UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP-DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Transtorno de ansiedade social e os prejuízos funcionais relacionados
a vida cotidiana: validação de escalas

Luciene Vaccaro de Moraes Abumusse

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como
parte das exigências para a obtenção do título de
Doutor em Ciências, Área: Psicologia.

Ribeirão Preto-SP

2009

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Transtorno de ansiedade social e os prejuízos funcionais relacionados
a vida cotidiana: validação de escalas

Aluna: Luciene Vaccaro de Moraes Abumusse
Orientadora: Profa. Dra. Sonia Regina Loureiro

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP,
como parte das exigências para a obtenção do
título de Doutor em Ciências,
Área: Psicologia

Ribeirão Preto-SP

2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Abumusse, Luciene Vaccaro de Moraes

Transtorno de ansiedade social e os prejuízos funcionais relacionados a vida cotidiana: validação de escalas. Ribeirão Preto, 2009.

208p. : il.; 30 cm

Tese, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Dep. de Psicologia e Educação. Área de concentração: Psicologia

Orientadora: Loureiro, Sonia Regina.

1. Transtorno de ansiedade social 2. Validade
3. Terapia. ocupacional. 4. Escalas. 5. Prejuízo funcional.

...” Através do estudo da doença, chega-se ao conhecimento de muitas coisas importantes a respeito da saúde...”

D.W. Winnicott

Dedico este trabalho aos meus familiares:

Meus pais Arnulfo e Ylka, pela importância que têm na minha vida. Em especial a minha mãe que, alfabetizando e ensinando crianças, me inseriu desde muito cedo no ambiente de ensino e aprendizagem, sempre incentivando e comemorando junto nas minhas conquistas.

Meu marido Rogério pelo amor, pela dedicação, compreensão e bom humor que contribuíram em vários momentos deste trabalho.

Meu mais novo amor: Lorenzo, que tem o sorriso mais lindo que já vi e com ele, preenche nossa vida de alegria.

Agradeço

Especialmente a minha orientadora, Profa. Dra. Sonia Regina Loureiro, que durante todos estes anos me ensinou, mais do que a ler, me ensinou a compreender minhas leituras. Agradeço a paciência, capacidade de ensinar, cooperação e disponibilidade. De forma competente e afetiva, captava minhas necessidades, sabia quando me deixar sozinha com meus estudos e quando me acolher e, no momento certo, sentava com seus lápis e organizava cada parágrafo deste estudo. Agradeço muito o incentivo, todo o ensinamento, a oportunidade de trabalhar junto, a compreensão em momentos difíceis e também o interesse e respeito pela minha profissão.

Especialmente ao amigo Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa, pelo convite, incentivo, por abrir caminhos de estudos e pesquisas sobre o TAS e por sua disponibilidade. O empréstimo gentil de diversos artigos e as sugestões, foram muito importantes para a conclusão deste trabalho. A esse amigo e professor que nunca falhou quando solicitei ajuda, meus sinceros agradecimentos.

Especialmente a todos os alunos que participaram deste estudo, sem vocês este estudo não seria possível. Lembro aqui o momento da coleta dos dados, muitos momentos de sofrimento ao falar do sofrimento e a disponibilidade em nos ensinar como é conviver com o transtorno de ansiedade social.

Aos amigos e companheiros de pesquisa: Antônio Paulo Angélico, Alaor Santos Filho, Maria Cecília Freitas Clarissa Trzesniak, Moisés Chaves, Kátia Regina Busato, Luiz Márcio Lima que cuidadosamente auxiliaram na coleta de dados. Agradeço a ajuda e a companhia, sem esta equipe unida, este trabalho não existiria. Em especial as amigas Flávia de Lima Osório pelo trabalho inicial árduo que foi a base para muitos estudos sobre TAS, pela ajuda na coleta de dados e no treinamento dos avaliadores, e Maria Gabriela Junqueira Pernambuco Barbosa que, carinhosamente assumiu a função de avaliadora terapeuta ocupacional, contribuindo muito para este trabalho.

Ao Geraldo Cássio dos Reis, pelos ensinamentos e ajuda nos estudos estatísticos.

A Dra. Hona Tahin Mantovani, pela especial ajuda...minha gratidão.

A Cecília Villares e Marilene de Pinho que auxiliaram gentilmente na tradução e adaptação das escalas.

A Solange Aparecida Tedesco, não somente pelos empréstimos de livros, mas também por ajudar nas reflexões sobre a funcionalidade e a Terapia Ocupacional.

A Ana Paula Mastropietro, pelas dicas nos estudos de Terapia Ocupacional, pela amizade, por compartilhar idéias e pelos estímulos para a finalização deste trabalho.

A Dra. Júnia R. Cordeiro que com sua disponibilidade e interesse pelos estudos sobre Terapia Ocupacional, emprestou diversos livros e contribuiu com preciosas dicas.

A Prof. Dra. Maria José Benetton, por me ensinar pensar sobre saúde e Terapia Ocupacional, pela gentil leitura e valiosas sugestões.

A Profa. Dra. Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo, pela parceria nos últimos anos de trabalho no HCFMRP, pelo empréstimo de livros e pelas sugestões importantes neste estudo.

Profa. Dra. Lúcia Aparecida Bressan, pela ajuda na vida profissional, por confiar no meu trabalho de terapeuta ocupacional e pela presença em diversos momentos da minha vida.

As colegas de trabalho, meu saudoso agradecimento, em especial a Catalina Camas Cabrera, amiga incentivadora e carinhosa, Elaine Bertuso Pelá, amiga sempre presente, disponível e afetiva e a amiga de menos tempo, mas não menos importante Cybele Garcia Leal.

