•○□}	1,26 (0,91) [○]	F= 16,012*
M18	0,86 (0,95) ^{♦□}	1,42 (0,99) ^{♦♦}	0,57 (0,75) ^{•○□}	1,21 (0,97) [○]	F= 17,588*
M19	0,97 (0,87) [♦]	1,76 (0,95) ^{•‡♦}	0,76 (0,85) ^{•○}	1,31 (0,83) ^{‡○}	F= 30,328*
M20	1,69 (1,06) ^{♦□†}	2,61 (0,65) ^{♦♦}	1,15 (1,01) ^{•○□}	2,44 (0,68) ^{○†}	F= 49,476*
M21	0,84 (0,96) ^{♦†}	2,02 (0,86) ^{•‡♦}	0,89 (0,89) ^{•○}	1,44 (0,75) ^{‡○†}	F= 52,960*
M22	0,81 (0,95) [♦]	1,42 (1,05) ^{♦♦}	0,58 (0,75) [•]	0,97 (0,84)	F= 17,048*
M23	0,63 (0,89) ^{♦†}	1,64 (1,02) ^{♦♦}	0,56 (0,80) ^{•○}	1,38 (1,04) ^{○†}	F= 44,491*
M24	0,63 (0,89) ^{♦†}	1,12 (1,06) ^{♦♦}	0,39 (0,62) ^{•○}	0,92 (0,92) ^{○†}	F= 18,043*
SE M	19,58 (13,05) ^Δ	37,20 (13,63) ^Δ	13,47 (10,78) ^Δ	29,49 (11,46) ^Δ	F=79,307*

PG: População Geral; C: Caso; NC: Não Caso; SC: Subclínico; F: ANOVA; SEM: Total subescala medo; M1 = telefonar em público; M2: Grupos pequenos; M3: Comer em lugares públicos; M4: Beber em lugares públicos; M5: Falar com autoridades; M6: Grupo grande de pessoas; M7: Ir a uma festa; M8: Trabalhar com alguém observando; M9: Escrever com alguém observando; M10: Chamar alguém; M11: Falar com alguém; M12: Encontrar-se com desconhecidos; M13: Ir ao banheiro público; M14: Entrar em sala com pessoas; M15: Ser o centro das atenções; M16: Falar em reunião; M17: Submeter-se a exame; M18: Expressão desacordo ou desaprovação; M19: Encarar pessoas; M20: Fazer um discurso; M21: Namorar alguém; M22: Devolver mercadorias; M23: Dar uma festa; M24: Resistir a pressão de um vendedor; •: diferença significativa entre os grupos e NC; ‡: diferença significativa entre os grupos C e SC; ♦: diferença significativa entre os grupos PG e C; ○: diferença significativa entre os grupos SC e NC; □: diferença significativa entre os grupos PG e NC; †: diferença significativa entre os grupos PG e SC; Δ: diferença significativa entre todos os grupos, *: p<0,001.

Observou-se, na Tabela 6, que a média de pontuação relativa ao escore total da subescala medo, apresentou diferença significativa entre os quatro grupos estudados, variando de 13,47 a 37,20, sendo a maior no grupo C, seguida pelo SC, PG e NC.

O item mais pontuado para todas as amostras foi o 20 e, em contrapartida, o 4 foi aquele com menor média de pontuação. Na amostra clínica a variação das médias por item foi mais expressiva para o grupo C (0,63-2,61) e para os SC (0,28-2,44). Já os NC tenderam a manter o mesmo padrão de variação da PG (NC:0,12-1,15; PG:0,34-1,69), o qual se mostra de menor extensão, quando comparado aos grupos com sintomas de TAS.

Tomando-se como parâmetro o grupo C, observa-se que na comparação das médias com as do grupo PG e NC, todos os itens mostram diferença significativa, exceção ao item 13 com o grupo PG, sendo que as maiores médias são evidenciadas para o grupo C. Quando da comparação do grupo C com o SC, observa-se uma mudança nesse padrão, uma vez que em apenas cinco itens (2, 7, 11, 19 e 21) a média de pontuação foi estatisticamente diferente e superior para os C, apontando que entre estes grupos, a frequência e intensidade dos medos são bastante parecidas, apresentando os SC um padrão de medos semelhante aos C.

Quando, por outro lado, toma-se como referência o grupo NC, observa-se que este apresenta, em comparação a todos os outros grupos amostrais, as menores médias de pontuação, sendo que apenas em poucos itens esta diferença não é significativa em relação ao grupo SC (3, 4, 13 e 22) e, em cerca da metade deles à PG (1, 4, 5, 7,8, 11,19, 21, 22, 23 e 24).

Por fim, considerando o grupo SC em comparação ao PG, pode ser observada diferença significativa para a média em quatorze, dos 24 itens, (1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 20, 21, 23 e 24), sendo a mesma superior para o grupo SC.

Assim, pode-se dizer que a maioria dos itens da subescala medo encontrou-se um padrão hierárquico de pontuação, a saber: o grupo C apresenta maior média de pontuação que o grupo SC, seguidos pelo grupo de PG e NC.

Como referido anteriormente, a Tabela 7 apresenta a pontuação média de cada item da subescala evitação, em função dos diferentes grupos.

Tabela 7 – Pontuação média e desvio padrão dos itens da subescala evitação da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada (LSAS-SR) em uma amostra da população geral (N=413) e clínica (N=252)

Itens	Média (DP)				Estatística
	PG	C	NC	SC	
E1	0,51 (0,77) [♦]	0,98 (1,10) [♦]	0,39 (0,71) ^{•○}	0,82 (0,94) [○]	F=12,315*
E2	0,44 (0,76) ^{♦■}	0,95 (0,85) [♦]	0,14 (0,42) ^{•○■}	0,64 (0,74) [○]	F=25,074*
E3	0,51 (0,83) [■]	0,73 (0,94) ^{•‡}	0,12 (0,35) ^{•■}	0,26 (0,59) [‡]	F= 11,688*
E4	0,46 (0,81) [■]	0,59 (0,91) [•]	0,12 (0,35) ^{•■}	0,23 (0,58)	F= 7,815*
E5	0,72 (0,92) ^{♦†}	1,49 (0,94) [♦]	0,53 (0,65) ^{•○}	1,13 (1,00) ^{○†}	F= 28,371*
E6	1,40 (1,03) ^{♦■†}	2,38 (0,83) [♦]	0,71 (0,93) ^{•○■}	2,10 (0,88) ^{○†}	F= 59,987*
E7	0,40 (0,70) [♦]	1,13 (1,01) ^{•‡♦}	0,19 (0,51) [•]	0,54 (0,75) [‡]	F= 35,720 *
E8	0,91 (0,93) ^{♦■}	1,56 (1,04) [♦]	0,61 (0,78) ^{•○■}	1,31 (1,03) [○]	F= 22,011 *
E9	0,66 (0,92) ^{♦■†}	1,10 (1,07) [♦]	0,38(0,65) ^{•○■}	1,08 (1,01) ^{○†}	F= 13,359*
E10	0,70 (0,79) ^{♦■}	1,24 (0,93) ^{•‡♦}	0,43 (0,61) ^{•■}	0,79 (0,80) [‡]	F= 20,455 *
E11	0,73 (0,87) ^{♦■}	1,37 (0,86) ^{•‡♦}	0,46 (0,58) ^{•○■}	0,85 (0,67) ^{‡○}	F= 30,144 *
E12	1,12 (1,00) ^{♦■}	1,58 (1,08) ^{•‡♦}	0,66 (0,82) ^{•■}	1,08 (0,92) [‡]	F= 15,021 *
E13	0,99 (1,11) [■]	0,90 (1,10)	0,56 (0,88) [■]	0,59 (0,96)	F= 5,041 *
E14	0,91(0,97) ^{♦■}	1,30 (1,10) [♦]	0,51 (0,74) ^{•○■}	1,00 (0,94) [○]	F= 11,936*
E15	1,31 (1,05) ^{♦■†}	2,34 (0,85) [♦]	0,79 (0,97) ^{•○■}	1,95 (0,88) ^{○†}	F= 50,963 *
E16	1,27 (1,06) ^{♦■}	1,95 (0,95) [♦]	0,47 (0,81) ^{•○■}	1,51 (1,02) [○]	F= 37,526 *
E17	0,73 (0,94) ^{♦■}	1,03 (1,02) [♦]	0,24 (0,56) ^{•○■}	0,77 (0,90) [○]	F= 13,301*
E18	0,87 (0,95) [♦]	1,35 (0,96) [♦]	0,63 (0,87) ^{•○}	1,18 (1,02) [○]	F= 12,295 *
E19	0,99 (0,91) ^{♦■}	1,78 (0,98) ^{•‡♦}	0,67 (0,88) ^{•○■}	1,26 (0,88) ^{‡○}	F= 30,564 *
E20	1,63 (1,11) ^{♦■†}	2,47 (0,83) [♦]	0,78 (1,04) ^{•○■}	2,26 (0,81) ^{○†}	F= 51,492 *
E21	0,64 (0,91) [♦]	1,69 (1,03) ^{•‡♦}	0,64 (0,92) [•]	0,92 (0,83) [‡]	F= 40,473 *
E22	0,79 (0,95) [♦]	1,28 (1,09) [♦]	0,54 (0,83) [•]	0,90 (1,02)	F= 11,730 *
E23	0,72 (0,98) [♦]	1,47(1,10) [♦]	0,42 (0,73) ^{•○}	1,13 (1,00) [○]	F= 24,687 *
E24	0,79 (1,02) [■]	1,05 (1,13) [•]	0,44 (0,76) ^{•○■}	1,13 (1,19) [○]	F= 6,909*
SE E	19,74 (12,88) ^Δ	33,70 (14,34) ^Δ	11,42 (9,90) ^Δ	25,41 (12,32) ^Δ	F=59,763*

PG: População Geral; C: Caso; NC: Não Caso; SC: Subclínico; F: ANOVA; SEE: Total subescala evitação; E1: Telefonar em público; E2: Grupos pequenos; E3: Comer em lugares públicos; E4: Beber em lugares públicos; E5: Falar com autoridades; E6: Grupo grande de pessoas; E7: Ir a uma festa; E8: Trabalhar com alguém observando; E9: Escrever com alguém observando; E10: Chamar alguém; E11: Falar com alguém; E12: Encontrar-se com desconhecidos; E13: Ir ao banheiro público; E14: Entrar em sala com pessoas; E15: Ser o centro das atenções; E16: Falar em reunião; E17: Submeter-se a exame; E18: Expressar desacordo ou desaprovação; E19: Encarar pessoas; E20: Fazer um discurso; E21: Namorar alguém; E22: Devolver mercadorias; E23: Dar uma festa; E24: Resistir a pressão de um vendedor; ♦: diferença significativa entre os grupos e NC; ‡: diferença significativa entre os grupos C e SC; ♦: diferença significativa entre os grupos PG e C; ○: diferença significativa entre os grupos SC e NC; ■: diferença significativa entre os grupos PG e NC; †: diferença significativa entre os grupos PG e SC; Δ: diferença significativa entre todos os grupos, *: p<0,001.

Em relação à subescala evitação, a média de pontuação do escore total, apresentou diferença significativa entre os quatro grupos estudados, variando de 11,42 a 33,70, sendo o maior no grupo C, seguido pelo SC, PG e NC, mantendo o mesmo padrão apresentado anteriormente na subescala medo.

Considerando a média por item, a subescala evitação apresentou resultados bastante semelhantes aos encontrados na subescala medo, uma vez que, os valores encontrados no grupo C (0,59-2,47) e SC (0,23-2,26) foram muito próximos e superiores aos dos demais grupos. Já no grupo PG, essa média variou de 0,40 a 1,63 e, nos NC foram evidenciados os menores valores, entre 0,12 e 0,79. Também, como na subescala medo, o item mais pontuado em todos os grupos foi o 20 e, o menos pontuado, o quatro.

Analisando-se a pontuação média individual de cada item, observa-se que o grupo C apresenta valores estatisticamente superiores quando comparado ao grupo NC para todos os itens, exceto ao 13. O mesmo padrão é encontrado quando comparados os grupos C e PG, exceção aos itens 3, 4, 13 e 24. Já entre os grupos C e SC, esse padrão se inverte, sendo encontrada diferença estatisticamente significativa entre as médias em um número menor de itens (3, 7, 10, 11, 12, 19 e 21).

O grupo SC, na comparação com o grupo PG, apresentou diferença estatisticamente significativa entre as médias para poucos itens, sendo eles: 5, 6, 9, 15 e 20. O mesmo não ocorreu quando comparado com os NC, em que cerca da metade dos itens apresentaram diferença significativa, com maior pontuação para os SC.

Já, se considerarmos como referência o grupo NC, a maior parte dos itens tem menor média de pontuação quando comparado com a PG. Para sete itens (1, 5, 7, 18, 21, 22 e 23) a diferença não é significativa, indicando maior proximidade entre tais grupos, em relação à evitação de situações relacionadas à ansiedade social.

De modo geral, foi observado o mesmo padrão hierárquico de pontuação para o escore total da subescala evitação, tal qual já referido para subescala medo.

Em ambas as subescalas, chama a atenção o fato de que o item 13 (*“Ir ao banheiro público”*) não apresentou diferenças significativa em praticamente todas as comparações realizadas, assim como os itens 4 (*“Beber com outras pessoas em lugares públicos”*), 22 (*“Devolver mercadorias em uma loja”*) e 24 (*“Resistir a pressão de um vendedor”*), caracterizando-se como os itens menos discriminativos.

A análise da diferença entre as médias do escore total da LSAS-SR dos diferentes grupos, foi realizada ($F = 73,587$, $p = 0,001$) e o que encontrou-se foi que a mesma variou de

24,89 a 70,91, com diferença significativa entre os todos os grupos. A maior média encontrada foi entre o grupo C, seguido pelo grupo SC e pelos grupos PG e NC.

4.2.2 Consistência interna

Para análise da consistência interna aplicou-se o *alpha* de *Cronbach* para as duas subescalas e para escala total, nos quatro grupos avaliados. Também foi calculada a correlação de cada item com o total para cada um dos grupos. Os resultados podem ser visto na Tabela 8.

Tabela 8 – Valores relativos ao estudo da consistência interna da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz-versão auto-aplicada (LSAS-SR) nas diferentes amostras estudadas

LSAS-SR		Correlação item-total	α
SE Medo (24 itens)	PG (N=413)	0,39 - 0,71	0,93
	C (N=118)	0,42 - 0,71	0,93
	NC (N=95)	0,25 - 0,71	0,92
	SC (N=39)	0,17 - 0,66	0,91
SE Evitação (24 itens)	PG (N=413)	0,34 - 0,64	0,91
	C (N=118)	0,38 - 0,73	0,92
	NC (N=95)	0,22 - 0,69	0,90
	SC (N=39)	0,30 - 0,71	0,91
Total (48 itens)	PG (N=413)	0,38 - 0,72	0,96
	C (N=118)	0,38 - 0,72	0,96
	NC (N=95)	0,22 - 0,71	0,95
	SC (N=39)	0,17 - 0,71	0,95

SE: Subescala; α : *alpha* de *Cronbach*; PG: População Geral, C: Caso; NC: Não Caso; SC: Subclínico

A correlação item-total, para as diferentes amostras, variou de 0,17 a 0,73, sendo que foi observado o mesmo padrão entre os grupos C e PG, com correlações classificadas como moderadas a fortes (0,34-0,73). Já nos grupos NC e SC, os valores de correlação item-total foram um pouco inferiores (0,17-0,71), classificados como fracos a fortes.

Os itens com maior correlação com o escore total tendem a ser os mesmos nos diferentes grupos e subescalas com destaque aos que abordam situações envolvendo pessoas desconhecidas (itens 10, 11 e 19). O mesmo não acontece entre os itens que apresentaram as menores correlações, uma vez que estes tendem a ser mais heterogêneos entre os grupos.

Como observado na Tabela 8, independente da amostra, o valor do *alpha* foi excelente, sempre acima de 0,90, seja para as subescalas individualmente, seja para a escala total.

Realizou-se também uma análise da consistência interna simulando a retirada de cada um dos itens do instrumento e o que se observou foi que a consistência interna não seria alterada, independente do grupo em questão.

4.2.3 Validade Convergente

Em relação ao estudo da validade convergente realizou-se a correlação dos escores das subescalas da LSAS-SR, assim como de seu escore total, com os escores das subescalas e totais dos seguintes instrumentos de avaliação: SPIN, BSPS, SSPS e BAI.

As referidas correlações foram realizadas apenas com as amostras clínicas, com exceção ao instrumento SPIN, em que também apresentar-se-á os dados relativos à amostra da população geral.

a) LSAS-SR e SPIN

Os dados referentes aos níveis de correlação entre a LSAS-SR e o SPIN, inventário que quantifica sintomas fisiológicos, de medo e evitação relacionados ao TAS, podem ser vistos na Tabela 9.