RESUMO

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 Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS) caracteriza-se pelo medo acentuado e persistente de situações sociais ou de desempenho, mostrando-se associado a prejuízos funcionais. Objetiva-se avaliar a associação do TAS a prejuízos funcionais nas atividades cotidianas, por meio da validação de duas escalas de auto e de hetero-avaliação, aplicadas a universitários brasileiros. Realizou-se dois estudos, um de comparação entre grupos TAS e Não TAS e outro de estudos de casos. Procedeu-se à tradução e adaptação da Escala de Liebowitz para auto-avaliação dos prejuízos funcionais (ELAPF) e da Escala de Liebowitz para hetero-avaliação dos prejuízos funcionais (ELHPF). Participaram do estudo de comparação entre grupos 173 universitários (TAS = 84 e Não TAS = 89), de ambos os sexos, com idade entre 17 e 35 anos. Procedeu-se a aplicação da Entrevista clínica semi-estruturada para o DSM-IV, para a confirmação diagnóstica e dos instrumentos: ELAPF, ELHPF, Questionário de Saúde Geral -12 (QSG-12), Inventário de Fobia Social (SPIN). Para os estudos de casos, selecionou-se três participantes do grupo TAS e procedeu-se a uma entrevista semi-estruturada sobre o impacto do transtorno nas atividades cotidianas, nos relacionamentos e na saúde geral. Os dados das escalas foram codificados e os grupos comparados por teste estatísticos não paramétricos ($p \leq 0,05$) e para os estudos de casos foram integrados e analisados qualitativamente os dados das escalas e da entrevista. Os grupos não apresentaram diferenças significativas quanto as variáveis demográficas. O grupo TAS apresentou no QSG-12 mais dificuldades quanto ao bem estar geral, e na ELAPF e na ELHPF apresentou, com significância estatística, mais dificuldades nas últimas semanas e no

curso da vida. Observou-se para o grupo TAS: a) para a ELHPF, consistência interna de 0,68 no curso da vida e 0,67 nas duas últimas semanas, o coeficiente de correlação Kappa entre os avaliadores, variou de 0,75 a 0,93, caracterizando nível de concordância satisfatória e na análise dos componentes principais extrairam-se dois fatores para os dois parâmetros temporais; a validade concorrente realizada com o SPIN, mostrou valores que variaram entre 0,11 e 0,33 para o parâmetro no curso da vida e 0,17 a 0,39 nas duas últimas semanas, e b) para a ELAPF, a consistência interna foi de 0,85 para o parâmetro no curso da vida e 0,83 nas duas últimas semanas e na análise dos componentes principais extrairam-se três fatores, para o parâmetro temporal no curso da vida e dois fatores no parâmetro nas duas últimas semanas; a validade concorrente realizada em relação ao SPIN, mostrou valores no curso da vida de -0,14 a 0,25 e nas duas últimas semanas, a correlação variou de 0 a 0,38. Os estudos de casos evidenciaram que os prejuízos funcionais associados ao TAS têm impacto negativo para os relacionamentos, as atividades cotidianas, o bem estar e a percepção de saúde. As escalas, mostraram-se válidas para a avaliação dos prejuízos funcionais associados ao TAS, o que contribui para as práticas de saúde mental, em especial as de terapia ocupacional, que tem como foco as intervenções voltadas para a vida cotidiana.

Palavras-chave: Transtorno de ansiedade social. Validade. Terapia ocupacional. Escalas. Prejuízo funcional.

ABSTRACT

ABUMUSSE, L. V. M. *Social anxiety disorder and functional impairment: scale validation*. 2009. 208f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

Social Anxiety Disorder (SAD) is characterized by marked and persistent fear of social or performance situations and is associated with functional impairment. The objective of the present study was to assess the association of SAD with functional impairment in daily activities by means of the validation of two scales (auto and hetero-evaluation) applied to Brazilian university students. Two studies were conducted, one of them comparing SAD and Non SAD groups and the other consisting of cases studies. The Liebowitz Disability Self Rating Scale (LDSRS) and the Disability Profile /Clinician- Rated (DP) were translated and adapted. A total of 173 university students (SAD = 84 and Non-SAD = 89) of both genders, aged 17 to 35 years participated in the study of group comparison. A semi-structured clinical interview for DSM-IV was applied for confirmation of the diagnosis and the following instruments were applied: LDSRS, DP, General Health Questionnaire-12 (GHQ-12), and Social Phobia Inventory (SPIN). Three participants of the SAD group were selected for the case studies and submitted to a semi-structured interview about the impact of the disorder on daily activities, relationships, and general health. The scale data were coded and the groups were compared by a non-parametric test ($p \leq 0.05$), and for the case studies the scale and interview data were integrated and analyzed qualitatively. The groups did not differ significantly in terms of demographic variables. For the SAD group, application of the GHQ-12 revealed more difficulties regarding general well-being, and application of the LDSRS and DP revealed significantly more lifetime difficulties and difficulties in the last weeks. The following observations were made for the SAD group: a) for the DP, the internal consistency was 0.68 during the life course and 0.67 during the last two weeks; the Kappa correlation

coefficient for the two raters ranged from 0.75 to 0.93, characterizing a satisfactory level of concordance, and two factors for the two temporal parameters were extracted in the analysis of the principal components; concurrent validity performed with the SPIN showed values ranging from 0.11 to 0.33 for the lifetime parameter and from 0.17 to 0.39 for the last two weeks, and b) for the LDSRS, the internal consistency was 0.85 for the lifetime parameter and 0.83 for the last two weeks; concurrent validity performed with the SPIN showed lifetime values ranging from 0.14 to 0.25 and values ranging from 0 to 0.38 in the last two weeks. The case studies demonstrated that the functional impairment associated with SAD has a negative impact on relationships, daily activities, well-being, and health perception. The scales proved to be valid for the assessment of the functional impairment associated with SAD, a fact that contributes to mental health practices, especially those of occupational therapy, that focus on interventions in daily life.

Key words: social anxiety disorder, validity, occupational therapy, scales, functional impairment.

LISTA DE ABREVIACÕES

TAS	Transtorno de Ansiedade Social
APA	Associação Americana de Psiquiatria
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
CID	Classificação Internacional das Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIS-R	<i>Clinical Interview Schedule-Revised</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
LDSRS	<i>Liebowitz Disability Self Rating Scale</i>
DP	<i>Disability Profile/ Clinician-Rated</i>
WPAI	<i>Reilly Work Productivity and Impairment Questionnaire</i>
HSUI	<i>Health Service Use Inventory</i>
CIDI	<i>Composite International Diagnostic Interview</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
STAI	<i>Stait-Trait Anxiety Inventory</i>
FQ	<i>Fear Questionnaire</i>
SAS	<i>Social Adjustment Scale</i>
SDS	<i>Social Disability Scale</i>
SCID-IV	Entrevista Clínica Estruturada do DSM-IV
QOLI	<i>Quality of Life Inventory</i>
SAS	<i>Social Anxiety Scale</i>
SIAS	<i>Social Interaction Anxiety Scale</i>
SPS	<i>Social Phobic Scale</i>
QWBS	<i>Quality of Well-Being Scale</i>
ACTO	Associação Canadense dos Terapeutas Ocupacionais

AOTA	Associação Americana de Terapia Ocupacional
MOS	<i>Medical Outcome Study Short Form</i>
LPSPD-S	<i>Liebowitz Panic and Social Phobia Disorders - Severity of Illness Rating Form</i>
LSAS	<i>Liebowitz Social Anxiety Scale</i>
CGI-S	<i>Clinical Global Impressions-Severity of Illness Scale</i>
DSSI	<i>Duke Social Support Index</i>
SAS-S	<i>Social Adjustment Scale-Self Report</i>
ELAPF	Escala de Liebowitz para Auto-Avaliação do Prejuízo Funcional
ELHPF	Escala de Liebowitz para Hetero-Avaliação do Prejuízo Funcional
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
FFCLRP-USP	Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
UNIFRAN	Universidade de Franca
SPIN	Inventário de Fobia Social
MS	MINI-SPIN
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Caracterização sócio-demográfica (em frequência simples e porcentagem) dos participantes e comparação estatística entre os grupos TAS e Não TAS	61
Tabela 2-	QSG- Saúde Geral – Média , mediana e desvio-padrão e comparação entre os grupos TAS e Não TAS	79
Tabela 3-	Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação dos Prejuízos Funcionais- media, mediana e desvio padrão e comparação entre os grupos TAS e Não TAS	82
Tabela 4-	Estudo da confiabilidade (Coeficiente de Kappa) da Escala de Liebowitz para Hetero-Avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF).....	84
Tabela 5-	Estudo da consistência interna (Alfa de Cronbach) da Escala de Liebowitz para Hetero-Avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF) para os grupos TAS (n=84) e não TAS (n=89)	85
Tabela 6-	Análise dos Componentes Principais- solução inicial da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF), no curso da vida , para o grupo TAS .(n=84).....	86
Tabela 7-	Análise dos Componentes Principais: matriz fatorial para os itens individuais da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF), no curso da vida , para o grupo TAS (n=84).....	87
Tabela 8-	Análise dos Componentes Principais - solução inicial da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF), nas últimas duas semanas , para o grupo TAS (n=84)	88
Tabela 9-	Análise dos Componentes Principais: matriz fatorial para os itens individuais da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF), nas últimas duas semanas , para o grupo TAS (n=84).....	89
Tabela 10-	Validade Concorrente: Correlações entre o escore total da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF), no curso da vida e nas duas últimas semanas , com os escores totais do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o grupo TAS (n=84) e para o grupo Não TAS (n=89)	90
Tabela 11-	Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF), no curso da vida e nas duas últimas semanas , com os escore total do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o grupo TAS (n=84).....	91
Tabela 12-	Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional, no curso da vida e nas duas últimas semanas , com o escore total do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o grupo Não TAS (n=89) .	92

Tabela 13-	Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Hetero-Avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF), no curso da vida e nas duas últimas semanas com os itens de maior correlação com o Inventário de Fobia Social (SPIN) para o grupo TAS (n=84).....	93
Tabela 14-	Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF), no curso da vida e nas duas últimas semanas , com os itens de maior correlação com o Inventário de Fobia Social (SPIN) para o grupo Não TAS (n=89).....	95
Tabela 15-	Validade Concorrente: Correlações entre os fatores extraídos da Análise da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF), no curso da vida e nas duas últimas semanas , com as subescalas do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o grupo TAS (n=84).....	97
Tabela 16-	Escala de Liebowitz para Auto-Avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF) – média, mediana e desvio padrão- comparação estatística entre os grupos TAS e Não TAS	99
Tabela 17-	Estudo da consistência interna (Alfa de Cronbach) da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF) para os grupos TAS (n=84) e Não TAS (n=89).....	101
Tabela 18-	Análise dos Componentes Principais : solução inicial da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF) no curso da vida para o grupo TAS (n=84)	102
Tabela 19-	Análise dos Componentes Principais: matriz fatorial para os itens individuais da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF) no curso da vida para o grupo TAS (n=84)	103
Tabela 20-	Análise dos Componentes Principais: solução inicial da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF) nas últimas duas semanas , para o grupo TAS (n=84).....	105
Tabela 21-	Análise dos Componentes Principais: matriz fatorial para os itens individuais da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF) nas duas últimas semanas para o grupo TAS (n=84).....	106
Tabela 22-	Validade Concorrente: Correlações entre o escore total da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF), no curso da vida e nas duas últimas semanas , com o escore total do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o grupo TAS (n=84) e para o grupo Não TAS (n=89).....	107
Tabela 23-	Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF) no curso da vida e nas duas últimas semanas com o escore total do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o grupo TAS (n=84).....	108