Tabela 9 – Valores relativos ao estudo da validade convergente da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada (LSAS-SR) e suas subescalas com o Inventário de Fobia Social (SPIN), em uma amostra da população geral (N=413) e clínica (N = 252)

LSAS-SR		SPIN			
		Escala Total	SE Medo	SE Evitação	SE Sintomas Fisiológicos
Escala Total	PG (N=413)	0,81**	0,78**	0,76**	0,66**
	C (N= 118)	0,67**	0,63**	0,64**	0,53**
	NC (N=95)	0,81**	0,80**	0,71**	0,71**
	SC (N=39)	0,33*	0,39*	0,41*	-0,03
SE Medo	PG (N=413)	0,72**	0,81**	0,78**	0,70**
	C (N= 118)	0,65**	0,61**	0,61**	0,52**
	NC (N=95)	0,77**	0,76**	0,68**	0,66**
	SC (N=39)	0,34*	0,41**	0,40*	-0,01
SE Evitação	PG (N=413)	0,72**	0,69**	0,70**	0,58**
	C (N= 118)	0,66**	0,61**	0,64**	0,51**
	NC (N=95)	0,78**	0,77**	0,67**	0,70**
	SC (N=39)	0,29	0,33*	0,39*	-0,05

SE: Subescala; PG: População Geral; C: Caso; NC: Não Caso; SC: Subclínico, *: $p \leq 0,05$; **: $p \leq 0,01$

Conforme apresentado na Tabela 9, tanto na amostra da PG, quanto nos grupos C e NC, todas as correlações encontradas foram estatisticamente significativas e, classificadas como fortes a muito fortes, sendo que no grupo C, as mesmas foram levemente inferiores se comparadas aos outros dois grupos. No grupo SC o padrão de correlação com o SPIN foi estatisticamente inferior aos três grupos acima descritos, sendo geralmente classificado como moderado, além de não apresentar correlações significativas na subescala sintomas fisiológicos.

b) LSAS-SR e BSPS

Os dados relativos à correlação da LSAS-SR e a BSPS, escala de hetero-avaliação que avalia diferentes sintomas característicos do TAS.

Tabela 10 – Valores relativos ao estudo da validade convergente da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada (LSAS-SR) e suas subescalas com a Escala Breve de Fobia Social (BSPS), em uma amostra clínica (N=252)

LSAS-SR		BSPS			
		Escala Total	SE Medo	SE Evitação	SE Sintomas Fisiológicos
Escala Total	C (N= 118)	0,76**	0,70**	0,73**	0,54**
	NC (N=95)	0,84**	0,76**	0,81**	0,56**
	SC (N=39)	0,77**	0,75**	0,77**	0,16
SE Medo	C (N= 118)	0,75**	0,71**	0,68**	0,55**
	NC (N=95)	0,82**	0,76**	0,77**	0,58**
	SC (N=39)	0,76**	0,76**	0,72**	0,19
SE Evitação	C (N= 118)	0,73**	0,66**	0,73**	0,51**
	NC(N=95)	0,77**	0,69**	0,77**	0,49**
	SC (N=39)	0,70**	0,67**	0,74**	0,12

SE: Subescala; C: Caso; NC: Não Caso; SC: Subclínico; **: $p \leq 0,01$

Foi observado, segundo apresentado na Tabela 10, um padrão de correlação bastante semelhante entre os diferentes grupos clínicos, sendo estes classificados como fortes a muito fortes. Porém, em relação às correlações com a subescala de sintomas fisiológicos da BSPS, esse padrão é um pouco inferior, sendo que para o grupo SC nenhuma das correlações com esta subescala foi estatisticamente significativa.

c) LSAS-SR e SSPS

Os dados encontrados, através da correlação do escore total e das subescalas da LSAS-SR, com os escores das subescalas da SSPS, podem ser vistos na Tabela 11.

Tabela 11 – Valores relativos ao estudo da validade convergente da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada (LSAS-SR) e suas subescalas com a Escala de Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS), em uma amostra clínica (N=252)

LSAS-SR		SSPS	
		Positiva	Negativa
Escala Total	C (N=118)	-0,19*	-0,09
	NC (N=95)	-0,23*	-0,08
	SC (N=39)	-0,18	-0,06
SE Medo	C (N=118)	-0,18	-0,09
	NC (N=95)	-0,18	-0,03
	SC (N=39)	-0,16	-0,12
SE Evitação	C (N=118)	-0,19*	-0,08
	NC (N=95)	-0,26*	-0,13
	SC (N=39)	-0,18	0,00

SE: Subescala; C: Caso; NC: Não Caso; SC: Subclínico, *: $p \leq 0,05$

De acordo com os dados evidenciados na Tabela 11, poucas correlações significativas foram encontradas entre estes dois instrumentos, sendo essas apenas entre a subescala positiva da SSPS e subescala evitação e escore total da LSAS-SR. Estas correlações ocorreram apenas nos grupos C e NC e, apesar de estatisticamente significativas, foram pouco expressivas. Destaca-se ainda que, as correlações evidenciadas são de ordem negativa, ou seja, expressam uma correlação inversa, apontando que quanto maior o número de situações evitadas ou temidas, menor é a avaliação positiva que o sujeito faz quanto a sua performance de falar em público e vice-versa.

Tendo em vista as poucas correlações significativas encontradas entre estes dois instrumentos e considerando que a LSAS-SR não se restringe a avaliar situações que envolvam falar em público, optou-se por avaliar as possíveis correlações entre itens específicos relativos a falar em público da LSAS-SR, a saber: M/E6, M/E11, M/E16 e M/E20, com os escores da SSPS. Os dados podem ser observados na Tabela 12.

Tabela 12 – Valores relativos ao estudo da validade convergente de itens específicos sobre falar em público da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada (LSAS-SR) com a Escala de Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS), em uma amostra clínica (N=252)

Itens LSAS-SR	SSPS					
	Positiva			Negativa		
	C (N=118)	NC (N=95)	SC (N=39)	C (N=118)	NC (N=95)	SC (N=39)
M6	-0,06	-0,15	-0,09	-0,04	-0,01	-0,07
E6	-0,11	-0,22*	-0,04	-0,04	-0,16	-0,006
M11	-0,13	-0,04	-0,20	-0,08	-0,06	-0,15
E11	-0,21*	-0,23*	-0,14	-0,06	-0,21*	-0,10
M16	-0,16	-0,24*	-0,16	-0,11	-0,10	-0,15
E16	-0,23*	-0,40**	-0,03	-0,07	-0,33**	-0,02
M20	-0,12	-0,24*	-0,11	-0,03	-0,16	0,03
E20	-0,15	-0,36**	-0,13	-0,05	-0,18	0,20

M/E6: representar agir ou falar em frente a um grande número de pessoas; M/E11: falar com alguém que você não conhece bem; M/E16: falar em reunião; M/E20: fazer um discurso; C: Caso; NC: Não-Caso; SC: Subclínico; *: $p \leq 0,05$; **: $p \leq 0,01$

Como pode ser visto na Tabela 12, as correlações significativas encontradas foram novamente poucas e pontuais, seguindo o mesmo padrão apresentado na correlação dos escores das subescalas, embora tendam a apresentar valores levemente superiores.

O grupo NC foi o que apresentou maior número que correlações significativas entre a LSAS-SR e a subescala positiva da SSPS e o único que apresentou alguma correlação com a subescala negativa.

d) LSAS-SR e BAI

Foram correlacionados os escores totais e das subescalas da LSAS-SR com a BAI, inventário de mensuração de sintomas de ansiedade geral, cujos resultados são visualizados na Tabela 13.

Tabela 13 – Valores relativos ao estudo de correlação entre a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada (LSAS-SR) e suas subescalas com o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), em uma amostra clínica (N=252)

LSAS-SR		BAI				
		Escala Total	SE Neuro	SE Sub	SE Pânico	SE Auto
Escala Total	C (N= 118)	0,38**	0,23*	0,37**	0,35**	0,37**
	NC (N=95)	0,57**	0,49**	0,46**	0,30**	0,46**
	SC (N=39)	-0,03	-0,09	-0,06	-0,09	-0,19
SE Medo	C (N= 118)	0,37**	0,21*	0,37**	0,34**	0,36**
	NC (N=95)	0,55**	0,51**	0,41**	0,29**	0,49**
	SC (N=39)	-0,01	-0,09	-0,05	-0,01	0,24
SE Evitação	C (N= 118)	0,36**	0,23*	0,34**	0,34**	0,35**
	NC (N=95)	0,52**	0,42**	0,46**	0,29**	0,39**
	SC (N=39)	-0,06	-0,09	-0,07	-0,15	0,13

SE: Subescala; C: Caso; NC: Não Caso; SC: Subclínico, Neuro: neurofisiológica; Sub: Subjetiva; Auto: Autonômica; *: $p \leq 0,05$; **: $p \leq 0,01$

Conforme observado na Tabela 13, as correlações realizadas tenderam a não apresentar um padrão específico, variando de 0,21 a 0,57, sendo classificadas como fracas a fortes, nos grupos de C e NC. Para o grupo SC nenhuma correlação estatisticamente significativa foi evidenciada.

4.2.4 Validade com Constructos Correlacionados / Validade Divergente

Considerando a alta taxa de comorbidade do TAS com depressão e abuso de substâncias e, os indicadores dos prejuízos funcionais associados a este transtorno, foi realizada a análise da validade com estes constructos correlacionados, visando o estudo seja da associação destas variáveis como também da validade divergente da escala. Quanto aos instrumentos foram utilizados: a) FAST, escala que avalia dependência/abuso de álcool; b) PHQ-2, instrumento utilizado para rastrear transtorno depressivo; c) QSG-12, inventário que avalia sintomas psiquiátricos, sobretudo os ansiedade e depressão; d) ALAPF, escala de auto-avaliação, referente ao prejuízo funcional associado ao TAS; e) ALHPF, escala de hetero-avaliação, também referente ao prejuízo funcional associados ao TAS.

Os dados obtidos da correlação da LSAS-SR com os três primeiros instrumentos citados podem ser vistos na Tabela 14.

Tabela 14 – Valores relativos à correlação da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz–versão auto-aplicada (LSAS-SR) e suas subescalas com o *Fast Alcohol Screening Test* (FAST), Questionário Sobre a Saúde do Paciente (PHQ-2) e Questionário de Saúde Geral-12 (QSG-12) em uma amostra clínica (N=252)

	LSAS-SR	FAST	PHQ-2	QSG-12
Escala Total	C (N=118)	-0,15	0,39**	0,47**
	NC (N=95)	0,07	0,40**	0,48**
	SC (N=39)	-0,05	0,52**	0,44**
SE Medo	C (N=118)	-0,08	0,39**	0,47**
	NC (N=95)	0,09	0,36**	0,46**
	SC (N=39)	-0,03	0,57**	0,46**
SE Evitação	C (N=118)	-0,21*	0,36**	0,43**
	NC (N=95)	0,04	0,40**	0,46**
	SC (N=39)	-0,06	0,43**	0,38*

SE: Subescala; C: Caso; NC: Não Caso; SC: Subclínico, *: $p \leq 0,05$; **: $p \leq 0,01$

No geral, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas nas correlações realizadas entre o FAST e a LSAS-SR, exceção à subescala evitação da LSAS-SR, no grupo C, a qual foi classificada como fraca. Esta correlação ainda foi de ordem negativa, evidenciando que, quanto maior o número de situações evitadas, menor a tendência ao abuso de álcool e vice-versa.

Em relação ao PHQ-2, foi observada correlação significativa em todas as subescalas avaliadas independente do grupo clínico. Nos grupos C e NC, as correlações foram moderadas, enquanto no grupo SC essas foram classificadas como moderadas tendendo a forte.

Todas as análises realizadas também apontaram correlação significativa entre a LSAS-SR e o QSG-12, sendo classificadas como moderadas, independente da subescala e grupo avaliados.

A Tabela 15 apresenta as correlações obtidas entre a LSAS-SR e ALAPF e ELHPF.

Tabela 15 – Valores relativos ao estudo da validade convergente da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada (LSAS-SR) e suas subescalas com a Escala de Liebowitz para Auto-Avaliação do Prejuízo Funcional (ALAFP) e Escala de Liebowitz para Hetero-Avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF), em uma amostra clínica (N=252)

LSAS-SR		ALAFP		ELHPF	
		2 semanas	Longo da vida	2 semanas	Longo da vida
Escala Total	C (N= 118)	0,64**	0,54**	0,72**	0,68**
	NC (N=95)	0,37**	0,38**	0,63**	0,52**
	SC (N=39)	0,33*	0,37*	0,51**	0,37*
SE Medo	C (N= 118)	0,63**	0,56**	0,72**	0,68**
	NC (N=95)	0,37**	0,38**	0,57**	0,49**
	SC (N=39)	0,32*	0,36*	0,51**	0,38*
SE Evitação	C (N= 118)	0,61**	0,49**	0,68**	0,64**
	NC (N=95)	0,33**	0,35**	0,64**	0,51**
	SC (N=39)	0,26	0,25	0,47**	0,30*

SE: Subescala; C: Caso; NC: Não Caso; SC: Subclínico, *: $p \leq 0,05$; **: $p \leq 0,01$

Em todas as correlações realizadas entre a LSAS-SR e a ALAFP e ELHPF, os valores mais expressivos foram encontrados no grupo C, os quais foram classificados como fortes. Os grupos NC e SC apresentaram padrão de correlação inferior ao C, sendo esses classificados em sua maioria como moderados tendendo a fortes.

4.2.5 Validade Discriminativa

A validade discriminativa foi calculada por meio de duas técnicas distintas, a saber: curva ROC e comparação de variáveis. Ambas serão apresentadas a seguir.

4.2.5.1 Curva ROC

Aplicou-se a análise por meio da curva ROC entre os seguintes grupos: a) casos e não-casos, b) casos e subclínicos e, c) subclínicos e não-casos. Para as três situações foram calculadas também a Sensibilidade (S), Especificidade (E), Valor Preditivo Positivo (VPP), Valor Preditivo Negativo (VPN) e Taxa de Classificação Incorreta (TCI). Os dados serão apresentados a seguir.

a) Curva ROC: casos e não-casos de TAS

Calculou-se a curva ROC para verificar a capacidade da LSAS-SR, escore total, em discriminar casos e não-casos de TAS.

A área sob a curva ROC encontrada foi de 0,92 ($p=0,001$), com erro padrão 0,02 e, intervalo de confiança de 95% entre 0,88 e 0,96. A Figura 2 ilustra a curva obtida.

Figura 2. Área sob a curva ROC do escore total da LSAS-SR para uma amostra de casos (N=118) e não-casos (N=95) de TAS

Os valores encontrados para S, E, VPP, VPN e TCI em função dos diversos pontos de corte da LSAS-SR podem ser visto na Tabela 16. Esses dados foram calculados com o intuito de identificar a nota de corte que melhor favorece o equilíbrio entre S e E.

Tabela 16 – Valores relativos ao estudo de validade discriminativa da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz- versão auto-aplicada (LSAS) em uma amostra de casos (N=118) e não casos (N=95) de TAS

Nota de Corte	S	E	VPP	VPN	TCI
26	0,99	0,70	0,80	0,98	0,07
27	0,98	0,71	0,81	0,97	0,07
28	0,97	0,72	0,81	0,95	0,07
29	0,96	0,74	0,82	0,94	0,07
30	0,96	0,76	0,83	0,94	0,06
31	0,96	0,77	0,84	0,96	0,06
32	0,96	0,79	0,85	0,95	0,06
33	0,95	0,80	0,85	0,93	0,06
34	0,96	0,80	0,85	0,94	0,06
35	0,94	0,80	0,85	0,91	0,06
36	0,91	0,81	0,86	0,88	0,06
37	0,91	0,81	0,84	0,88	0,06
38	0,91	0,83	0,87	0,88	0,06
39	0,91	0,83	0,87	0,88	0,06
40	0,88	0,83	0,86	0,85	0,07
41	0,88	0,83	0,86	0,85	0,07
42	0,87	0,84	0,87	0,84	0,07
43	0,86	0,85	0,88	0,83	0,07
44	0,85	0,85	0,88	0,82	0,08
45	0,83	0,86	0,88	0,80	0,08
46	0,83	0,86	0,88	0,80	0,08
47	0,79	0,86	0,88	0,76	0,09
48	0,75	0,87	0,88	0,74	0,10
49	0,73	0,88	0,88	0,72	0,10
50	0,72	0,89	0,89	0,72	0,10
51	0,69	0,89	0,89	0,70	0,11
52	0,69	0,89	0,89	0,65	0,11
53	0,68	0,90	0,90	0,65	0,11

S: Sensibilidade; E: Especificidade; VPP: Valor Preditivo Positivo; VPN: Valor Preditivo Negativo; TCI: Taxa de Classificação Incorreta

Considerando que pontuação da LSAS-SR varia de 0 a 144, a nota 34 foi a que apresentou o melhor equilíbrio entre os valores de S e E, com TCI de 0,06. Contudo quando se observa o intervalo entre as notas 32 e 39, este equilíbrio é mantido. Assim, este intervalo pareceu o mais indicado para discriminação entre casos e não-casos de TAS, seja em vista da S ou da E isoladamente, seja do equilíbrio entre estes parâmetros.

b) Curva ROC: casos e subclínicos de TAS

Para analisar a capacidade da LSAS-SR em discriminar os casos clínicos de TAS dos subclínicos, calculou-se a curva ROC utilizando a amostra de ambos os grupos, encontrando área sob a curva de 0,94, com erro padrão de 0,018 e intervalo de confiança de 95% entre 0,91 e 0,98. A figura 3 ilustra a curva evidenciada.

Figura 3. Área sob a curva ROC do escore total da LSAS-SR para uma amostra de casos (N=118) e subclínicos (N=39) de TAS

Na Tabela 17 são apresentados os valores de S, E, VPP, VPN e TCI para as diferentes notas de corte da LSAS-SR, visando a discriminação entre os grupos C e SC.