Tabela 24-	Validade Concorrente: correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF) no curso da vida e nas duas últimas semanas com o escore total do SPIN para o grupo Não TAS (n=89).....	109
Tabela 25-	Validade Concorrente: correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF) no curso da vida e nas duas últimas semanas com os itens de maior correlação com o Inventário de Fobia Social (SPIN) para o grupo TAS (n=84).....	110
Tabela 26-	Validade Concorrente: correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Auto-Avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF) no curso da vida e nas duas últimas semanas com os itens de maior correlação com o Inventário de Fobia Social (SPIN) para o grupo Não TAS (n=89).....	113
Tabela 27-	Validade Concorrente: Correlações entre os fatores extraídos da análise dos componentes principais da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF), no curso da vida e nas duas últimas semanas , com as subescalas do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o grupo TAS (n=84)	116
Tabela 28	Validade Concorrente: correlações entre os escores totais da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF) e da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF) nas duas últimas semanas e no curso da vida para o grupo TAS (n=84).....	117
Tabela 29	Validade Concorrente: correlações entre os escores totais da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF) e da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF) nas duas últimas semanas e no curso da vida para o grupo Não- TAS (n=89)	118
Tabela 30-	Distribuição da amostra estudada em função da instituição, curso e ano da graduação frequentados.....	179
Tabela 31	Número de sujeitos selecionados em relação à universidade, ao diagnóstico e ao motivo de exclusão e inclusão	180
Tabela 32	Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF) no curso da vida com os itens do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o grupo TAS (n=84)	193
Tabela 33	Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF) nas duas últimas semanas com os itens do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o grupo TAS (n=84).....	194
Tabela 34	Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF) no curso da vida com os itens do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o grupo Não-TAS (n=89).....	195

Tabela 35	Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF) nas duas últimas semanas com os itens do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o grupo Não-TAS (n=89)	196
Tabela 36	Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF) no curso da vida com os itens do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o grupo TAS (n=84)	197
Tabela 37	Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF) nas últimas duas semanas com os itens do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o grupo TAS (n=84)	198
Tabela 38	Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF) no curso da vida com os itens do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o grupo Não-TAS (n=89)	199
Tabela 39	Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF) nas duas últimas semanas os itens do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o grupo Não-TAS (n=89)	200

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Participante 1- Resultados globais do participante 1 em função dos diferentes instrumentos avaliativos usados.....	119
Quadro 2	Participante 2- Resultados globais do participante 2 em função dos diferentes instrumentos avaliativos usados.....	123
Quadro 3	Participante 3- Resultados globais do participante 3 em função dos diferentes instrumentos avaliativos usados.....	126
Quadro 4	Roteiro de entrevista semi-estruturada para os Estudos de Casos.....	185
Quadro 5-	Adaptação da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF). Modificações propostas por profissionais-juízes.....	186
Quadro 6-	Adaptação da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF). Modificações propostas por profissionais-juízes.....	187
Quadro 7-	Adaptação da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAFP). Alterações propostas com base no estudo piloto.....	188
Quadro 8-	Adaptação da Escala de Liebowitz para Hetero-Avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF). Modificações propostas por profissionais-juízes.....	189
Quadro 9-	Roteiro de perguntas-guia para Hetero-Avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF).....	190
Quadro 10-	Adaptação do Roteiro de Perguntas-guia para a Escala de Liebowitz para Hetero-Avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF). Alterações propostas pelos avaliadores.....	192

SUMÁRIO

RESUMO.....	xi
ABSTRACT	xiii
LISTA DE ABREVIACÕES	xv
LISTA DE TABELAS.....	xvii
LISTA DE QUADROS.....	xxi
1 INTRODUÇÃO	25
1.1 Transtorno de Ansiedade Social: Caracterização, Aspectos Históricos e Epidemiológicos.....	25
1.2 Transtorno de Ansiedade Social: a Saúde, os Aspectos Psicossociais e as Dificuldades na Participação das Atividades da Vida Cotidiana	29
1.3 Transtorno de Ansiedade Social: a Participação em Atividades Diárias e a Terapia Ocupacional, enquanto Prática de Saúde.....	38
1.4 Escalas de Avaliação dos Prejuízos Funcionais Relacionados ao Transtorno de Ansiedade Social e a Análise das suas Qualidades Psicométricas	43
2 OBJETIVOS	53
3 MÉTODO	55
3.1 Caracterização da Situação do Estudo.....	55
3.2 Processo de Seleção dos Participantes	56
3.3 Participantes	61
3.4 Materiais e Instrumentos	64
3.5 Procedimentos	69
Tradução e adaptação das escalas Liebowitz Disability Self-Rating Scale e da Disability Profile / Clinician-Rated	69
Treinamento dos Avaliadores.....	71
Coleta de Dados.....	74
Codificação e Tratamento dos Dados	76
3.6 Aspectos Éticos	78

4 RESULTADOS	79
4.1 Caracterização Clínica dos Grupos:	79
4.2 Avaliação e Análise das Qualidades Psicométricas das Escalas ELHPF e ELAPF	81
4.3 Estudos de Casos.....	119
5 DISCUSSÃO.....	131
5.1 TAS: Aspectos Psicossociais e Clínicos	131
5.2 Qualidades Psicométricas das Escalas Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional e Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional	139
5.3 A Avaliação dos Prejuízos Funcionais Associados ao TAS e as Influências para as Atividades Cotidianas, sob a Perspectiva da Terapia Ocupacional	154
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	167
REFERÊNCIAS.....	171
APÊNDICES	179
ANEXOS.....	201

1 INTRODUÇÃO

1.1 Transtorno de Ansiedade Social: Caracterização, Aspectos Históricos e Epidemiológicos

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS), também referido como fobia social, tem chamado atenção pela alta prevalência, sendo considerado um grave problema de saúde pública pelos prejuízos e limitações que acarreta em vários domínios da vida cotidiana (CONNOR et al., 1999; STEIN; KEAN, 2000; WITTCHEN et al., 2000).

Embora seja uma psicopatologia há muito descrita, a sua inclusão nas categorias diagnósticas é recente, como relatado por Furmark (2000) em uma revisão histórica relativa a caracterização e inclusão do TAS no DSM-IV, como será destacado nos próximos parágrafos.

Descrições literárias sobre timidez exagerada e a ansiedade social datam de Hipócrates, 400 A.C., sendo a primeira referência explícita à fobia social ou fobia das situações sociais, feita por Janet no início de 1900. Nos anos 30, Schelder introduziu o termo “neurose social” para descrever pacientes extremamente tímidos e, nos anos 50, seguindo o pioneirismo dos trabalhos de Joseph Wolpe, observou-se um acentuado interesse pelo estudo da terapia comportamental aplicada às fobias (FURMARK, 2000).

Nas descrições nosológicas dos transtornos mentais, os transtornos fóbicos eram agrupados todos em uma mesma categoria. Foi o psiquiatra inglês Isaac Marks quem propôs, nos anos 60, que a fobia social fosse entendida e classificada como uma categoria distinta; esta proposição foi gradualmente reconhecida pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), culminando em 1980 com a inclusão oficial da fobia social como uma categoria específica na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III) (FURMARK, 2000).

Quando da inclusão da fobia social no DSM-III, o transtorno foi descrito como ansiedade relacionada às atividades de falar, urinar, comer ou escrever na frente de outras pessoas, se diferenciando do Transtorno de Personalidade de Evitação ou de Esquiva, quando da presença de um número maior de sintomas e de extrema ansiedade frente à situações como conversas informais e situações de interação social. Na década de 80, com base em dados de pesquisas e de observações clínicas, constatou-se que estes pacientes respondiam ao tratamento com antidepressivos inibidores da monoaminoxidase (IMAO), sendo tal quadro incluído nos transtornos de ansiedade e os pacientes classificados como portadores de Fobia Social generalizada e não como portadores de Transtorno de Personalidade (FURMARK, 2000).

Em 1994, na edição do DSM-IV, foi introduzido o termo Transtorno de Ansiedade Social (TAS) com o objetivo de enfatizar as peculiaridades dos prejuízos relacionados a esta doença, destacando como característico o medo persistente de uma ou mais condições de exposição a situações de avaliação por outra pessoa, acompanhada do temor de comportar-se de maneira embaraçosa. A referida revisão de Furmark (2000), aborda os aspectos históricos relativos ao TAS até o marco da sua inclusão como categoria diagnóstica, traçando o percurso dos sintomas que foram sendo destacados e agrupados para a caracterização do TAS.

Em 2002, na última edição do DSM (DSM-IV-R), foi destacada como característica diagnóstica essencial o medo acentuado e persistente de situações ou de desempenho nas quais o indivíduo poderia sentir vergonha, sendo a exposição à situação ou ao desempenho, seguido invariavelmente por uma resposta imediata de ansiedade. Os medos relacionados à exposição são de parecer ridículo, de dizer tolices, de ser observado pelas outras pessoas, de interagir com estranhos ou pessoas do sexo oposto, de ser o centro das atenções, de comer, beber ou escrever em público, de falar ao telefone e usar banheiros públicos. Quando tais exposições não podem ser evitadas, são vivenciadas com grande ansiedade e, na maioria das

vezes, acompanhadas por sintomas como: palpitações, tremores, sudorese, desconforto gastrointestinal, diarreia, tensão muscular, rubor facial e confusão (MANUAL..., 2002).

A revisão atual da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) considera que a fobia social começa na adolescência e está frequentemente associada à baixa auto-estima e ao medo da avaliação negativa por parte dos outros, provocando comportamento de esquiva, podendo até mesmo resultar em isolamento social completo. Destaca que na fobia social, o medo está relacionado à interação com pequenos grupos e não de estar junto a muitas pessoas, como em outros transtornos de ansiedade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS, 1993).

A CID-10 exige para o diagnóstico de fobia social, a presença de pelo menos um dos sintomas físicos: tremor, rubor, medo de vomitar, urgência para urinar ou defecar, excluindo assim, indivíduos que apresentam outros sintomas autonômicos como taquicardia ou sudorese excessiva. Outro aspecto importante desta classificação está relacionado ao critério temporal, a CID-10 não exige, como no DSM-IV, a persistência dos sintomas por mais de seis meses em indivíduos menores de 18 anos (LECRUBIER et al., 2000; VILETE, 2002).

Para a Associação Americana de Psiquiatria, o TAS pode ser classificado como generalizado e específico/circunscrito. O TAS generalizado caracteriza-se por temores relacionados às situações de interação social e desempenho em público como por exemplo, iniciar conversas, participar de pequenos grupos, encontrar-se com pessoas do sexo oposto, falar com figuras de autoridade e comparecer a festas. O TAS específico/ circunscrito se caracteriza por manifestações clínicas que incluem temores frente à situação específica de desempenho como por exemplo, falar em público (MANUAL..., 2002).

Apesar da inclusão da categoria diagnóstica desde os anos 80, uma maior atenção e estudos epidemiológicos surgiram somente nos últimos dez anos. Quanto aos dados epidemiológicos apresentados na literatura sobre TAS, observa-se uma disparidade entre as

estimativas de prevalência, variando entre 2,6% e 16%. Tal discrepância pode estar relacionada à diversidade de critérios diagnósticos observada nas versões do DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV e CID-10 (LECRUBIER et al., 2000).