Tabela 17 – Valores relativos ao estudo de validade discriminativa da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz- versão auto-aplicada (LSAS) em uma amostra de casos (N=118) e subclínicos (N=39) de TAS

Nota de Corte	S	E	VPP	VPN	TCI
26	0,99	0,46	0,85	0,95	0,14
27	0,98	0,49	0,85	0,90	0,14
28	0,97	0,53	0,86	0,87	0,13
29	0,96	0,56	0,87	0,84	0,13
30	0,96	0,61	0,88	0,85	0,12
31	0,96	0,64	0,89	0,86	0,11
32	0,96	0,64	0,89	0,86	0,11
33	0,96	0,64	0,89	0,83	0,12
34	0,96	0,69	0,90	0,84	0,11
35	0,94	0,71	0,90	0,80	0,11
36	0,91	0,74	0,91	0,74	0,13
37	0,91	0,74	0,91	0,74	0,13
38	0,91	0,74	0,91	0,72	0,13
39	0,91	0,82	0,94	0,74	0,11
40	0,88	0,82	0,94	0,69	0,13
41	0,88	0,82	0,94	0,69	0,13
42	0,87	0,82	0,94	0,68	0,14
43	0,86	0,87	0,95	0,68	0,13
44	0,85	0,90	0,96	0,66	0,14
45	0,83	0,90	0,96	0,64	0,15
46	0,83	0,90	0,96	0,64	0,15
47	0,79	0,90	0,96	0,58	0,18
48	0,75	0,92	0,97	0,55	0,20
49	0,73	0,92	0,96	0,53	0,22
50	0,72	0,95	0,97	0,53	0,22
51	0,69	0,97	0,99	0,51	0,23
52	0,69	1,00	1,00	0,52	0,23
53	0,69	1,00	1,00	0,51	0,23

S: Sensibilidade; E: Especificidade; VPP: Valor Preditivo Positivo; VPN: Valor Preditivo Negativo; TCI: Taxa de Classificação Incorreta

Tendo em vista os dados apresentados, a nota que apresentou melhor equilíbrio entre os parâmetros calculados foi a 44, a qual está associada a uma TCI de 14%. Contudo, destaca-se que o intervalo entre as notas 39 e 45 também apresentou equilíbrio satisfatório, embora com variação de cerca de 10% nos valores de E, S e VPN, com TCI variando entre 11 e 15%.

c) Curva ROC: subclínicos e não-casos de TAS

A curva ROC relativa à discriminação entre os grupos SC e NC de TAS apresentou uma área de 0,86 ($p < 0,001$), com erro padrão 0,034 e, intervalo de confiança de 95% entre 0,79 e 0,93, a qual pode ser vista na Figura 4.

Figura 4. Área sob a curva ROC do escore total da LSAS-SR para uma amostra de casos subclínicos (N=39) e não-casos (N=95) de TAS

Os valores de S, E, VPP, VPN e TCI, em função das diferentes notas de corte, podem ser vistos na Tabela 18.

Tabela 18 – Valores relativos ao estudo de validade discriminativa da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz- versão auto-aplicada (LSAS) em uma amostra clínica de casos subclínicos (N=39) e não casos (N=95) de TAS

Nota de Corte	S	E	VPP	VPN	TCI
26	0,90	0,70	0,55	0,94	0,12
27	0,90	0,71	0,56	0,94	0,11
28	0,90	0,72	0,57	0,94	0,11
29	0,90	0,74	0,59	0,94	0,10
30	0,90	0,76	0,61	0,95	0,10
31	0,90	0,77	0,62	0,95	0,09
32	0,90	0,79	0,64	0,95	0,09
33	0,87	0,80	0,64	0,94	0,09
34	0,87	0,80	0,64	0,94	0,09
35	0,87	0,80	0,65	0,95	0,09
36	0,79	0,81	0,63	0,90	0,10
37	0,79	0,81	0,63	0,90	0,10
38	0,77	0,83	0,65	0,90	0,09
39	0,74	0,83	0,64	0,89	0,11
40	0,72	0,83	0,63	0,87	0,10
41	0,69	0,83	0,63	0,86	0,10
42	0,69	0,84	0,64	0,90	0,10
43	0,66	0,85	0,65	0,86	0,10
44	0,64	0,85	0,64	0,85	0,10
45	0,61	0,86	0,65	0,84	0,10
46	0,59	0,86	0,64	0,84	0,11
47	0,54	0,86	0,62	0,82	0,11
48	0,54	0,87	0,62	0,82	0,11
49	0,51	0,88	0,64	0,81	0,11
50	0,49	0,89	0,65	0,81	0,11

S: Sensibilidade; E: Especificidade; VPP: Valor Preditivo Positivo; VPN: Valor Preditivo Negativo; TCI: Taxa de Classificação Incorreta

Para discriminação entre os grupos SC e NC a nota de corte 32, foi a que apresentou o melhor equilíbrio entre os parâmetros analisados, sendo que o intervalo entre as notas 30 e 35 também apresentou equilíbrio aceitável.

4.2.5.2 Comparação de variáveis

Verificou-se também a capacidade da LSAS-SR em discriminar os diferentes sujeitos em função das variáveis sexo e grupo amostral, cujos resultados são apresentados na Tabela 19.

Tabela 19 – Pontuação média da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz-versão auto-aplicada (LSAS-SR) e suas subescalas em função do sexo e grupo amostral em uma amostra da população de estudantes universitários (N=413) e em uma amostra clínica (N=252)

	Total Média (DP)	SM Média (DP)	SE Média (DP)
Sexo			
Fe (N=443)	47,35 (28,84)	24,27 (15,08)	23,08 (14,53)
M (N=222)	36,66 (26,07)	18,72 (13,65)	17,94 (13,30)
Estatística	t= 4,81 p≤ 0,001*	t= 4,77 p≤ 0,001*	t= 4,56 p≤ 0,001*
Grupo			
PG (N=413)	39,32 (25,03)	19,58 (13,04)	19,74 (12,88)
C (N=118)	70,91 (27,20)	37,20 (13,63)	33,70 (14,34)
NC (N= 95)	24,81 (19,80)	13,41 (10,75)	11,40 (9,88)
SC (N= 39)	54,90 (22,70)	29,49 (11,46)	25,41 (12,32)
Estatística	F= 73,59 p≤ 0,001*	F= 79,31 p≤ 0,001*	F= 59,76 p≤ 0,001*

DP: Desvio padrão; SM: Subescala Medo; SE: Subescala Evitação; Fe: Feminino; M: Masculino; PG: População Geral; C:Caso; NC: Não Caso; SC: Subclínico; t= Teste t; F: ANOVA; *: diferença significativa

Em todas as análises realizadas foi encontrada diferença estatística significativa ($p \leq 0,001$), seja para escala total ou subescalas. Destaca-se que, em relação ao sexo, a maior média de pontuação foi entre os sujeitos do sexo feminino. Entre os grupos amostrais, segundo análise post-hoc (Teste de Bonferroni), o grupo C apresentou a maior média de pontuação, seguido pelo grupo SC, PG e NC, seja na escala total ou subescalas. Destaca-se também que estas foram estatisticamente significativas para todos os grupos comparados entre si.

4.2.6 Análise fatorial

Foram realizados dois tipos de análise fatorial, a exploratória, com o intuito de analisar a distribuição fatorial dentro da amostra específica deste estudo e, a confirmatória, com o objetivo de verificar a habituação dos dados aqui obtidos com os de estudos prévios.

4.2.6.1 Análise fatorial exploratória

Análise fatorial exploratória da LSAS-SR foi realizada utilizando-se o grupo C ($N=118$).

Inicialmente, verificou-se a habituação da amostra, calculando-se o KMO, cujo valor encontrado foi de 0,84. Também foi aplicado o teste de esfericidade de *Barlett*, o qual mostrou-se significativo, sendo $\chi^2=4783,90$; $gl=1128$; $p=0,0001$. Estes indicadores referendam a realização da análise fatorial para este grupo. Assim, a análise por meio da técnica dos componentes principais, e em acordo com os critérios de *Kaiser* (auto-valores ≥ 1), forneceu 12 fatores que explicam conjuntamente 76,52% da variância dos dados. Na Tabela 20, podem ser observados a porcentagem de variância explicada por cada fator individualmente, assim como os auto-valores associados.

Tabela 20 – Solução inicial da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada (LSAS-SR) aplicada a 118 sujeitos casos de TAS por meio do método de análise dos componentes principais

Fator	Auto-Valor	% da variância explicada
Fator 1	17,07	35,56
Fator 2	3,71	7,73
Fator 3	2,52	5,24
Fator 4	2,16	4,51
Fator 5	2,00	4,17
Fator 6	1,68	3,50
Fator 7	1,51	3,15
Fator 8	1,43	2,98
Fator 9	1,31	2,72
Fator 10	1,20	2,50
Fator 11	1,12	2,34
Fator 12	1,03	2,14

Pode-se observar que o Fator 1 corresponde, sozinho, a 35,56% da variância dos dados, sendo que os demais 11 fatores conjuntamente são responsáveis por uma porcentagem de variância bastante inferior, todos abaixo de 8%.

Extraíram-se os 12 componentes principais da escala através da técnica de rotação *varimax* com normatização de *Kaiser* e, construiu-se uma nova matriz fatorial, em que os itens foram relacionados aos fatores. Esta matriz pode ser vista na Tabela 21.

Tabela 21 – Matriz fatorial para os itens individuais da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada (LSAS-SR) em uma amostra de casos de TAS (N=118), por meio de análise dos componentes principais com rotação *varimax*

Item	Fator											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
E20	0,82	0,13	0,13	0,12	-0,07	-0,03	0,05	0,10	-0,11	0,07	0,15	0,02
M20	0,79	0,17	-0,04	0,21	0,04	-0,07	0,10	0,07	-0,07	-0,02	0,01	0,10
E16	0,75	0,05	0,20	0,04	0,03	0,19	0,16	0,03	0,22	0,10	0,04	0,02
E6	0,74	0,13	-0,01	-0,05	-0,10	0,12	-0,02	0,03	0,14	0,18	0,07	-0,06
M16	0,72	0,14	0,21	0,06	-0,01	0,15	0,28	0,15	0,14	0,03	0,01	-0,10
M6	0,70	0,22	-0,14	0,13	0,11	0,00	0,04	0,09	0,01	0,03	0,03	-0,01
E15	0,66	0,03	0,05	0,08	0,26	0,06	-0,01	0,01	0,05	0,05	0,14	0,44
M15	0,63	0,07	0,01	0,09	0,31	0,03	0,05	0,02	0,01	0,09	-0,01	0,47
E19	0,36	0,31	0,24	0,25	0,06	0,00	0,23	0,00	0,23	0,22	0,29	0,33
M11	0,22	0,77	0,22	0,15	0,19	0,06	0,05	0,10	0,16	0,04	0,05	-0,03
M10	0,20	0,76	0,26	0,03	0,18	0,17	0,20	0,08	0,13	0,10	0,00	0,05
M12	0,10	0,69	0,02	0,36	0,10	0,02	-0,01	0,13	0,03	0,18	0,34	0,05
E11	0,29	0,62	0,28	0,06	0,13	0,26	0,04	0,18	0,14	-0,01	0,24	0,01
E10	0,27	0,61	0,37	-0,01	0,09	0,29	0,16	0,12	0,15	0,00	0,12	0,13
E12	0,21	0,60	0,11	0,43	0,05	0,15	-0,04	0,05	0,04	0,10	0,24	0,12
M19	0,31	0,41	0,06	0,22	0,19	-0,04	0,26	0,03	0,25	0,26	0,22	0,19
E22	-0,02	0,22	0,75	0,21	0,06	0,12	0,06	0,09	-0,01	0,19	0,06	-0,03
E24	0,01	0,11	0,75	0,09	0,11	0,05	0,03	0,12	0,34	-0,06	0,10	0,21
M24	0,03	0,14	0,70	0,12	0,20	0,09	0,07	0,12	0,32	0,05	0,07	0,11
M22	0,11	0,31	0,67	0,16	0,17	0,08	0,04	0,12	-0,03	0,22	0,08	-0,04
E23	0,21	0,14	0,47	-0,02	0,40	0,14	0,21	0,06	-0,17	0,29	0,24	-0,13
M13	0,13	0,18	0,28	0,72	0,09	0,25	0,05	0,19	-0,06	0,07	0,03	-0,03
E13	0,08	0,04	0,26	0,71	0,01	0,24	0,16	0,12	-0,08	0,05	0,21	0,10
M17	0,13	0,19	-0,04	0,70	0,10	-0,06	0,26	0,09	0,22	0,05	-0,02	-0,05
E17	0,19	0,14	0,07	0,66	0,03	0,02	0,22	0,05	0,26	0,04	-0,06	0,20

Continua

Tabela 21 – Matriz fatorial para os itens individuais da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada (LSAS-SR) em uma amostra de casos de TAS (N=118), por meio de análise dos componentes principais com rotação *Varimax*

conclusão

Item	Fator											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
M7	0,02	0,22	0,12	0,07	0,78	0,06	-0,01	0,11	0,08	0,01	0,12	0,13
E7	-0,01	0,09	0,20	0,04	0,77	0,07	0,02	0,15	0,12	0,00	0,22	0,14
M23	0,18	0,20	0,41	-0,02	0,44	0,03	0,34	-0,10	-0,12	0,36	0,24	-0,18
E3	0,04	0,09	0,04	0,07	-0,06	0,87	0,10	0,07	-0,05	0,08	0,12	0,13
M3	0,08	0,17	0,11	0,07	0,14	0,81	0,13	0,19	0,02	0,11	0,03	0,01
M4	0,06	0,21	0,16	0,26	0,51	0,61	0,06	0,04	0,21	0,08	0,07	-0,16
E4	0,08	0,11	0,18	0,38	0,48	0,58	0,07	0,00	0,10	0,01	0,08	-0,02
M9	0,16	0,07	0,10	0,35	0,05	0,12	0,78	0,13	0,09	0,04	0,08	0,00
E9	0,16	0,06	0,07	0,29	-0,03	0,22	0,73	0,18	0,21	0,02	0,04	0,06
M8	0,17	0,32	0,05	0,12	0,28	0,09	0,49	0,33	0,12	0,01	-0,04	0,36
E8	0,20	0,31	0,22	0,02	0,12	0,28	0,41	0,40	0,23	0,04	-0,02	0,30
E1	0,07	0,08	0,12	0,18	0,05	0,12	0,10	0,82	0,04	0,11	0,11	0,12
M1	0,23	0,19	0,18	0,21	0,12	0,04	0,21	0,67	0,11	0,22	0,07	-0,02
E2	0,12	0,11	0,16	-0,01	0,38	0,32	0,11	0,50	0,13	0,19	0,20	-0,10
M2	0,20	0,27	0,12	0,11	0,42	0,13	0,13	0,46	0,11	0,20	0,01	-0,26
E5	0,13	0,15	0,14	0,07	0,08	0,11	0,15	0,09	0,82	0,18	-0,01	0,06
M5	0,06	0,20	0,18	0,13	0,15	-0,06	0,13	0,12	0,73	0,23	0,08	-0,08
M18	0,12	0,11	0,13	0,14	0,07	0,11	0,02	0,20	0,21	0,80	-0,05	0,04
E18	0,18	0,09	0,17	0,04	0,02	0,12	0,02	0,17	0,20	0,78	0,07	0,09
M21	0,10	0,18	0,07	0,09	0,18	0,07	0,03	0,06	0,05	0,04	0,81	0,06
E21	0,17	0,20	0,23	0,01	0,22	0,18	0,05	0,14	0,00	-0,02	0,75	-0,01
E14	0,17	0,27	0,22	0,33	0,01	0,28	0,20	0,06	-0,10	0,28	0,12	0,46
M14	0,25	0,38	0,18	0,33	0,28	0,11	0,25	0,05	-0,07	0,19	0,01	0,38

M/E1: Falar público; M/E2: Grupos pequenos; M/E3: Comer em lugares públicos; M/E4: Beber em lugares públicos; M/E5: Falar com autoridades; M/E6: Grupo grande de pessoas; M/E7: Ir a uma festa; M/E8: Trabalhar com alguém observando; M/E9: Escrever com alguém observando; M/E10: Chamar alguém; M/E11: Falar com alguém; M/E12: Encontrar-se com desconhecidos; M/E13: Ir ao banheiro público; M/E14: Entrar em sala com pessoas; M/E15: Ser o centro das atenções; M/E16: Falar em reunião; M/E17: Submeter-se a exame; M/E18: Expressar desacordo ou desaprovação; M/E19: Encarar pessoas; M/E20: Fazer um discurso; M/E21: Namorar alguém; M/E22: Devolver mercadorias; M/E23: Dar uma festa; M/E24: Resistir a pressão de um vendedor.

Observa-se que o Fator 1, foi composto por nove itens, com consistência interna de 0,90. Dos nove itens agrupados neste fator, oito deles estão relacionados à atividade de falar em público e ser o centro das atenções, e um deles, item E19, refere-se a interação com desconhecido. Considerando o seu conteúdo e que a carga fatorial, no Fator 1, é inferior a 0,40, optou-se por excluir o item do Fator 1 e incluí-lo no Fator 2, abaixo descrito. Assim, o Fator 1 passou a ser composto pelos itens E20, M20, E16, E6, M16, M6, E15 e M15 e denominado “Falar em público e ser foco das atenções”, com sua consistência interna permanecendo inalterada, igual a 0,90.