Apesar da disparidade de prevalência e de baixa homogeneidade na consideração dos sintomas nas classificações diagnósticas, diversos estudos descrevem o TAS como sendo de alta prevalência, relacionado a intensos prejuízos na vida cotidiana e frequentemente acompanhado por comorbidades secundárias, como a depressão, a distímia, o abuso e dependência de álcool e drogas, a ideação suicida, os transtornos alimentares e outros tipos de transtornos de ansiedade (BRUNELLO et al., 2000; FURMARK, 2000; KESSLER, 2003; LECRUBIER et al., 2000; SAFREN et al., 1996-1997; STEIN; KEAN, 2000; WITTCHEN et al., 2000).

A média da idade de início do TAS situa-se entre os 11 e os 15 anos, aparecendo usualmente, em seu início, sem comorbidades ou em sua forma pura. Segundo estudos desenvolvidos por Kessler (2003) e Schneier et al. (1994), a prevalência é duas vezes maior em mulheres jovens, em geral de menor nível educacional, solteiras e de classe social baixa. Pode-se pensar que tal perfil mostra-se relacionado aos prejuízos característicos do transtorno.

Baseado em pesquisas epidemiológicas e estudos de caso–controle, Lecrubier et al. (2000) descreveram as dificuldades vivenciadas por pessoas com TAS, relatando que estas pessoas, em função dos limites associados aos sintomas, em geral, interrompem os estudos precocemente, o que por sua vez terá implicações com menor renda e a ocupação de cargos de menor nível, quando comparadas às pessoas sem TAS.

Em um estudo epidemiológico recente, desenvolvido no Brasil, Baptista (2006) encontrou alta prevalência de TAS na população de jovens estudantes universitários (11,6%), referindo que o transtorno é proporcionalmente maior no sexo feminino (12,4%) quando comparado ao sexo masculino (7,4%). Neste estudo, destacou também a presença de

limitações nas atividades da vida cotidiana associadas ao TAS e a necessidade de estudos específicos que instrumentem práticas de prevenção do transtorno.

1.2 Transtorno de Ansiedade Social: a Saúde, os Aspectos Psicossociais e as Dificuldades na Participação das Atividades da Vida Cotidiana

Nos estudos relativos ao TAS, a percepção sobre as condições de saúde, de bem estar, de qualidade de vida e de participação na vida cotidiana, tem sido amplamente valorizadas, no que diz respeito às suas associações com as enfermidades, dado o avanço das tecnologias com o conseqüente prolongamento da expectativa de vida. Desta forma, destaca-se, cada vez mais, a importância da identificação das potencialidades e capacidades que o indivíduo apresenta, o que ele pode ou não pode fazer na sua vida diária, apesar da presença da doença (FARIAS; BUCHALLA, 2005; FLECK; LEAL; LOUZADA, 1999; OMS, 2003).

A qualidade de vida, o bem-estar e a funcionalidade, têm sido apresentados como conceitos difíceis de definir e de mensurar, por serem multidimensionais, subjetivos e individuais, dependendo do momento histórico, do contexto cultural e do sistema de valores nos quais se vive, estando ainda intimamente relacionados com as expectativas, padrões e preocupações individuais (FARIAS; BUCHALLA, 2005; FLECK; LEAL; LOUZADA, 1999).

Para a OMS (2003), a compreensão do construto qualidade de vida deve estar relacionada à percepção de bem estar subjetivo, ou seja, como as pessoas sentem sua condição de saúde e as conseqüências relacionadas a ela. Nesta mesma direção, Farias e Buchalla (2005) destacam que em tempos de aumento de tecnologias de cuidado à saúde e de prolongamento da vida, torna-se importante conhecer, não somente as causas e prevalência das doenças, mas o que acontece aos pacientes após o diagnóstico e o controle da doença, enfatizando como as

peças convivem com as doenças crônicas no dia-a-dia, o que conseguem ou não conseguem fazer.

Tendo em vista a necessidade de conhecer as consequências das doenças na vida das pessoas, a OMS desenvolveu a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) objetivando unificar e padronizar uma estrutura para descrever a saúde e os estados relacionados a ela. A CIF identifica o que uma pessoa pode ou não pode fazer na sua vida diária mediante a ocorrência de uma doença ou de um transtorno, tendo em vista as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo (inclusive a estrutura psíquica), a participação em atividades e a participação social no meio ambiente onde a pessoa vive. Nesta classificação, os aspectos positivos, ou seja, a participação em atividades, a capacidade e o bom funcionamento do corpo, são descritos como funcionalidade e as limitações de atividade e restrições, correspondem à incapacidade (FARIAS; BUCHALLA, 2005; OMS, 2003).

Ao se analisar a literatura sobre o TAS, observa-se que, em geral, tais terminologias não foram incorporadas às usadas, habitualmente, nos estudos sobre dificuldades relacionadas ao TAS, que nomeiam a realização ou a participação aquém da esperada como prejuízo funcional ou disfunção e a impossibilidade de realização e de participação como incapacidade.

Estudos sobre o TAS, entre eles os de Hambrick et al. (2003), Kessler (2003), Lecrubier et al. (2000), Safren et al. (1996-1997), Stein e Kean (2000), Schneier et al. (1994) e Wittchen et al. (2000), ressaltam a necessidade de se avaliar o impacto do transtorno no funcionamento diário, relacionado às atividades acadêmicas, profissionais, de auto-cuidado e auto-manutenção, nas relações familiares, afetivas e sociais. Nestes estudos, o TAS é apresentado como um transtorno que interfere efetivamente na habilidade de desempenhar papéis como o de empregado, de amigo, de membro da família, além de dificultar ou

restringir as atividades de auto-cuidado e de lazer. Tais prejuízos são referidos nestes estudos como prejuízos funcionais ou na funcionalidade.