O Fator 2 foi inicialmente composto por sete itens, sendo eles M11, M10, M12, E11, E10, E12, M19, todos relativos a interações com desconhecidos. Como dito acima, optou-se pela inclusão do item E19 neste fator, uma vez que seu conteúdo era teoricamente mais próximo aos itens nele agrupados, ainda que sua carga fatorial fosse inferior a 0,40. Com o acréscimo deste item, a consistência interna do Fator 2, que inicialmente era de 0,91, manteve-se relativamente estável passando a 0,92. Desse modo, o Fator 2 passou a contar com oito itens e foi denominado “Interações com desconhecidos”.

O Fator 3, composto inicialmente por cinco itens (M/E22, M/E24, E23), apresentou consistência interna de 0,85. Considerando-se o conteúdo da maioria destes itens, relativos a atividades de compra, optou-se por excluir deste fator o item E23 (*dar uma festa*), o qual, posteriormente, passou a incorporar o Fator 5. Sendo assim, o Fator 3 passou a ser composto pelos itens E22, E24, M24 e M22, apresentando consistência interna igual a 0,86 e foi nomeado “Atividades de compra”.

Quatro itens foram agrupados no Fator 4, sendo eles M/E13, M/E17, apresentando consistência interna de 0,83. Este fator foi nomeado, em função do conteúdo de seus itens, de “Frequentar banheiro público e realizar exames”.

Já o Fator 5, na análise inicial, foi composto por três itens (M/E7, M23) e apresentou consistência interna de 0,76. Com a inclusão do item E23, o qual fora excluído do Fator 3 e aqui incluído devido a proximidade de conteúdo e por possuir carga de 0,40 neste fator, denota-se que o valor da consistência interna elevou-se para 0,82, evidenciando a adequação deste ajuste. Assim, o Fator 5 foi composto por quatro itens e chamado de “Festas”.

O Fator 6, mesmo após a análise qualitativa de conteúdo, manteve sua composição original, sendo composto por quatro itens (M/E3, M/E4), com consistência interna de 0,88, sendo denominado “Ingestão de alimentos”.

Inicialmente associado a quatro itens (M/E8, M/E9) relativos a ser observado em atividades realizadas em público, com consistência interna de 0,86, o Fator 7 teve sua

composição modificada após análise qualitativa, sendo realizada a inclusão dos itens M1 e E1, apesar destes apresentarem maior carga fatorial no Fator 8. Isto pois, qualitativamente, estes dois itens guardam maior aproximação temática com este fator. Esta inclusão não alterou a consistência interna do fator, que passou a 0,87, sendo o mesmo denominado de “Desempenho em público”.

Com a exclusão dos itens M1 e E1 do Fator 8, a princípio composto por quatro itens, passou a agrupar apenas dois itens (M/E2) e foi nomeado de “Participação em grupos”. A consistência interna deste fator passou de 0,83 a 0,85 após a modificação.

Assim como Fator 8, o Fator 9 também foi composto apenas por dois itens (M/E5), apresentando consistência interna de 0,86 e sendo denominado “Falar com autoridades”.

O Fator 10 apresentou consistência interna de 0,85 e foi composto por dois itens, M18 e E18, sendo nomeado de “Expressão de desacordo”.

Composto pelos itens M21 e E21, o Fator 11 foi denominado “Namoro” e apresentou consistência interna de 0,82.

Por fim, o Fator 12 foi composto também por dois itens (M/E14) e apresentou valor de *alpha* igual a 0,83 e foi denominado “Entrar em ambientes já ocupados”.

A Tabela 22 sistematiza a composição fatorial sugerida, considerando-se a análise estatística e de conteúdo.

Tabela 22 – Composição fatorial da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada em uma amostra de casos de TAS (N=118)

Fator	Item	α
1 – Falar em público e ser o foco de atenção	M/E6: <i>Representar, agir ou falar diante de um grupo grande</i>	0,90
	M/E15: <i>Ser o centro das atenções</i>	
	M/E16: <i>Falar em reunião</i>	
	M/E20: <i>Fazer um discurso</i>	
2 – Interações com desconhecidos	M/E10: <i>Chamar alguém que você não conhece bem</i>	0,92
	M/E11: <i>Falar com alguém que você não conhece bem</i>	
	M/E12: <i>Encontrar-se com desconhecidos</i>	
	M/E19: <i>Encarar pessoas que não conhece bem</i>	
3 – Atividades de compra	M/E22: <i>Devolver mercadorias em uma loja</i>	0,86
	M/E24: <i>Resistir a pressão de um vendedor</i>	
4 – Frequentar banheiro público e realizar exames	M/E13: <i>Ir ao banheiro público</i>	0,83
	M/E17: <i>Submeter-se a algum tipo de exame</i>	
5 – Festas	M/E7: <i>Ir a uma festa</i>	0,82
	M/E23: <i>Dar uma festa</i>	
6 – Ingestão de alimentos	M/E3: <i>Comer em lugares públicos</i>	0,88
	M/E4: <i>Beber com outras pessoas em lugares públicos</i>	
7 – Desempenho em público	M/E1: <i>Telefonar em público</i>	0,86
	M/E8: <i>Trabalhar com alguém observando</i>	
	M/E9: <i>Escrever com alguém observando</i>	
8 – Participar de grupos	M/E2: <i>Participar de pequenos grupos</i>	0,85
9 – Falar com autoridades	M/E5: <i>Falar com autoridades</i>	0,86
10 – Expressão de desacordo	M/E18: <i>Expressar desacordo ou desaprovação em relação a pessoas que você não conhece bem</i>	0,85
11 – Namoro	M/E21: <i>Tentar namorar alguém</i>	0,82
12 – Entrar em ambientes já ocupados	M/E14: <i>Entrar em uma sala quando outras pessoas já estão sentadas</i>	0,83

α : alpha de Cronbach; M: Medo; E: Evitação

Ainda como parte das análises fatoriais exploratórias, testou-se os modelos previamente referidos pela literatura: três (Levin et al., 2002), quatro (Safren et al., 1999) e cinco fatores (Baker et al., 2002).

a) Estrutura fatorial composta por três fatores

Levin et al. (2002), propuseram uma solução fatorial, para a LSAS-SR, composta por três fatores, sendo eles desempenho/interação social, interação dual e atividades em público.

Testando-se este modelo, encontraram-se os seguintes resultados, apresentados na Tabela 23.

Tabela 23 – Composição fatorial, porcentagem de variância explicada e consistência interna da solução fatorial de três fatores, proposta por Levin et al. (2002) e resultado da análise exploratória do presente estudo

Estudo de referência	Fator			
	Denominação dos fatores	Desempenho/ Interação em grupo	Interação dual	Atividades em público
Levin et al. (2002)	Itens	M/E2, M/E6, M/E7, M/E14, M/E15, M/E16, M/E20, M/E23	M/E5, M/E10, M/E11, M/E12, M/E18, M/E19, M/E21, M/E22, M/E24	M/E1, M/E3, M/E4, M/E8, M/E9, M/E13, M/E17
	% Var	-----	-----	-----
	α	-----	-----	-----
Presente estudo	Itens	M/E6, M/E15, M/E16, M/E19, M/E20	M/E2, M3, M/E4, M/E7, M/E10, M/E11, M/E12, E18, M/E21, M/E22, M/E23, M/E24	M/E1, E3, M/E5, M/E8, M/E9, M/E13, M/E14, M/E17, M18
	% Var	5,24	35,56	7,73
	α	0,91	0,94	0,91

% Var: Porcentagem de variância explicada, α : alpha de Cronbach; NI: Não informado

No presente estudo, o modelo fatorial de três fatores, apesar de apresentar adequada consistência não correspondeu à composição do estudo original conduzido por Levin et al. (2002).

b) Estrutura fatorial composta por quatro fatores

Em seu estudo, Safren et al. (1999) propuseram uma estrutura fatorial composta por quatro fatores para a subescala medo e outros quatro, para a subescala evitação da LSAS.

Desse modo, foram refeitos os cálculos de habituação da amostra (N=118), utilizando separadamente as subescalas medo e evitação, sendo o valor encontrado para o KMO igual a 0,86 e, do teste de esfericidade de *Barllet*, 1391,59 ($p=0,0001$) para subescala evitação. Para subescala medo, esses valores foram de 0,88 (KMO) e 1382,08 ($p=0,0001$) (*Barllet*). Em ambas as situações foi indicada a adequabilidade da amostra.

A composição dos fatores, o valor do *alpha* e a porcentagem de variância explicada, tanto do estudo original (SAFREN et al., 1999) quanto do presente podem ser vistos na Tabela 24.

Tabela 24 – Composição fatorial, porcentagem de variância explicada e consistência interna da solução fatorial, de quatro fatores, proposta por Safren et al. (1999) e resultados da análise exploratória do presente estudo

Estudo de referência	Fator				
	Denominação dos fatores	Interação social	Falar em público	Medo de ser observado	Comer e beber em público
Safren et al. (1999)	Subescala Medo				
	Itens	M5, M7, M10,	M2, M6, M15,	M9,M13, M17	M3, M4
		M11,M12,	M16, M20		
		M18,M19, M21			
	%Var	34,5	9,3	7,2	5,4
	α	0,88	0,80	0,56	0,75
	Subescala Evitação				
	Itens	E5,E7,E10,	E2,E6,E15,E16,E	E9, E13, E17	E3, E4
		E11,E12, E18,	20		
		E19, E21			
	%Var	34,7	8,5	7,2	5,4
	α	0,86	0,83	0,56	0,75
Presente estudo	Subescala Medo				
	Itens	M7,M10,M11,	M6, M14, M15,	M1,M2,M5,	M3, M4
		M12,M19,	M16, M20	M8, M9, M13,	
		M21,M22, M23,		M17, M18	
		M24			
	%Var	38,21	5,40	8,54	4,82
	α	0,87	0,82	0,83	0,81
	Subescala Evitação				
	Itens	E2,E7,E10,	E6, E15, E16,	E3, E4, E12, E13,	E1, E5, E8,
		E11,E21,E22,	E19, E20	E14, E17	E9, E18
		E23, E24			
	%Var	36,81	8,17	6,73	5,53
	A	0,86	0,84	0,81	0,76

% Var: Porcentagem de variância explicada, α : *alpha* de Cronbach

Assim, percebe-se ao realizar-se o cálculo da análise fatorial exploratória, tendo referencia o modelo de Safren et al. (1999), que os itens que compõem, cada um dos fatores, não foram os mesmos que os encontrados no estudo original. Cabe a ressalva que em nosso estudo utilizamos a versão auto-aplicada da LSAS, enquanto Safren et al. (1999) utilizaram a versão hetero-aplicada.

Destaca-se ainda que, embora a subescala medo tenha apresentado padrão mais próximo ao modelo, não foi possível a replicação da estrutura fatorial proposta por Safren et al. (1999) para a amostra do presente estudo.

c) Estrutura fatorial composta por cinco fatores

Para testar o modelo fatorial de cinco fatores, segundo o estudo de Baker et al. (2002), utilizou-se apenas a subescala medo.

A distribuição dos itens pelos fatores, valores de *alpha* e porcentagem de variância explicada podem ser vistos na Tabela 25.

Tabela 25 – Composição fatorial, porcentagem de variância explicada e consistência interna da solução fatorial, de cinco fatores, proposta por Baker et al. (2002) e resultados da análise exploratória do presente estudo

Estudo de referência	Fator					
	Denominação dos fatores	Interação social	Performance não verbal	Ingestão	Performance pública	Assertividade
Baker et al. (2002)	Itens	M5,M7, M10, M11, M12, 14, M18, 19, M21	M8, M9, M17	M3, M4	M6, M15, M16, M20	M1, M13, M22, M24
	% Var	21,7	10,3	10,1	9,5	8,7
	α	0,90	0,73	0,70	0,64	0,69
Presente estudo	Itens	M7, M10, M11, M12, M14, M19, M21	M8, M9, M13, M17	M3, M4	M6, M15, M16, M20	M1, M2, M5, M18, M22, M23, M24
	% Var	38,21	8,55	5,39	4,82	4,52
	α	0,86	0,76	0,81	0,82	0,82

% Var: Porcentagem de variância explicada, α : *alpha* de Cronbach

Nesta análise fatorial exploratória a composição dos fatores encontrada assemelha-se bastante à do estudo de Baker et al. (2002), sendo as maiores diferenças relacionadas a valência dos itens dentro dos fatores e a porcentagem de variância explicada por cada um destes.

Os valores de *alpha*, do presente estudo, foram superiores em todos os fatores, exceto no primeiro.

4.2.6.2 Análise fatorial confirmatória através do método *Weighted Least Squares (WLS)*

Realizou-se a análise fatorial confirmatória através do método *Weighted Least Squares (WLS)* conduzida com o pacote estatístico Mplus versão 6.12. Os mesmos três modelos foram testados (BAKER et al., 2002; LEVIN et al., 2002; SAFREN et al., 1999), com a amostra de C (N=118).

Os valores encontrados para qui-quadrado, grau de liberdade, CFI, TLI e RMSEA, para cada modelo, podem ser visto na Tabela 26.

Tabela 26 – Indicadores de adequação ao modelo fatorial conforme o método *Weighted Least Squares (WLS)*

Modelo	χ^2	gl	CFI	TLI	RMSEA	RMSEA 90% IC
Levin et al. (2002) 3 fatores	9595,350	1081	0,842	0,834	0,102	0,097-0,108
Safren et al. (1999) 4 fatores – SE	1985,079	153	0,919	0,904	0,099	0,083-0,115
Safren et al. (1999) 4 fatores – SM	2161,201	153	0,951	0,942	0,081	0,063-0,098
Baker et al. (2002) 5 fatores	2688,748	231	0,957	0,950	0,067	0,051-0,082

SM: Subescala Medo; SE: Subescala Evitação; χ^2 : qui-quadrado; gl: grau de liberdade; CFI: Comparative Fit Index; TLI: Tucker-Lewis Index; RMSEA: Root-Mean Square Error of Approximation; IC: Intervalo de Confiança

Conforme pode ser visto na Tabela 26, tendo em vista os parâmetros pré-definidos, nenhum dos modelos foi considerado extremamente adequado para a amostra do presente estudo. O de Baker et al. (2002) foi o que mais se aproximou de tal adequação, com parâmetros dentro do esperado no que diz respeito a CFI e TLI, porém com o RMSEA destoando um pouco do padrão proposto.

4.2.7 Fidedignidade teste-reteste

Visando avaliar a estabilidade temporal da LSAS-SR calculou-se o CCI para escala total, sendo obtido um valor de 0,81 (IC: 0,77-0,85), classificado como excelente. Este mesmo padrão foi encontrado para o escore da subescala medo (0,81; IC:0,76-0,85). Já, em relação ao escore da subescala evitação, houve uma discreta diminuição do valor de CCI (0,77; IC: 0,72-0,82).

Também foi realizado o cálculo da correlação de Pearson entre os escores totais nos dois momentos da avaliação. Os valores encontrados foram classificados como excelentes para o escore total ($r=0,82$) e as subescalas de medo ($r=0,82$) e evitação ($r=0,78$), embora para esta o valores tenha sido levemente inferior.

Além disso, foi realizada avaliação da estabilidade temporal de cada item individualmente, para através do kappa, CCI e Pearson. Os dados encontrados por item de cada subescala podem ser vistos na Tabela 27.

Tabela 27 – Valores relativos ao estudo de fidedignidade teste-reteste das subescalas medo e evitação da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz- versão auto-aplicada (LSAS-SR) em uma amostra da população geral (N=269)

Item	Subescala Medo				Subescala evitação			
	K	CCI	(IC)	Pearson	K	CCI	(IC)	Pearson
1	0,36*	0,59	(0,50-0,66)	0,59**	0,45*	0,53	(0,44-0,62)	0,54**
2	0,34*	0,51	(0,42-0,60)	0,52**	0,36*	0,47	(0,37-0,56)	0,47**
3	0,42*	0,59	(0,50-0,66)	0,60**	0,40*	0,56	(0,47-0,63)	0,55**
4	0,38*	0,42	(0,31-0,52)	0,42**	0,40*	0,44	(0,33-0,53)	0,44**
5	0,37*	0,61	(0,52-0,68)	0,61**	0,45*	0,55	(0,46-0,63)	0,55**
6	0,44*	0,68	(0,61-0,76)	0,70**	0,41*	0,68	(0,61-0,74)	0,69**
7	0,36*	0,57	(0,48-0,65)	0,57**	0,47*	0,56	(0,47-0,64)	0,56**
8	0,33*	0,62	(0,54-0,69)	0,62**	0,32*	0,56	(0,47-0,64)	0,56**
9	0,37*	0,61	(0,53-0,68)	0,61**	0,40*	0,64	(0,56-0,70)	0,64**
10	0,36*	0,55	(0,46-0,63)	0,55**	0,33*	0,57	(0,49-0,65)	0,58**
11	0,42*	0,52	(0,51-0,67)	0,60**	0,30*	0,52	(0,43-0,60)	0,52**
12	0,29*	0,52	(0,42-0,60)	0,52**	0,34*	0,34	(0,23-0,44)	0,36**
13	0,32*	0,60	(0,52-0,67)	0,61**	0,37*	0,57	(0,48-0,65)	0,57**
14	0,38*	0,45	(0,35-0,55)	0,48**	0,36*	0,54	(0,45-0,62)	0,54**
15	0,42*	0,69	(0,62-0,75)	0,69**	0,41*	0,61	(0,52-0,68)	0,61**
16	0,39*	0,68	(0,60-0,74)	0,68**	0,33*	0,62	(0,54-0,69)	0,63**
17	0,34*	0,51	(0,41-0,60)	0,51**	0,32*	0,51	(0,41-0,59)	0,50**
18	0,30*	0,52	(0,42-0,60)	0,52**	0,26*	0,50	(0,41-0,59)	0,49**
19	0,32*	0,52	(0,43-0,61)	0,53**	0,31*	0,38	(0,27-0,48)	0,41**
20	0,43*	0,66	(0,58-0,72)	0,67**	0,34*	0,58	(0,49-0,65)	0,59**
21	0,30*	0,54	(0,45-0,62)	0,55**	0,41*	0,55	(0,46-0,62)	0,55**
22	0,34*	0,50	(0,41-0,59)	0,51**	0,40*	0,57	(0,49-0,65)	0,58**
23	0,41*	0,53	(0,44-0,62)	0,53**	0,36*	0,59	(0,50-0,66)	0,59**
24	0,34*	0,52	(0,43-0,60)	0,52**	0,27*	0,38	(0,27-0,48)	0,85**

*: $p \leq 0,05$; **: $p \leq 0,01$; CCI: Coeficiente de Correlação Intraclasse; IC: Intervalo de Confiança

Para os itens da subescala medo, os valores de CCI variaram de 0,42 (item M4) a 0,68 (itens M6 e M16), o índice kappa de 0,29 (item M12) a 0,44 (item M6), e o índice de correlação de Pearson de 0,42 (item 4) a 0,70 (item M6). Já para subescala evitação, o menor índice de CCI foi de 0,34 (item E12) e o maior, 0,68 (item E6), enquanto os valores de kappa variaram de 0,26 (item E18) a 0,47 (item E7) e, os de Pearson, de 0,36 (item E12) a 0,85 (item E24).