A avaliação da qualidade de vida é também comumente referida nos estudos sobre pessoas com transtornos de ansiedade (LOCHNER et al., 2003; MENDLOWICZ; STEIN, 2000; QUILTY et al., 2003) e especificamente com TAS (SAFREN et al., 1996-1997; STEIN; KEAN, 2000; WITTCHEN; BELOCH, 1996; WITTCHEN et al., 2000), mostrando que tais pessoas tendem a avaliar a sua qualidade de vida como prejudicada, mostrando insatisfação com a vida e também com sua saúde.

As manifestações do TAS vão além da timidez exagerada, interferindo efetivamente em outros domínios como na comunicação e na funcionalidade, implicando em prejuízos no desempenho dos papéis sociais, tanto nas relações interpessoais como nos aspectos da vida profissional (KESSLER, 2003).

Os portadores de TAS sofrem de um medo excessivo de serem avaliados negativamente, humilhados ou parecerem ridículos, temendo que os outros percebam seus sinais de ansiedade, como o tremor nas mãos e na voz, o rubor facial e a sudorese, ou ainda temem, ao falar, o uso de uma frase mal colocada, ou o agir de maneira inadequada, cometendo enganos. Frente às situações temidas, tendem à autocrítica, o que funciona como um ciclo vicioso, no qual ao experimentar ansiedade antecipatória frente à perspectiva de enfrentar a situação temida, aumenta a ansiedade durante a exposição social, reforçando assim, a auto-percepção de fracasso (STEIN; KEAN, 2000).

A tendência, frente à invasão da ansiedade, é evitar as situações que a desencadeiam; assim, tais pessoas, na escola e no trabalho, passam a evitar apresentar trabalhos ou seminários, escrever na frente dos colegas, realizar entrevistas ou conversas com professores ou chefes e, na vida social, evitam iniciar uma relação afetiva ou um namoro, viajar com

amigos, participar de jogos e esportes competitivos, entre outras atividades (SAFREN et al., 1996-1997; STEIN; KEAN, 2000; WITTCHEN et al., 2000).

Estudos sobre o TAS, demonstram que ele afeta quase todos os aspectos da vida do indivíduo, prejudicando o desempenho no trabalho, na escola, limitando os recursos financeiros, o bem estar psicológico, a auto-estima, os relacionamentos interpessoais e a participação social. Estima-se que indivíduos com TAS gastem mais com serviços de saúde e ganhem menos pela dificuldade em conseguir emprego, por problemas nas relações de trabalho e pela perda da produtividade (WITTCHEN; STEIN; KESSLER, 1999).

Outro domínio afetado pelo TAS é o familiar. Estudos de Faravelli et al. (2000) e Lecrubier et al. (2000) caracterizaram tal impacto e mostraram a presença de estresse e diminuição da qualidade de vida também por parte dos familiares, mostrando que a presença do transtorno em um familiar, limita a convivência social dos outros membros da família. A comparação entre o grupo de familiares de pessoas sem doenças psiquiátricas e familiares de pessoas com TAS, mostrou maior tendência nestes a perderem dias de trabalho para acompanhar o paciente em consultas médicas, menor participação social e maior tempo dedicado aos cuidados com o familiar portador do transtorno.

Lecrubier et al. (2000), com base em um estudo de revisão, destacou outras características dos prejuízos associados ao TAS, como as limitações na ascensão profissional quanto ao ocupar cargos administrativos e manter-se empregado, as dificuldades para iniciar e manter relações afetivas, para participar de atividades de lazer e procurar ajuda de profissionais.

Estudando as limitações na ascensão profissional, a manutenção do emprego e a renda familiar, Patel et al. (2002) analisaram dados de uma Pesquisa Populacional de Morbidade Psiquiátrica conduzida com 8501 pessoas sem transtornos psiquiátricos, em comparação com 63 pessoas com TAS. Destas, 27 pessoas apresentavam comorbidades tais como: a depressão,

o transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos psicóticos, avaliadas por meio da *Clinical Interview Schedule-Revised* (CIS-R). O estudo mostrou que as pessoas com diagnóstico de TAS experimentaram prejuízos na vida pessoal, acadêmica e profissional, além de dificuldades nos relacionamentos afetivos, sendo a maioria separada, divorciada ou solteira. As pessoas com TAS mostraram maior tendência a serem dependentes financeiramente de familiares e a estarem desempregadas. Observaram ainda que os níveis de prejuízos foram mais graves no grupo de TAS com comorbidades quando comparados ao grupo de TAS sem comorbidades.

Wittchen e Beloch (1996) conduziram um estudo comparando pessoas com TAS às pessoas sem transtornos psiquiátricos, avaliando a influência do TAS na qualidade de vida e o impacto econômico do TAS com base nos índices de produtividade e no uso de serviços de saúde. Neste estudo, avaliaram 130 pessoas da comunidade, sendo 65 pessoas com diagnóstico exclusivo de TAS, outras 65 pessoas que não preencheram critérios para TAS ou para outros transtornos psiquiátricos, pareados quanto ao sexo e a idade. Foram excluídos transtornos psiquiátricos prévios ou atuais, comorbidades comumente associadas ao TAS além de indivíduos com TAS subclínico, completando o que os autores chamaram de grupo TAS puro. Para a condução do estudo, foram usados como instrumentos o Medical Outcomes Short-Form Health Survey - SF-36 para a avaliação da qualidade de vida geral, a *Liebowitz Disability Self Rating Scale* (LDSRS) para avaliação de prejuízos funcionais e incapacidades associadas ao TAS, a *Reilly Work Productivity and Impairment Questionnaire* (WPAI) para mensurar a produtividade no trabalho e o *Health Service Use Inventory* (HSUI) para a informação sobre o uso de serviços de saúde ao longo da vida.