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Os dados apresentados serão discutidos de acordo com os indicadores psicométricos estudados, considerando as duas fases do estudo em conjunto.

Primeiramente, destaca-se o estudo prévio conduzido para a realização da validade de face da LSAS-SR, no qual, dos 30 sujeitos, nenhum referiu dificuldades na compreensão, seja das instruções ou dos itens da escala.

Já, a amostra final do estudo foi composta por quatro grupos distintos de sujeitos, totalizando 665 participantes, envolvendo população geral, casos, não-casos e casos subclínicos de TAS, o que permite uma ampla generalização dos achados, apesar de restringir-se a universitários de uma região específica do estado de São Paulo. Quanto às características sociodemográficas das amostras, evidencia-se a homogeneidade das mesmas em quase todos os parâmetros avaliados, com exceção à idade e à universidade de origem, em que pequenas diferenças foram encontradas. Contudo, acredita-se que estes aspectos não influenciaram os resultados encontrados, prevalecendo a homogeneidade das amostras.

A respeito do estudo dos itens, destaca-se que o mais pontuado em todos os grupos foi o 20, que refere-se ao medo de falar em público. Este achado é bastante consistente, uma vez que tal medo é referido pela literatura como sendo o mais comum no TAS, seja ele generalizado ou circunscrito, assim como na população geral (DALRYMPLE; ZIMMERMAN, 2008; FUMARK et al., 1999; OSÓRIO, 2008). Quanto aos demais itens, observa-se que todos eles foram discriminativos, ou seja, diferenciam os sujeitos em função de sua condição clínica, sobretudo no que se refere aos grupos C e NC de TAS, em que a diferença de pontuação é bastante significativa. É interessante ressaltar que entre os grupos C e SC, estas diferenças existem, mas para a maior parte dos itens não é significativa, sinalizando a semelhança no padrão de medo e evitação em ambos os grupos, que se diferenciam clinicamente pela presença ou ausência de prejuízos funcionais associados ao transtorno (CRUM; PRATT, 2001; MERIKANGAS et al., 2002).

Considerando a consistência interna, que avalia coerência dos itens que compõe o instrumento, os valores encontrados no presente estudo foram excelentes, sempre acima de 0,90, tanto para o escore total quanto para as subescalas. Estes índices estão de acordo com estudos internacionais, que independente do contexto e forma de aplicação da escala, sempre encontraram altos valores para este parâmetro, variando de 0,61 a 0,98 (BAKER et al., 2002; BEARD et al., 2011; BOBES et al., 1999; FRESCO et al., 2001; HEIMBERG et al., 1999;

HEIMBERG; HOLOWAY, 2007; LEVIN et al., 2002; OAKMAN et al., 2003; ROMM et al., 2011; SOYKAN; ÖZGÜVEN; GENÇÖZ, 2003; TERRA et al., 2006).

Para realização da validade convergente da LSAS-SR utilizou-se primeiramente o SPIN e a BSPS, sendo esperados valores de correlação bastante significativos, uma vez que todos são instrumentos que mensuram sinais e sintomas específicos do TAS, embora o SPIN e a BSPS tenham como diferencial a presença de uma subescala que avalia os sintomas fisiológicos associados ao transtorno e, a BSPS, o fato de ser hetero-aplicada. Os resultados encontrados foram de acordo com a hipótese inicial, uma vez que as correlações foram classificadas como muito fortes.

Chama a atenção o fato de que as correlações entre as subescalas e escore total da LSAS-SR correlacionam-se significativamente e de forma expressiva com a subescala sintomas fisiológicos do SPIN (0,51-0,71), nos grupos PG, C e NC, e nos grupos C e NC com a da BSPS (0,49-0,58). Assim, percebe-se que, embora a LSAS-SR não tenha em sua constituição itens que avaliem este componente do TAS, mostra-se sensível para uma avaliação global do constructo ansiedade social.

Estudos anteriores utilizaram instrumentos diferentes para o cálculo da validade convergente. As duas escalas mais usadas com esse propósito foram a SPS e a SIAS, sendo que a SIAS avalia o comportamento, cognição e respostas afetivas em uma variedade de situações sociais, e a SPS, a ansiedade antecipatória e de desempenho ao ser observado. Os indicadores de validade convergente encontrados foram próximos aos do presente estudo, variando entre moderados e muito fortes (0,33-0,80) (BAKER et al., 2002; FRESCO et al., 2001; HEIMBERG et al., 1999; SAFREN et al., 1999;).

Ainda sobre a validade convergente, quando utiliza-se como o padrão-ouro o BAI os valores de correlação encontrados foram de fracos a moderados. Este resultado pode ser explicado pelo fato de que o BAI ser uma escala de ansiedade geral, enquanto a LSAS-SR mensura sinais e sintomas específicos da ansiedade social. Novamente o grupo SC apresentou um padrão distinto de resultados refletindo a heterogeneidade e especificidade desse grupo.

Em estudo prévio, Soykan, Özgüven e Gençöz (2003) utilizando uma amostra clínica, também correlacionaram a BAI com a LSAS-SR e seus resultados vertem na mesma direção dos resultados do presente estudo, embora com padrão ainda inferior (0,21-0,26). Estes baixos índices de correlação sinalizam também para a validade divergente entre os instrumentos, reforçando a necessidade de se utilizar escalas específicas para precisa avaliação do TAS.

Como referido anteriormente, a atividade de falar em público é o medo mais frequente nos pacientes com TAS generalizado e circunscrito (FUMARK, 1999). Assim, optou-se por

correlacionar os escores da LSAS-SR com os da SSPS, escala de auto-avaliação que afere a auto-percepção e desempenho nesta atividade, com a hipótese de que haveria correlações significativas, fato que não ocorreu. Os resultados obtidos seguiram em outra direção, sendo encontradas poucas correlações significativas, tanto relacionadas aos medos e evitações de ordem geral, como entre os itens específicos de falar em público da LSAS-SR, sendo que essas correlações ainda foram classificadas como fracas, apresentaram ordem negativa e, presentes sobretudo no grupo NC.

Esta ordem negativa das correlações indica que quanto menor a incidência de medos e evitações na tarefa de falar em público associados ao TAS, melhor será a auto-avaliação do sujeito sobre a sua performance, sendo que isto é o que ocorre sobretudo no grupo NC. Já sobre o fato das correlações serem presentes, de forma mais significativa, apenas no grupo NC, pouco frequentes no grupo C e ausentes no grupo SC, pode-se inferir que os sujeitos do grupo NC apresentam cognições positivas a respeito de si, no que tange a atividade de falar em público e as utilizam no momento de executar a tarefa, não vivenciando assim, medo diante das mesmas. Por outro lado, os sujeitos dos grupos C e SC podem não apresentar o mesmo repertório de cognições positivas para execução da atividade ou essas não interferem no cumprimento e percepção do seu desempenho na tarefa.

Também foram realizadas correlações entre a LSAS-SR e instrumentos que aferem constructos correlacionados ao TAS, tais como, uso de álcool e depressão, suas principais comorbidades, assim como os prejuízos funcionais associados ao transtorno.

Desse modo, tendo como referência a FAST, escala que mensura uso/abuso de álcool, as correlações encontradas ficaram muito aquém do esperado, devido ao fato dessa ser uma comorbidade frequente entre os sujeitos com TAS (SCHNEIER et al., 2009; TERRA et al., 2006). Assim, a expectativa era de que houvesse uma alta e significativa correlação positiva entre os resultados da FAST e da LSAS-SR, porém foi encontrada apenas uma correlação significativa, fraca e de ordem inversa, no grupo C, no escore total da subescala evitação.

Esse resultado, controverso em um primeiro momento, sugere que aqueles indivíduos que apresentam sintomatologia de TAS tendem a diminuir o uso de álcool na medida em que evitam situações sociais que possam ser ansiogênicas.

Uma outra hipótese que pode, de certa forma, auxiliar no entendimento das poucas correlações encontradas entre a LSAS-SR e a FAST associa-se à amostra empregada no estudo. Schneier et al. (2009), utilizando uma ampla amostra de cidadãos dos Estados- Unidos, com o objetivo de avaliar a taxa de incidência da associação entre TAS e

uso/dependência de álcool, indicaram que hispânicos e indivíduos com maior escolaridade tendem a apresentar menor taxa de comorbidade entre estas doenças.

Considerando o constructo depressão, foram utilizados o PHQ-2, escala de auto-avaliação que rastreia sintomas de depressão e, a QSG-12. Os índices encontrados na correlação dos dois instrumentos com a LSAS-SR foram próximos, classificados como moderados. Estes resultados ressaltam a sobreposição dos constructos de ansiedade social e depressão, os quais apresentam uma forte ligação no contexto clínico. Por outro lado, por serem instrumentos que avaliam um constructo diferente, sinalizam a validade divergente da LSAS-SR.

Estes resultados vão ao encontro de estudos anteriores (BAKER et al., 2002; FRESCO et al., 2001) que embora tenham utilizado outro instrumento de avaliação dos sintomas depressivos (BDI) encontraram valores de correlações classificados como fracos a moderados (0,25-0,48).

Tendo em vista que um dos critérios diagnósticos do TAS é a presença de prejuízos funcionais, correlacionou-se a LSAS-SR com dois instrumentos de avaliação dos mesmos, a saber: a ELHPF e ELAPF, sendo o primeiro de hetero e o segundo de auto-avaliação. Em ambas as escalas são avaliados domínios de atividades cotidianas, tais como, trabalho, família, namoro, estudo. Apesar da LSAS-SR não avaliar diretamente a incidência de prejuízos funcionais entre os portadores de TAS, os índices de correlação encontrados foram classificados como moderados a fortes, nos três grupos clínicos, indicando a sensibilidade da escala para este aspecto. Destaca-se que o grupo SC mostrou-se mais próximo ao NC, evidenciando a ausência de prejuízos funcionais neste grupo clínico, fator que o diferencia no grupo C.

Em relação à validade discriminativa, a área encontrada sob curva ROC foi excelente nas três análises realizadas, sendo levemente inferior entre o SC e NC. Quanto às possíveis notas de corte, embora a nota 34 tenha sido a que apresentou melhores padrões nos parâmetros avaliados, na discriminação entre C e NC, sugere-se a utilização da nota 32, uma vez que esta preserva a qualidade dos padrões e ainda mostra-se capaz de discriminar também o grupo SC do NC, ampliando a classificação de possíveis sujeitos com TAS em contexto de rastreamento. Além disso, a LSAS-SR mostrou-se capaz de diferenciar os C dos SC, mesmo não abordando diretamente a questão dos prejuízos funcionais, fator chave para essa classificação. Para tanto, a nota ideal seria igual ou superior 44. Destaca-se ainda que a escala foi capaz de discriminar os grupos de acordo com a comparação de variáveis, sendo elas, sexo e grupo amostral (BAPTISTA et al., 2011).

Estudos anteriores divergem em relação a qual seria a melhor nota de corte a ser utilizada, possivelmente em função das amostras e dos contextos culturais em que foram realizadas as pesquisas. Por exemplo, em outra pesquisa conduzida no contexto brasileiro, utilizando uma amostra bastante específica composta apenas por pacientes com Doença de Parkinson, Kummer, Cardoso e Teixeira (2008) sugeriram nota de corte entre 41 e 42, uma vez que este intervalo foi o qual favoreceu o melhor equilíbrio entre especificidade e sensibilidade.

Já nos estudos conduzidos nos Estados-Unidos, com populações clínicas, Mennin et al. (2002) quanto Rytwinski et al. (2009) chegaram ao mesmo valor de corte, sugerindo então, para a escala total, o escore 30, valor próximo ao do presente estudo. Por sua vez, os estudos europeus apresentaram grande diferença em relação à nota de corte sugerida, talvez pelo fato de terem sido conduzidos em países bastante diferentes do ponto de vista cultural, tais como Espanha (BOBES et al., 1999) e Turquia (SOYKAN; ÖZGÜVEN; GENÇÖZ, 2003). No estudo espanhol (BOBES et al., 1999) a nota de corte sugerida foi dentre 19,6 e 26,1, enquanto Soykan, Özgüven e Gençöz (2003), apontaram que essa nota deveria ser superior a 50.

A estrutura fatorial da LSAS-SR não apresenta um modelo que traz consenso entre os pesquisadores da área, sendo encontradas na literatura diferentes soluções fatoriais. Na análise fatorial exploratória conduzida neste estudo, sem fixar-se um número prévio de fatores, os itens foram agrupados em 12 fatores. Apesar desta grande diversidade e da presença de uma peculiaridade no agrupamento dos itens, destaca-se que os mesmos apresentaram excelente consistência interna, o que pode ser indicativo da ampla diversidade em relação à sintomatologia do transtorno, sobretudo no que diz respeito às particularidades que envolvem os casos de TAS circunscrito, em que cada indivíduo terá os seus sintomas desencadeados por situações sociais específicas, podendo estas diferir entre eles. Quando se testou, em nível exploratório os modelos previamente propostos, a distribuição dos itens foi diferente dos estudos originais, embora os parâmetros tais como, consistência interna e carga fatorial, tenham sido adequados.

Tendo como referência os três modelos fatoriais propostos anteriormente, compostos por três (LEVIN et al., 2002), quatro (SAFREN et al., 1999) ou cinco fatores (BAKER et al., 2002), foi realizada a análise fatorial confirmatória. Nenhum dos modelos ajustou-se adequadamente à população estudada. O modelo de cinco fatores proposto por Baker et al. (2002) foi aquele com os parâmetros mais próximos ao ideal, mostrando bons índices de ajuste incremental (TLI, CFI), mas índice inadequado de ajuste parcimonioso (RMSEA).

A não replicação plena dos modelos já existentes pode ser explicada por dois aspectos: a composição amostral e as técnicas estatísticas utilizadas. Quanto à composição amostral, destaca-se a quantidade de sujeitos que compuseram a amostra do estudo, um pouco inferior ao preconizado pela literatura, uma vez que Norušis (2005), Gorsuch (1983) e Hutcheson e Sofroniou (1999) referem que o N para realização da análise fatorial confirmatória deve ser de no mínimo 150 a 300 sujeitos, sendo que no presente estudo a amostra foi de 118. Quanto às técnicas estatísticas utilizadas, chama a atenção a grande diversidade de técnicas e parâmetros utilizados, o que dificulta as comparações e, sobretudo, a conclusão sobre a melhor solução fatorial.

Por fim, a fidedignidade analisada através da técnica de teste-reteste apresentou excelentes indicadores, independente da técnica estatística utilizada, destacando a boa estabilidade temporal do instrumento e a capacidade de reprodutibilidade da LSAS-SR, sendo estas equivalentes aos estudos internacionais. Nestes, os índices encontrados foram considerados bons variando entre 0,78 a 0,97 (COX et al., 1998; LEVIN et al., 2002; SOYKAN; ÖZGÜVEN; GENÇÖZ, 2003).

Limites e alcances do estudo

De modo geral, o presente estudo cumpriu os objetivos propostos, possibilitando a validação da LSAS-SR para uma amostra de universitários no contexto brasileiro.

Contudo, faz-se necessário destacar algumas limitações do estudo. A princípio deve-se considerar a particularidade da amostra, que embora tenha contado com um número expressivo de sujeitos, foi composta apenas por estudantes universitários do interior do estado de São Paulo. Desse modo, deve-se ter cautela na generalização dos dados para pessoas de outros níveis socioculturais, sobretudo ao se ter em vista a diversidade cultural da população brasileira.

Salienta-se também que não foi realizado, neste estudo, a análise da validade preditiva do instrumento, ou seja, não foi aferida a capacidade da LSAS-SR em detectar a sensibilidade de efeitos provenientes de intervenções terapêuticas, qualidade importante para realização de estudos clínicos.

Outra limitação é devida ao próprio instrumento, que propõe a avaliação de apenas dois dos critérios diagnósticos descritos no DSM-IV, sendo eles o A (*medo acentuado ou persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho*) e o D (*as situações sociais de desempenho são temidas ou são evitadas*), deixando de avaliar pontos essenciais do

constructo ansiedade social, tais como, sintomas fisiológicos e os prejuízos funcionais associados.

As limitações descritas pareceram não interferir significativamente na condução do estudo e de seus resultados.

De maneira geral, a validação da LSAS-SR para o contexto brasileiro se faz importante, tanto para elaboração de pesquisas, como rastreamento no ambiente clínico, uma vez que esta tem sido a escala mais utilizada internacionalmente.

CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

Pode-se concluir que os objetivos iniciais do estudo foram plenamente atingidos, estando a LSAS-SR aferida do ponto de vista da validade e fidedignidade por meio de rigorosa e extensa análise metodológica.

Salienta-se a importância da realização de estudos de validação transcultural, uma vez que estes permitem a adequação dos parâmetros de avaliação de cada instrumento para determinado contexto sociocultural, o que até o presente momento não havia sido realizado com a LSAS-SR no Brasil. Os resultados do presente estudo conferem ao instrumento, o qual é referência mundial para avaliação do TAS, adequação para o uso no Brasil e os achados psicométricos apresentados atribuem maior credibilidade ao seu uso, seja como recurso metodológico em pesquisas, seja como instrumento de rastreamento no contexto clínico.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABUMUSSE, L.V.M. **Transtorno de Ansiedade Social e os prejuízos funcionais relacionados a vida cotidiana: validação de escalas**. 2009. 208f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
- ANDRADE, L.; WALTERS, E.E.; GENTIL, V.; LAURENTI, R. Prevalence of ICD-10 disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology**, Heidelberg, v. 37, n. 7, p. 316-325, 2002.
- ANGÉLICO, A.P.; CRIPPA, J.A.S.; LOUREIRO, S.R. Análise das Propriedades Psicométricas do Inventário de Habilidades Sociais no Diagnóstico da Fobia Social. In: CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE PSICOLOGIA, 5., 2007, Maceió, Resumos do 5 CONPSI, Maceió. SINPSI, 2007. p. 1099-1100.
- BAKER, S.L.; HEINRICHS, N.; KIM, H.J.; HOFMANN, S.G. The Liebowitz social anxiety scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 40, n. 6, p. 701-715, 2002.
- BALON, R. Measuring anxiety: are we getting what we need? **Depression and Anxiety**, New York, v. 22, n. 1, p. 1-10, 2005.
- BAPTISTA, C.A.; LOUREIRO, S.R.; OSÓRIO, F.L.; ZUARDI, A.W.; MAGALHÃES, P.V.; KAPCZINSKI, F.; SANTOS-FILHO, A.; FREITAS-FERRARI, M.C.; CRIPPA, J.A.S. Social phobia in Brazilian university students: Prevalence, under-recognition and academic impairment in women. **Journal of Affective Disorders**, Westmarsh, v. 136, n. 3, p. 851-861, 2011.
- BEARD, C.; RODRIGUEZ, B.F.; MOITRA, E.; SIBRAVA, N.J.; BJORNSSON, A.; WEISBERG, R.B.; KELLER, M.B. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) in a longitudinal study of African Americans with anxiety disorders. **Journal of Anxiety Disorders**, Elmsford, v. 25, n. 5, p. 722-726, 2011.
- BECK, A.T.; STEER, R.A.; GARBIN, M.G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. **Clinical Psychology Review**, Tarrytown, v. 8, n. 1, p. 77-100, 1988.
- BOBES, J.; BADÍA, X.; LUQUE, A.; GARCÍA, M.; GONZÁLEZ, M.P.; DAL-RÉ, R. Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz social anxiety scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. **Medicina Clinica**, Barcelona, v. 112, n. 14, p. 530-538, 1999.

BURATO, K.R.S.S.; CRIPPA, J.A.S.; LOUREIRO, S.R. Validade e fidedignidade da escala de comportamento de segurança na ansiedade social. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 175-181, 2009.

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.; KOBAK, 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, n. 2, p. 137-140, 2001.

COX, B.J.; ROSS, L.; SWINSON, R.P.; DERENFELD, D.M. A Comparison of Social Phobia Outcome Measures in Cognitive-Behavioral Group Therapy. **Behavior Modification**, Beverly Hills, v. 22, n. 3, p. 285-297, 1998.

CRUM, R.M.; PRATT, L.A. Risk of Heavy Drinking and Alcohol Use Disorders in Social Phobia: A Prospective Analysis. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 158, n. 10, p. 1693-1700, 2001.

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

DALRYMPLE, K.L.; ZIMMERMAN, M. Screening for social fears and social anxiety disorder in psychiatric outpatients. **Comprehensive Psychiatry**, New York, v. 49, n. 4, p. 399-406, 2008.

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. Supplement.

FACHEL, J.M.G.; CAMEY, S. Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. In: CUNHA, J.A. (Org.). **Psicodiagnóstico V**. Por Alegre: Artmed, 2000. p. 158-170.

FLEISS, J. **Statistical methods for rates and proportions**. New York: John Wiley and Sons, 1981.

FLOYD, F.J.; WIDMAN, K.F. Factor analyses in the development and refinement of clinical assessment instruments. **Psychological Assessment**, Arlington, v. 7, n. 3, p. 286-299, 1995.

FORNI-SANTOS, L.; OSÓRIO, F.L.; LOUREIRO, S.R.; HALLAK, J.E.C.; CRIPPA, J.A.S. Tratamentos farmacológicos para o Transtorno de Ansiedade Social: existem novos parâmetros na atualidade? **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 238-246, 2011.

FRESCO, D.M.; COLES, M.E.; HEIMBERG, R.G.; LIEBOWITZ, M.R.; HAMI, S.; STEIN, M.B.; GOETZ, D. The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison psychometric properties of self-reported and clinical-administered formats. **Psychological Medicine**, London, v. 31, n. 6, p. 1025-1035, 2001.

FURMARK, T.; TILLFORS, M.; EVEREZ, P.; MARTEINSDOLTER, I.; GEFVERT, 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.

GAUER, G.J.C.; PICON, P.; VASCONCELOS, 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**, Ribeirão Preto, v. 38, n. 5, p. 795-800, 2005.

GOLDBERG, D. **The detection of psychiatric illness by questionnaire**. London: Oxford University Press, 1972.

GORSUCH, R.L. **Factor Analyses**. Hillsdale: L. Erlbaum Associates, 1983.

HAIR, J.F.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L.; BLACK, W.C. **Análise multivariada de dados**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HEIMBERG, R.G.; HOLAWAY, R.M. Examination of the known-groups validity of the Liebowitz Social Anxiety Scale. **Depression and Anxiety**, New York, v. 24, n. 7, p. 447-454, 2007.

HEIMBERG, R.G.; HORNER, K.J.; JYSTER, H.R.; SAFREN, S.A.; BROWN, E.J.; SCHNEIER, F.R.; LIEBOWITZ, M.R. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. **Psychological Medicine**, London, v. 29, n. 1, p. 199-212, 1999.

HOFMANN, S.G.; DIBARTOLO, P.M. An instrument to assess self-statements during public speaking: scale development and preliminary psychometric properties. **Behaviour Therapy**, New York, v. 31, n. 3, p. 499-515, 2000.

HSIAO, J.K.; BARTKO, J.J.; POTTERW.Z. Diagnosing Diagnoses: Receiver Operating Characteristic Methods and Psychiatry. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 46, n. 7, p. 664-667, 1989.

HU, L.T.; BENTLER, P.M. Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. **Psychological Methods**, Washington, v. 3, n. 4, p. 424-453, 1998.

HU, L.T.; BENTLER, P.M. Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. **Structural Equation Modeling- a Multidisciplinary Journal**, Hillsdale, v. 6, n. 1, p. 1-55, 1999.

HUTCHESON, G.; SOFRONIOU, N. **The multivariate social scientist: Introductory statistics using generalized linear models**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1999.

JORGE, M.R.; CUSTÓDIO, J.O. Utilidade das escalas de avaliação para clínicos. 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. 59-62.

KROENKE, K.; SPITZER, R.L.; WILLIAMS J.B. The Patient Health Questionnaire-2: validity of two-item depression screener. **Medical Care**, Philadelphia, v. 41, n. 11, p. 1284-1292, 2003.

KUMMER, A.; CARDOSO, F.; TEIXEIRA, A.L. Frequency of Social Phobia and Psychometric Properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale in Parkinson's Disease. **Movement Disorders**, Malden, v. 23, n. 12, p. 1739-1743, 2008.

LEVIN, J.B.; MAROM, S.; GUR, S.; WECHTER, D.; HERMESH, H. Psychometric properties and three proposed subscales of a self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale translated into Hebrew. **Depression and Anxiety**, New York, v. 16, n. 4. p. 143-151, 2002.

LEVITAN, M.N.; NASCIMENTO, I.; FREIRE, R.C.; MEZZASALMA, M.A.; NARDI, A.E. Equivalência semântica da versão brasileira da Social Avoidance and Distress Scale (SADS). **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 49-58, 2008.

LIEBOWITZ, M.R. Social phobia. **Modern Problems of Pharmacopsychiatry**, New York, v. 22, n. 1, p. 147-173, 1987.

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.; VAN AMERINGEN, M.; OAKMAN, J.M. Assessing the clinical utility of a self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. Paper presented at the 19th National Conference of the Anxiety Disorders Association of America, San Diego, CA, 1999.

MARTÍN-SANTOS, R.; CRIPPA, J.A.S. Trantonos de ansiedad en atención primaria. In: SOLÁ, V.P. (Org.). **Abordaje de los problemas de salud mental en el ámbitonextrahospitalario**. Barcelona: Profármaco, 2003. p. 17-31.

MENEZES, G.B.; FONTENELLE, L.F.; MULULO, S.; VERSIANI, M. Resistência ao tratamento nos transtornos de ansiedade: fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 29, p. S55-S60, 2007. Suplemento 2.

MENEZES-GAYA, C.; CRIPPA, J.A.S.; ZUARDI, A.W.; LOUREIRO, S.R.; HALLAK, J.E.C.; TRZESNIAK, C.; SOUZA, J.P.M.; CHAGAS, M.H.N.; SOUZA, R.M.; MARTÍN-SANTOS, R. The Fast Alcohol Screening Test (FAST) is as good as the AUDIT to screen alcohol use disorders. **Substance Use & Misuse**, New York, v. 45, n. 10, p. 1542-1557, 2010.

MENNIN, D.S.; FRESCO, D.M.; HEIMBERG, R.H.; SCHNEIERB, F.R.; SHARON O.; DAVIESB, S.O.; LIEBOWITZ, M.R. Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: using the Liebowitz Social Anxiety Scale. **Journal of Anxiety Disorders**. Elmsford, v. 16, n. 6, p. 661-673, 2002.

MERIKANGAS, K.R.; AVENEVOLI, S.; ACHARYYA, S.; ZHANG, H.; ANGST, J. The spectrum of social phobia in the Zurich cohort study of young adults. **Biological Psychiatry**, Dallas, v. 51, n. 1, p. 81-91, 2002.

MULULO, S.C.C.; MENZES, G.B.; FONTENELLE, L.F.; VERSIANI, M. Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 221-228, 2009.

MUTHÉN, L.K.; MUTHÉN B.O. **Mplus**: The comprehensive modeling program for applied research. Los Angeles: Muthén & Muthén, 2004.

NORUŠIS, M.J. **SPSS 13.0**: Guide to Data Analysis. Upper Saddle River: Prentice Hall, 2005.

OAKMAN, J.; AMERINGEN, M.V.; MANCINI, C.; FARVOLDEN, P. A confirmatory factor analyses of a self-report version of Liebowitz Social Anxiety Scale. **Journal of Clinical Psychology**, San Francisco, v. 59, n. 1, p. 149-161, 2003.

OSÓRIO, F.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, 2008.

OSÓRIO, F.L.; CRIPPA, J.A.S.; LOUREIRO, S.R. Cross-cultural validation of the Brief Social Phobia Scale for use in Portuguese and the development of a structured interview guide. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 212-217, 2006.

_____. A study of the discriminative validity of a screening tool (MINI-SPIN) for social anxiety disorder applied to Brazilian university students. **European Psychiatry**, Paris, v. 22, n. 4, p. 239-243, 2007.

_____. Cross- cultural validation of the Brazilian Portuguese version of the Social Phobia Inventory (SPIN): study of the items and internal consistency. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 25-29, 2008a.

_____. Escala para auto-avaliação ao falar em público (SSPS): adaptação transcultural e consistência interna da versão brasileira. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 6 p. 207-211, 2008b.

_____. Instruments for the Evaluation of Social Phobia. In: CLAYTON, P. A. (Org.). **Social Phobia: Etiology, Diagnoses and Treatment**. Hauppauge: Nova Science Publishers, 2009. p. 150-183.

_____. Further Study of the Psychometric Qualities of a Brief Screening Tool for Social Phobia (MINI-SPIN) Applied to Clinical and Nonclinical Samples. **Perspectives in Psychiatric Care**, Malden, v. 46, n. 4, p. 266-278, 2010a.

_____. Evaluation of the psychometric properties of the Social Phobia Inventory in university students. **Comprehensive Psychiatry**, New York, v. 51, n. 6, p. 630-640, 2010b.

_____. Study of the psychometrics qualities of Brief Social Phobia Scale (BSPS) in brazilian university students. **European Psychiatry**, Paris, v. 25, n. 2, p. 178-188, 2010c.

OSÓRIO, F.L.; LOUREIRO, S.R; CRIPPA, J.A.S. Aspectos cognitivos do falar em público: validação de uma escala de auto-avaliação para universitários brasileiros. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 48-53, 2012.

OSÓRIO, F.L.; MENDES, A.V.; CRIPPA, J.A.S.; LOUREIRO, S.R. Study of the Discriminative Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a Sample of Brazilian Women in the Context of Primary Health Care. **Perspectives in Psychiatric Care**, Malden, v. 45, n. 3, p. 216-227, 2009.

PICON, P. **Desenvolvimento da versão em português da Social Phobia Anxiety Inventory (SPAI) e estudos de fidedignidade e validade em amostras populacional e clínicas brasileira**. 2006. 406f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

PICON, P.; GAUER, G.J.G.; FACHEL, J.M.G.; GUS MANFRO, 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, 2005.

ROMM, K.L.; ROSSBERG, J.I.; BERG, A.O.; HANSEN, C.F.; ANDREASSEN, O.A.; MELLE, I. Assessment of social anxiety in first episode psychosis using the Liebowitz Social Anxiety scale as a self-report measure. **European Psychiatry**, Paris, v. 26, n. 2, p. 115-121, 2011.

RYTWINSKI, M.A.; FRESCO, M.D.; HEIMBERG, R.G.; COLES, M.E.; LIEBOWITZ, M.R.; CISSELL, S.; STEIN, B.M.; HOFMANN, S.G. Screening for social anxiety disorder with the self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. **Depression and Anxiety**, New York, v. 26, n. 1, p. 34-38, 2009.

SAFREN, S.A.; HEIMBERG, R.G.; HORNER, K.J.; JUSTER, H.R.; SCHNEIER, F.R.; LIEBOWITZ, M.R. Factor structure of social fears: The Liebowitz Social Anxiety Scale. **Journal of Anxiety Disorders**, Elmsford, v. 13, n. 3, p. 253-270, 1999.

SANTOS-FILHO, A.; HETEM, L.A.B.; FERRARI, M.C.F.; TRZESNIAK, C.; MARTÍN-SANTOS, R.; BORDUQUI, T.; OSÓRIO, F.L.; LOUREIRO, S.R.; BUSSATO-FILHO, G.; ZUARDI, A.W.; CRIPPA, J.A.S. Social anxiety disorder: what are we losing with the current diagnostic criteria? **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 121, n. 3, p. 1-11, 2009.

SARRIERA, J.C.; SCHWARCZ, C.; CÂMARA, S.G. Bem estar psicológico: análise fatorial da escala de Goldberg (GHQ-12) numa amostra de jovens. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 293-306, 1996.

SCHNEIER, F.R.; FOOSE, T.E.; HASIN, D.S.; HEIMBERG, R.G.; LIU, S-M.; GRANT B.F.; BLANCO, C. Social anxiety disorder and alcohol use disorder co-morbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Psychological Medicine**, London, v. 40, n. 6, p. 977-988, 2009.

SOYKAN, Ç.; ÖZGÜVEN, H.D.; GENÇÖZ, T. Liebowitz Social Anxiety Scale: the Turkish Version. **Psychological Reports**, Montana, v. 93, n. 7, p. 1059-1069, 2003.

SPSS INCORPORATION. **SPSS for Windows**: Statistical package for the social sciences. Release 13.0. Chicago: SPSS, 2001.

STREINER, D.L. A checklist for evaluating the usefulness of rating scales. **Canadian Journal of Psychiatric**, Ottawa, v. 38, n. 2, p. 140-148, 1993.

STREINER, D.L.; NORMAN, G.R. **Health measurement scales**: a practical guide to development and use. 3th ed. London: Oxford University Press, 2003.

TERRA, M.B.; BARROS, H.M.T.; STEIN, A.T.; FIGUEIRA, I.; ATHAYDE, L.D.; GONÇALVES, M.S.; TERGOLINA, L.P.; ROVANI, J.S. ; SILVEIRA, D.X. Internal consistency and factor structure of the Portuguese version of the Liebowitz Social Anxiety Scale among alcoholic patients. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 265-269, 2006.

VILETE, L.M.P.; COUTINHO, E.S.F.; FIGUEIRA, I.L.V. Confiabilidade da versão em Português do Inventário de Fobia Social (SPIN) entre adolescentes estudantes do Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 89-99, 2004.

WATSON, D.; FRIEND, R. Measurement of social evaluative anxiety. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 33, n. 4, p. 448-457, 1969.

YAO, S.N.; NOTE, I.; FANGET, F.; ALBUISSON, E.; BOUVARD, M.; JALENQUES, I.; COTTRAUX J. Social anxiety in patients with social phobia: validation of the Liebowitz social anxiety scale: the French version. **L'Encéphale**, Paris, v. 25, n. 5, p. 429-435, 1999.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A – Carta de aprovação do estudo pelo Comitê de Ética Médica da FMRP-USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 802-1000 - 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 B - Escala de Ansiedade Social de Liebowitz - versão auto-aplicada
Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – Versão Auto-Administrada (EASL-AA)
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

Instruções:

- 1) Este instrumento avalia o papel que a ansiedade social desempenha na sua vida em várias situações;
- 2) Leia cada situação cuidadosamente e responda duas questões sobre a mesma;
- 3) A primeira questão pergunta o quanto você SENTE MEDO OU ANSIEDADE na situação;
- 4) A segunda questão pergunta com que frequência você EVITA a situação;
- 5) Caso você encontre uma situação na qual você normalmente não se depara (p.ex., "tentar namorar alguém", sendo casado); solicitamos que você imagine "o que faria caso você se encontrasse nesta situação", e então avalie o quanto você temeria esta situação hipotética e com que frequência você tenderia a evitá-la. Por favor, baseie sua avaliação na maneira que as situações afetaram você na ÚLTIMA SEMANA.

Sente medo ou ansiedade:

- 0 Nenhum(a)
 1 Pouco(a)
 2 Moderado(a)
 3 Profundo(a)

Evita:

- 0 Nunca (0%)
 1 Ocasionalmente (10%)
 2 Frequentemente (33 a 67%)
 3 Geralmente (67 a 100%)

SITUAÇÃO	SENTE MEDO OU ANSIEDADE	EVITA
1. Telefonar em público (D)		
2. Participar de grupos pequenos (D)		
3. Comer em lugares públicos (D)		
4. Beber com outras pessoas em lugares públicos (D)		
5. Falar com autoridades (S)		
6. Representar, agir ou falar diante de um grupo grande de pessoas (D)		
7. Ir a uma festa (S)		
8. Trabalhar com alguém o observando (D)		
9. Escrever com alguém o observando (D)		
10. Chamar alguém que você não conhece bem (S)		
11. Falar com alguém que você não conhece bem (S)		
12. Encontrar-se com desconhecidos (S)		
13. Ir a banheiro público (D)		
14. Entrar em uma sala quando outras pessoas já estão sentadas (D)		
15. Ser o centro das atenções (S)		
16. Falar em reunião (D)		
17. Submeter-se a algum tipo de exame (D)		
18. Expressar desacordo ou desaprovação em relação a outras pessoas que você conhece bem (S)		
19. Encarar pessoas que você não conhece bem (S)		
20. Fazer um discurso (D)		
21. Tentar namorar alguém (D)		
22. Devolver mercadorias a uma loja (S)		
23. Dar uma festa (S)		
24. Resistir à pressão de um vendedor (S)		

Pontuação total: _____ Subescala de ansiedade de desempenho: _____ Subescala de ansiedade de social: _____

ADAPTADA DA VERSÃO HETERO-ADMINISTRADA DE: IOTUFC, 2000.

INSTRUÇÕES ADAPTADAS DE: FRESCO ET AL, 2001 E BAKER ET AL, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

- 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 B – 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.

	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. Tremor ou estremecer na frente das outras pessoas me angustia	☐	☐	☐	☐	☐

Copyright Jonathan Davidson (1995).
Tradução e adaptação para o português:
Cristina JAS, Grazieli FG, Tasseli AW,
Rosen LA, Busnatto GF, Loureiro SR (2003).
Diagramação: Marcello Marzola (2004).

Apêndice C – Questionário de Identificação

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

Número: 0002002024946

Nome: _____

Data de Nascimento: / / Idade: anosSexo: ☐ Feminino
☐ Masculino

Procedência: _____

Atividade Profissional: _____

Universidade: ☐ USP
☐ UNIFRANCurso: _____ 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 D - 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).

8003007100017

	0	1	2	3	4	5
1. O que tenho a perder? Vale a pena tentar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sou um fracasso.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Esta é uma situação difícil, mas posso dar conta dela.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Um fracasso nesta situação seria mais uma prova de minha incompetência.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Mesmo que não dê certo, não é o fim do mundo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Posso dar conta de tudo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Qualquer coisa que eu disser vai parecer bobagem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Acho que vou me dar mal de qualquer jeito.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ao invés de me preocupar, eu poderia me concentrar no que quero dizer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Eu me sinto desajeitado e tolo, certamente eles vão notar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

COPYRIGHT Stefan G. Hofmann (2010)
Tradução e adaptação para o Português:
Crippa JAD, Cecilio F, Grassli FV, Lusardi AV,
de Pinho M, Chaves R, Loureiro EA (2004).
Disseminação: Marcela Morra (2004).

Apêndice E - Escala Breve de Fobia Social (BSPS) - versão para o português

Escala Breve de Fobia Social (BSPS)

Tradução e adaptação para o Português: Crippa JAS, Greenberg AW, Nemer LA, Busatto GF, Lousure SR (2003).

Iniçiais	ID	Data	Visita
Idade: _____ Estado Civil: _____ O Casado O Separado O Viúvo O Solteiro O Divorciado Nº Protocolo: _____ Sexo: _____ O Masculino O 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 estremeamento	
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

Apêndice F - Escala de Liebowitz Para Hetero-Avaliação do Prejuízo Funcional

ESCALA DE LIEBOWITZ PARA HETERO-AVALIAÇÃO DO PREJUÍZO FUNCIONAL (ELHPF)

ESCOLA

☐

No curso da vida (pior comprometimento)

☐

Últimas 2 semanas

0. **Nenhum** comprometimento relacionado a este transtorno.
 1. Apresenta **difficuldade**, mas sem comprometimento claro.
 2. **Moderado**: comprometimento no desempenho (por ex: notas mais baixas), mas o transtorno não impediu a conclusão do nível de educação desejado.
 3. **Grave**: abandonou temporariamente, mas foi capaz de concluir o nível de educação desejado.
 4. **Extremo**: abandonou a escola, foi incapaz de concluir o nível de educação desejado.

TRABALHO

☐

No curso da vida (pior comprometimento)

☐

Últimas 2 semanas

☐

Não se aplica

☐

Não se aplica

0. **Nenhum** comprometimento relacionado a este transtorno.
 1. **Difficuldade**, mas não há comprometimento claro no trabalho adequado às suas habilidades.
 2. Comprometimento **Moderado** em um trabalho adequado às habilidades do paciente (p.ex.: falta ocasional, crítica moderada do chefe, evita buscar uma promoção apropriada, deixa de fazer várias tarefas domésticas ou as faz de modo insatisfatório).
 3. Comprometimento **Grave** em um trabalho adequado às habilidades do paciente (p.ex.: falta frequente ou outro comportamento que poderia colocar em risco o trabalho, grande dificuldade para completar as tarefas do lar); ou subempregado (empregado em um trabalho abaixo das habilidades/ qualificações do paciente)
 4. Comprometimento **Extremo**: desempregado ou completamente incapaz de cumprir as atividades domésticas ou grave comprometimento em um trabalho aquém de suas habilidades.

FAMÍLIA

☐

No curso da vida (pior comprometimento)

☐

Últimas 2 semanas

0. **Nenhum** comprometimento nas relações com familiares relacionado a este transtorno.
 1. Apresenta **Difficuldade**, mas não há comprometimento claro.
 2. Comprometimento **Moderado**: relacionamentos mantidos com familiares, mas apresenta dificuldade nas relações com seus familiares (p.ex. discute, é muito dependente, evita contatos).
 3. Comprometimento **Grave**: rompimento em relações com um familiar próximo ou evita a maioria dos contatos.
 4. Comprometimento **Extremo**: rompimento nos relacionamentos com a maior parte da família.

NAMORO /CASAMENTO

☐

No curso da vida (pior comprometimento)

☐

Últimas 2 semanas

0. **Nenhum** comprometimento relacionado a este transtorno.
 1. **Difficuldade** sem claro comprometimento em namoro ou casamento.
 2. Comprometimento **Moderado** (p.ex: namora com menor frequência do que o desejado, apresenta dificuldades em agir de maneira apropriada em seus encontros afetivos ou apresenta pequenos problemas conjugais)
 3. Comprometimento **Grave** (por ex.: raramente namora, apresenta sérias dificuldades para agir de maneira adequada em seus encontros afetivos, sérios problemas conjugais, separação ou divórcio.)
 4. Comprometimento **Extremo**: incapaz de namorar ou casar.

AMIZADE☐

No curso da vida (pior comprometimento)

☐

Últimas 2 semanas

0. Nenhum comprometimento relacionado a este transtorno.

1. Dificuldade, mas não há claro comprometimento ao iniciar ou manter amizades.

2. Comprometimento **Moderado**: tem poucos amigos íntimos e mais colegas (conhecidos), mas menos do que o desejado.3. Comprometimento **Severo**: nenhum amigo íntimo ou dificuldade na maioria das atividades que envolvem colegas (conhecidos).4. Comprometimento **Extremo**: nenhum amigo íntimo e dificuldade em quase todas as atividades que envolvem colegas (conhecidos).**OUTROS INTERESSES**☐

No curso da vida (pior comprometimento)

☐

Últimas 2 semanas

(Atividades religiosas, clubes, esportes)

0. Nenhum comprometimento relacionado a este transtorno para buscar outros interesses.

1. Dificuldade, mas sem prejuízo claro.

2. Comprometimento **Moderado**: participa de atividades, mas evita algumas ou não se envolve muito.3. Comprometimento **Grave**: participa em menos atividades que o desejado, é limitado em sua capacidade de participação (por ex.

frequenta a igreja somente esporadicamente, apesar do desejo de ser um participante ativo).

4. Comprometimento **Extremo**: incapaz de manter qualquer interesse.**ATIVIDADES DA**☐

No curso da vida (pior comprometimento)

☐

Últimas 2 semanas

VIDA DIÁRIA*(higiene, compras, tarefas de casa)*

0. Nenhum comprometimento relacionado a este transtorno nas AVDs

1. Apresenta **Dificuldade**, mas sem prejuízo claro.2. Comprometimento **Moderado**: atrasos em realizar as AVDs, pequenas disfunções ou evita realizar as AVDs.3. Comprometimento **Grave**: maiores disfunções ou fugas. Precisa de alguma assistência.4. Comprometimento **Extremo**: precisa de assistência para a maioria das tarefas de AVDs.**COMPORTAMENTO
SUICIDA**☐

No curso da vida (pior comprometimento)

☐

Últimas 2 semanas

0. Nunca pensou em suicídio em função deste transtorno.

1. Pensou em suicídio, mas não teve esta intenção.

2. Pensou seriamente em suicídio.

3. Tentou suicídio com ação não letal.

4. Tentou suicídio com método potencialmente letal.

Apêndice G - Escala de Liebowitz para auto-avaliação do prejuízo funcional

ESCALA DE LIEBOWITZ PARA AUTO-AVALIAÇÃO DO PREJUÍZO FUNCIONAL (ELAPF)

Abaixo está uma lista de situações envolvendo ansiedade social. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista e identifique o quanto a ansiedade social limita a sua capacidade de agir em cada uma dessas situações durante **as duas últimas semanas**, e **ao longo da vida** ou quando você estava em uma fase pior colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada situação.

A Ansiedade Social limita(ou) a minha capacidade de:		Nada (raramente limita)	Levemente (poucas vezes)	Moderadamente (algumas vezes)	Gravemente (frequentemente)
1. Ingerir bebidas alcoólicas sem exagero Assinale (Nada) se você não consome bebidas alcoólicas.					
Nas últimas duas semanas		☐	☐	☐	☐
Ao longo da vida ou pior fase		☐	☐	☐	☐
2. Evitar o uso de medicação sem prescrição médica.					
Nas últimas duas semanas		☐	☐	☐	☐
Ao longo da vida ou pior fase		☐	☐	☐	☐
3. Manter o bom humor quando as coisas estão indo bem.					
Nas últimas duas semanas		☐	☐	☐	☐
Ao longo da vida ou pior fase		☐	☐	☐	☐
4. Permanecer na escola na medida das minhas possibilidades financeiras e intelectuais.					
Nas últimas duas semanas		☐	☐	☐	☐
Ao longo da vida ou pior fase		☐	☐	☐	☐
5. Manter um trabalho (em casa ou fora de casa) que me permite um desempenho de acordo com minhas melhores habilidades.					
Nas últimas duas semanas		☐	☐	☐	☐
Ao longo da vida ou pior fase		☐	☐	☐	☐
6. Manter interações confortáveis com os membros de minha família					
Nas últimas duas semanas		☐	☐	☐	☐
Ao longo da vida ou pior fase		☐	☐	☐	☐
7. Manter um relacionamento romântico/ afetivo satisfatório.					
Nas últimas duas semanas		☐	☐	☐	☐
Ao longo da vida ou pior fase		☐	☐	☐	☐

Liebowitz M.B., 09/2004
Tradução e adaptação para o português:
Moraes e col. (09/2004).
Diagramação: Marcelo Marzà (2004).

Abaixo está uma lista de situações envolvendo ansiedade social. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista e identifique o quanto a ansiedade social limita a sua capacidade de agir em cada uma dessas situações durante **as duas últimas semanas**, e **ao longo da vida** ou quando você estava em uma fase pior colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada situação.

A Ansiedade Social (limita(ou) a minha capacidade de:	Nada (raramente)	Frequentemente (poucas vezes)	Moderadamente (algumas vezes)	Gravemente (frequentemente)
8. Manter pelo menos alguns amigos íntimos e um pequeno grupo de colegas (conhecidos).				
Nas últimas duas semanas	☐	☐	☐	☐
Ao longo da vida ou pior fase	☐	☐	☐	☐
9. Manter hobbies e outros interesses (por exemplo: religião, esportes, etc).				
Nas últimas duas semanas	☐	☐	☐	☐
Ao longo da vida ou pior fase	☐	☐	☐	☐
10. Cuidar das compras pessoais, das tarefas domésticas e da higiene pessoal (por ex: tomar banho, limpar-se, escovar os dentes, etc).				
Nas últimas duas semanas	☐	☐	☐	☐
Ao longo da vida ou pior fase	☐	☐	☐	☐
11. Desejar viver e não pensar em suicídio por mais de um raro momento.				
Nas últimas duas semanas	☐	☐	☐	☐
Ao longo da vida ou pior fase	☐	☐	☐	☐

Liebowitz M.R., 09/2004
Tradução e adaptação para o português:
Moraes e col. (09/2004).
Diagramação: Marcelo Moraes (2004).

Apêndice H - Fast Alcohol Screening Test (FAST)

Fast Alcohol Screening Test (FAST)

Dose da bebida alcoólica

UM DRINQUE/DOSE EQUIVALE A:

- Um copo de pinga, vodka ou uísque (37ml) ou;
- Uma taça pequena de vinho (140ml) ou;
- Uma latinha de cerveja (350ml) ou;
- Um cálice de Martini ou vermute (50ml)

POR FAVOR, PARA AS SEGUINTES PERGUNTAS CIRCULE AS ALTERNATIVAS MAIS APROPRIADAS

1. **HOMENS:** Com que frequência que você consome 8 (OITO) ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião?

MULHERES: Com que frequência que você consome 6 (SEIS) ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião?

- ① Nunca
- ② Menos que mensalmente
- ③ Mensalmente
- ④ Semanalmente
- ⑤ Diariamente ou quase diariamente

2. Com que frequência durante o último ano você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior porque havia bebido?

- ① Nunca
- ② Menos que mensalmente
- ③ Mensalmente
- ④ Semanalmente
- ⑤ Diariamente ou quase diariamente

3. Com que frequência durante o último ano você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas?

- ① Nunca
- ② Menos que mensalmente
- ③ Mensalmente
- ④ Semanalmente
- ⑤ Diariamente ou quase diariamente

4. Durante o último ano algum parente, amigo, médico ou outro profissional da área de saúde mostrou-se preocupado com seu modo de beber ou sugeriu que você parasse de beber?

- ① Não
- ② Sim, em uma ocasião.
- ③ Sim, em mais do que em uma ocasião.

Apêndice I – Questionário sobre a Saúde do Paciente (PHQ-2)

Patient Health Questionnaire (PHQ-2)

Ao longo das últimas 2 (duas) semanas, com que frequência você se sentiu incomodado por algum dos seguintes problemas?

	Nunca	Vários Dias	Mais do que metade dos dias	Quase todos os dias
(a) Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	☐	☐	☐	☐
(b) Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança	☐	☐	☐	☐

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

- Artigo submetido para apreciação no *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*

Adaptation and initial psychometric study of the self-report version of Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR)

Larissa Forni dos Santos^{1(a)}; Sonia Regina Loureiro^{1,2(a)}; José Alexandre de Souza Crippa^{1,2(a)}; Flávia de Lima Osório^{1,2(a)}

1- Department of Neurosciences and Behavioral Sciences, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto – USP

2- National Institute of Technology and Translational Medicine

Abstract

Objective: The objectives of the present study were to adapt the Liebowitz Social Anxiety Scale from the clinician administered to the self-report version (LSAS-SR) and to perform the initial psychometric studies concerning internal consistency and item analysis. *Method:* The phase of adaptation was performed by two specialists in the Mental Health area and the face validity was tested by a group of 30 university students. As part of the psychometric study of the LSAS-SR, the internal consistency was assessed and the items were analyzed by applying the scale to 682 university students. *Results:* The LSAS-SR proved to be easy to understand by the group studied, with no need to make any changes in the instructions for application. The scale showed adequate internal consistency ($\alpha = 0.96$) as well as an acceptable correlation between items and total score (0.38-0.72). *Conclusions:* The initial psychometric studies of the LSAS-SR presented adequate indicators, stimulating the continuation of studies involving the validation and reliability of the scale not only when applied to a sample of the general population, but also when applied to clinical groups.

Key words: Social Phobia; Social Anxiety; Psychometry; Scale, Validity

Introduction

The first scale developed for the clinical assessment of Social Anxiety Disorder (SAD) was the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) published in 1987¹. This is a clinician administered instrument consisting of 24 items related to fear and avoidance of social situations². Although this instrument has been extensively used since its creation, the first studies of its psychometric characteristics were carried out only 10 years later² on a clinical sample, demonstrating excellent indicators of validity.

These findings have prompted the use of this scale in clinical studies³ and have led to the proposal of its adaptation as a self-report instrument, which has a straightforward format favoring its large-scale use and potential savings in time and effort with less onus associated.

Previous studies⁴⁻⁸ have concluded that the self-report version of the LSAS in different languages presents psychometric qualities as satisfactory as those of the clinician administered version, in addition to presenting the advantages cited earlier regarding its form of application, which stimulate its use even more.

Considering that the LSAS tends to be accepted worldwide as the gold standard in studies regarding SAD³ and that the only psychometric study of the LSAS conducted in Brazil used the clinician administered version in a specific sample of alcoholic patients, the objective of the present study was to adapt the LSAS from its clinician administered version to the self-report version (LSAS-SR), and to perform initial psychometric studies (analysis of internal consistency and item studies) of this version of the LSAS in a sample of Brazilian university students.

Method

1. Adaptation of the LSAS to the self-report version

Using as reference the clinician administered version of LSAS for Brazilian Portuguese⁹, the scale was adapted to the self-report format. For this purpose, the description of the items was maintained and self-instruction for filling out the reply was created based on the instructions proposed by Fresco et al⁵ and Baker et al⁶. The procedure was carried out by two Mental Health professional with ample clinical experience and experience in the use of the assessment scales. The pilot study (face validity) was

conducted on 30 university students.

2. Subjects

The sample consisted of university students of both genders older than 18 years, who participated in the study in a free and voluntary manner.

3. Instruments

The self-report version of LSAS and a questionnaire for sociodemographic identification elaborated for the study were used. The LSAS-SR consists of two subscales (fear/avoidance) with 24 items scored on a 0-3 point Likert scale.

4. Data Collection and Analysis

The instruments were collectively applied in the classroom in the presence of an applicator that was available for clarification.

Descriptive statistics (simple frequency, standard deviation, mean and percentage) and the Cronbach Alpha were used for data analysis, with values about 0.60¹⁰ being adopted as acceptable for the second indicator. The level of significance was set at $p \leq 0.05$.

5. Ethical Aspects

The study was approved by the local Research Ethics Committee (No HCRP11570/2003).

Results

1. LSAS-SR – Self-report version

The final instructions for the self-report version of the LSAS (LSAS-SR) were as follows: *Instructions: 1) This instrument assesses the role social anxiety plays in your life in various situations; 2) Read each situation carefully and answer two question about each; 3) The first question asks how much you FEEL FEAR OR ANXIETY in the situation; 4) The second question asks at what frequency you AVOID the situation; 5) In case you find yourself in a situation which you do not normally face (e.g., “trying to date somebody”, being married), we ask you to imagine ‘what you would do if you faced such a situation’, and then to assess how much you would fear this hypothetical situation and at what frequency you would try to avoid it. Please, base your assessment*

on how the situations affected you in the LAST WEEK".

The face validity of the instrument was checked by a group of university students who had no difficulty regarding the understanding of the questionnaire or its semantics, attesting to the validity of the instrument.

2. Subjects

The sample consisted of 682 subjects (mean age + SD: 23.4 + 6.03 years), 69.7% of them females. Most subjects were enrolled in the first/second year of the university course in the area of biological sciences.

3. Internal Consistency

The Cronbach alpha values obtained were 0.96 for the total scale, 0.94 for the fear subscale, and 0.93 for the avoidance scale. The internal consistency of the total scale or of the subscales would not change if any of the items were removed.

4. Analysis of the items

Table 1 presents the scores, mean score, standard deviation and mean correlation index of each item of the LSAS-SR with the total score.

- INSERT TABLE 1 HERE -

According to the data presented in Table 1, in the fear subscale the item with the highest mean score was item 20 (mean = 1.71), related to the fear of making a speech, with 54% of the participants reaching the highest scores. Item 6, related to the fear of participating in a large group, was the second item with the highest score (1.61), followed by items 16 (mean=1.45) and 15 (mean=1.38), related to the fear of speaking up at a meeting and being the center of attention, respectively.

The items with the lowest mean score in the same subscale were item 1 (fear of making a telephone call in public) and item 4 (fear of drinking in public places with others), both with a mean score equal to 0.38. Seventy percent of the subjects had a zero score for item 1, and 75% had a zero score for item 4.

In the avoidance subscale, the item with the highest mean score was also item 20 (mean=1.67), with 51% of the subjects reaching the highest score. The second item with the highest score was item 6 (acting, performing, or giving a talk in front of

audience) (mean=1.49), followed by item 15, (being the center of attention) and item 16 (speaking up at a meeting), with means of 1.44 and 1.41, respectively.

In contrast, item 7 of the avoidance subscale regarding going to a party was the one showing the lowest score (0.44), with 90% of the subjects scoring between zero and one. The second item with the least score was item 2 regarding participation in small groups, with a mean score of 0.49, followed by item 1 regarding making a telephone call in public (mean = 0.54).

The mean score was 42.16 (SD=27.15) for the total scale, 20.90 (SD=13.90) for the fear subscale and 21.23 (SD=14.13) for the avoidance subscale. The correlation of the different items with the total score ranged from 0.38 to 0.72, showing the same pattern of correlation for both subscales.

Discussion

The instructions were adapted by experienced professional using a careful process. During the execution of the pilot study, no change was suggested by the subjects, but it should be pointed out that one of the limitations of the present study was that the group consisted of university students. Although the group in question easily understood the instructions, we cannot generalize indiscriminately the findings about the usability of the scale for other educational groups.

The internal consistency values obtained were excellent, all of them above 0.90¹⁰. In general, the items showed adequate correlation with the total scale, thus contributing to the maintenance of the high pattern of internal consistency of both the total scale and the subscales.

These data agree with studies previously conducted using the English^{5,6,8} and Hebrew⁷ versions of the scale which detected values between 0.71-0.96, supporting the adequacy of this index when applied to different contexts and samples, as well as the coherence and adequacy of the items.

Regarding item analysis, the ones with the highest scores in both subscales involve situations of public speaking and of participation in group activities, in agreement with literature data indicating that fear of public speaking is the most frequent fear in the general population^{11,12}, with this fear pattern being also observed in subjects with SAD^{12,13}.

Regarding the items with the lowest scores, particularly outstanding in the fear subscale were those related to daily and more frequently experienced situations such as using the telephone, drinking and eating in public, which tend to become commonplace, without stimulating fear situations in the non-clinical population. In the avoidance subscale, the situations with the lowest scores were going to a party and eating and drinking in public, supporting the hypothesis previously proposed. This fear and avoidance pattern was also detected in other studies that used different scales which assess the profile of feared and avoided situation in the SAD. As an example, we may cite the study by Osório et al¹¹ who used the Social Phobia Inventory to assess a sample of university student and observed that the items with the highest scores were avoiding public speaking and fear to be criticized, and the items with the lowest scores were avoiding parties and fear of parties and social events. The same was demonstrated in another study that used the Brief Social Phobia Scale¹³ to assess a clinical sample of SAD cases and non-cases, which detected the same pattern of fear/avoidance, indicating possible concurrent validity between the instruments and a common fear pattern in both the clinical and non-clinical population.

Conclusion

The LSAS-SR appears to be promising for use in Brazil. Future studies involving the analysis of concurrent and discriminant validity, factorial analysis and reliability in clinical and non-clinical samples will strengthen the early findings regarding the adequacy of the instrument. In view of the fact that the LSAS is acquiring the status of gold standard in clinical assays of SAD, the demonstration of its validity and reliability in the Brazilian context will favor the methodological rigor of such studies.

Key points

The LSAS-SR showed adequacy related to the face validity in a sample of Brazilian's university students.

It showed adequate internal consistency as well as an acceptable correlation between items and total score.

This study points on the direction of the scale's appropriately for use in the Brazilian context, although others are necessary for its consolidation.

Acknowledgments

We wish to thank C. Meneses-Gaya, L.M Lima and C.A. Baptista for help with data collection.

Disclosure of Interest

None to declare.

References

1. Liebowitz MR. Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry*. 1987; 22(1): 147-73.
2. Heimberg RG, Horner KJ, Jyster HR, Safren SA, Brown EJ, Schneier FR, et al. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychol Med*. 1999. 29(1):199-212.
3. Osório FL, Crippa JAS, Loureiro, SR. Instrumentos de avaliação do transtorno de ansiedade social. *Rev. Psiqu. Clín.* 2005. 32 (2): 73-83.
4. Kobak KA, Schaettle SC, Greist JH, Jefferson JW, Katzelnick DJ, Dottl SL. Computer- administered rating scales for social anxiety in a clinical drug trial. *Depress Anxiety*. 1998.7(3): 97-104.
5. Fresco DM, Coles ME, Heimberg RG, Liebowitz MR, Hami S, Stein MB, Goetz D. The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of psychometric properties of self-reported and clinical-administered formats. *Psychol Med*. 2001. 31(6):1025-35.
6. Baker SL, Heinrichs N, Kim HJ, Hofmann SG. The Liebowitz social anxiety scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. *Behav Res Ther*. 2002.40(6):701–15.
7. Levin JB, Marom S, Gur S, Wechter D, Hermesh, H. Psychometric properties and three proposed subscales of a self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale translated into Hebrew. *Depression and anxiety*. 2002. 16(4):143-51.

8. Oakman J, Ameringen MV, Mancini C, Farvolden PA. Confirmatory factor analyses of a self-report version of Leibowitz Social Anxiety Scale. *J Clin Psychol*. 2003. 59(1):149-61.
9. Lotufo-Neto, F. Escalas para avaliação de fobias. In: Gorenstein C, Andrade LHS, Zuardi AW. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 157-164.
10. Cortina JM. What is Coefficient Alpha? An examination of theory and applications. *J Appl Psychol*. 1993.78(1): 98-104.
11. Osório FL, Crippa JAS, Loureiro SR. Cross-cultural validation of the Brazilian Portuguese version of the Social Phobia Inventory (SPIN): study of the items and internal consistency. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009. 31(1):25-9.
12. Furmark T, Tillfors M, Stattin H, Ekselius L, Fredrikson M. Social phobia subtypes in the general population revealed by cluster analysis. *Psychol Med* 30(6): 1335-1344, 2000
13. Osório FL, Crippa JAS, Loureiro SR. Study of psychometric qualities of the Brief Social Phobia Scale (BSPS) in Brazilian university students. *Eur Psychiatry*. 2010. 25(3):178-88.

Table 1: Distribution of the items of the Liebowitz Social Anxiety Scale, self-report version (LSAS-SR) regarding the mean, standard deviation, percentage of the scores and correlation index with the total score in a sample of university students (N=682)

LSAS-SR ITEMS	MEAN (SD)	FEAR SUBSCALE					ITEM-TOTAL CORRELATION	MEAN (SD)	AVOIDANCE SUBSCALE					ITEM-TOTAL CORRELATION
		SCORES (%)				0			SCORES (%)				0	
		1	2	3	1				2	3				
1. Making a telephone call in public	0.38 (0.65)	70	24	05	01	0.55	0.54 (0.78)	61	30	05	04	0.50		
2. Participating in small groups	0.47 (0.73)	65	25	08	02	0.57	0.49 (0.78)	65	26	05	04	0.54		
3. Eating in public places	0.47 (0.76)	67	21	10	02	0.57	0.55 (0.84)	63	24	08	05	0.55		
4. Drinking with other people in public places	0.38 (0.74)	75	15	07	03	0.54	0.50 (0.83)	67	21	06	06	0.49		
5. Talking to authority figures	0.71 (0.84)	49	36	10	05	0.55	0.75 (0.93)	50	34	07	09	0.60		
6. Participating in a large group	1.61 (1.01)	15	35	26	24	0.64	1.49 (1.60)	19	39	17	25	0.64		
7. Going to a party	0.40 (0.72)	72	18	07	03	0.54	0.44 (0.74)	68	22	07	03	0.55		
8. Working while somebody is observing	1.05 (0.90)	30	44	17	09	0.65	0.98 (0.95)	36	40	14	10	0.64		
9. Writing while somebody is observing	0.75 (0.86)	48	33	14	05	0.63	0.72 (0.91)	53	29	11	07	0.60		
10. Calling somebody you do not know well	0.77 (0.82)	44	39	13	04	0.65	0.80 (0.85)	43	40	12	05	0.64		
11. Talking to somebody you do not know well	0.82 (0.82)	40	42	14	04	0.66	0.81 (0.83)	41	42	12	05	0.67		
12. Meeting people you do not know	1.17 (0.96)	27	40	21	12	0.56	1.19 (1.12)	29	39	17	15	0.48		
13. Going to a public bathroom	0.71 (0.96)	59	19	15	07	0.41	1.01 (1.10)	46	23	16	15	0.37		
14. Entering a room where people are seated	0.99 (1.08)	38	37	16	09	0.60	1.01 (1.01)	38	35	14	13	0.65		
15. Being the center of attention	1.38 (1.40)	22	36	22	20	0.70	1.44 (1.07)	23	35	19	23	0.66		
16. Speaking at a meeting	1.45 (1.06)	23	31	24	22	0.70	1.41 (0.76)	26	32	18	24	0.66		
17. Submitting to some type of exam	0.93 (0.97)	42	32	17	09	0.60	0.76 (0.96)	53	27	11	09	0.59		
18. Expressing disagreement with other people	0.95 (0.97)	41	34	16	09	0.66	0.97 (0.97)	39	35	16	10	0.63		
19. Facing people you do not know well	1.05 (0.91)	31	41	20	08	0.72	1.09 (1.07)	31	41	18	10	0.68		
20. Making a speech	1.71 (1.06)	15	31	23	31	0.66	1.67 (1.10)	17	32	18	33	0.62		
21. Trying to date somebody	0.90 (0.98)	45	28	18	09	0.52	0.73 (0.95)	54	27	10	09	0.54		
22. Returning merchandise to a store	0.80 (0.94)	49	29	15	07	0.56	0.78 (0.95)	50	30	11	09	0.52		
23. Giving a party	0.68 (0.91)	57	23	14	06	0.55	0.74 (0.99)	56	22	12	10	0.53		
24. Resistiing the pressure of a salesman	0.59 (0.85)	61	23	11	05	0.55	0.81 (1.00)	52	26	12	10	0.44		

SD: Standard deviation, %: Percentage

- Divulgação em eventos científicos

FORNI-SANTOS L.; LOUREIRO, S.R.; CRIPPA, J.A.S.; MENESES-GAYA, C.; SANTOS-FILHO, A.; OSORIO, F.L. Initial Psychometric evaluation of Liebowitz Social Anxiety Scale (self-reported version) for the brazilian context. In: 15th WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY, 2011, Buenos Aires.

FORNI-SANTOS, L.; LOUREIRO, S.R.; CRIPPA, J.A.S.; OSORIO, F.L. A Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS) é sensível para discriminar diferentes grupos clínicos de TAS?. XXIX CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 2001, Rio de Janeiro.

FORNI-SANTOS, L.; LOUREIRO, S.R.; CRIPPA, J.A.S.; OSORIO, F.L. Versão auto-aplicada da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz: adaptação para o português e estudo de confiabilidade. XXIX CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 2001, Rio de Janeiro.

FORNI-SANTOS, L.; LOUREIRO, S.R.; CRIPPA, J.A.S.; OSORIO, F.L. Escala de Ansiedade Social de Liebowitz: estudo de correlação com o constructo prejuízo funcional. VI CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE RORSCHACH E MÉTODOS PROJETIVOS, 2012, Brasília.

FORNI-SANTOS, L.; OSORIO, F.L.; LOUREIRO, S.R.; HALLAK, J.E.C.; CRIPPA, J.A.S. Pharmacological treatments for Social Anxiety Disorder: efficacy anylises through controlled studies. In: 15th WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY, 2011, Buenos Aires.

OSORIO, F.L.; FORNI-SANTOS, L.; LOUREIRO, S.R.; CRIPPA, J.A.S. Validade Concorrente da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto aplicada para o Brasil. XXX CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 2012, Natal