Os referidos autores constataram que as pessoas com TAS apresentaram significativa diminuição na qualidade de vida relacionada às áreas do desempenho escolar, do auto-cuidado e das relações afetivas. Quanto à produtividade no trabalho, destacaram que esta se mostrou

fortemente comprometida quando comparada ao grupo de pessoas sem TAS. No grupo de pessoas com TAS, foram significativamente mais frequentes o desemprego, o absenteísmo e os prejuízos no desempenho profissional. As atividades de auto-cuidado também se mostraram comprometidas, contribuindo para a diminuição da qualidade de vida em pessoas com o transtorno. Quanto ao uso dos serviços de saúde, apenas um terço das pessoas com TAS havia recebido algum tipo de assistência ao longo da vida, sendo as intervenções farmacológicas as mais frequentes.

Em outro estudo, conduzido por Wittchen et al. (2000), foram avaliadas as dificuldades psicossociais e funcionais, os prejuízos e o impacto do TAS para a qualidade de vida geral dos portadores por meio da SF-36. Para tanto, foram avaliados 150 jovens com idade entre 14 e 24 anos provenientes de amostra da comunidade, sendo 65 com diagnóstico de TAS sem comorbidades, 51 com TAS associado a comorbidades, e 34 pessoas que não preencheram todos os critérios para o diagnóstico de TAS, incluídas no grupo TAS subclínico. Tendo como objetivo relacionar o desempenho do grupo de TAS sem comorbidades com um grupo de pessoas com doença de curso flutuante e crônico, foi incluído um grupo de 65 pessoas com história de infecção por herpes, que não preencheram critérios para o TAS ou para outros transtornos psiquiátricos, pareadas quanto à idade e sexo. Para a composição das amostras, os participantes foram avaliados por entrevistadores experientes e devidamente treinados para o uso da *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) e dos outros instrumentos usados no estudo: SF-36, LDSRS, WPAI e do HSUI.

Os resultados do referido estudo destacaram que o grupo de portadores de TAS sem comorbidade, apresentou indicadores de significativo prejuízo na qualidade de vida nos domínios relacionados à saúde geral, ao funcionamento social, a vitalidade e a saúde mental. As pessoas com TAS provenientes do grupo sub-clínico mostraram resultados parecidos aos do grupo de pessoas com TAS sem comorbidades, enquanto que para o grupo de TAS com

comorbidades, os níveis de prejuízos foram acentuadamente mais graves na maioria dos domínios da SF-36 e da LDSRS. Observaram que as pessoas com TAS referiram importantes limitações profissionais e conseqüentes limitações quanto aos recursos financeiros. Destacaram que os indivíduos com TAS gastaram mais com serviços de saúde e ganharam menos, referindo dificuldades em conseguir emprego e nas relações de trabalho, além de perda da produtividade. Tais prejuízos foram avaliados como piores ao longo da vida quando comparados ao momento atual, provavelmente devido ao prejuízo cumulativo do transtorno, que incide sobre o comportamento adaptativo dos participantes. Com base nestes dados concluíram que o TAS é um transtorno de evolução crônica, que compromete significativamente as relações sociais e o desempenho nas atividades da vida cotidiana.

Outros estudos como os de Kessler (2003), Lipsitz e Schneier (2000), Lochner et al. (2003) e Mendlowicz e Stein (2000), também observaram associação consistente entre a presença de TAS e dificuldades nos papéis que o indivíduo desempenha na vida, como a baixa produtividade no trabalho, prejuízos no funcionamento social e nas relações afetivas, com dependência financeira de familiares e prejuízos na qualidade de vida. Constataram que as pessoas com TAS relataram possuir poucos amigos, ter o apoio social comprometido e apresentaram maior tendência a serem solteiros e viverem sozinhos.

A vida acadêmica foi estudada por Ameringen, Mancini e Farvolden (2003) com 201 pessoas com diagnóstico de transtorno de ansiedade, avaliando a associação entre abandono escolar e a presença de ansiedade, inclusive de TAS. Os participantes foram avaliados quanto à presença de depressão, de prejuízos no ajustamento social e a sintomas de ansiedade por meio dos instrumentos: *Beck Depression Inventory* (BDI), *Stait-Trait Anxiety Inventory* (STAI), *Fear Questionnaire* (FQ), *Social Adjustment Scale* (SAS) e a *Social Disability Scale* (SDS). Observaram que para 48,8% dos indivíduos foi identificada a associação entre abandono escolar prematuro e a presença de indicadores de ansiedade. Dentre estas pessoas,

61,2% apresentavam histórico de TAS recente ou ao longo da vida, 34,8% dos participantes referiram que as preocupações e a ansiedade motivavam atrasos e os mantinham em casa, impedindo-os de freqüentar a escola.

As avaliações mostraram que as razões mais freqüentes para o abandono escolar estavam relacionadas a sentir-se nervoso em sala de aula ou na escola, necessidade de trabalhar para ser independente, perda de interesse pela escola, temor de falar na frente dos colegas da classe, timidez frente ao professor e ao abuso de álcool ou drogas. Concluíram que os transtornos de ansiedade, especialmente o TAS generalizado, foi fortemente associado ao abandono precoce da escola, evidenciando a necessidade de diagnóstico preciso e tratamento efetivo.

A relação entre a qualidade de vida e a gravidade dos sintomas, a variação da qualidade de vida frente aos subtipos do TAS e a eficácia da terapia cognitivo-comportamental, foram estudados por Safren et al. (1996-1997). Para tanto, avaliaram de forma sistemática, 44 pessoas com diagnóstico de TAS, identificadas por meio das entrevistas estruturadas do DSM-III-R e do DSM-IV e avaliadas quanto à percepção da qualidade de vida e do ajustamento social por meio dos seguintes instrumentos: *Quality of Life Inventory* (QOLI), *Social Anxiety Scale* (SAS), *Social Interaction Anxiety Scale* (SIAS), *Social Phobic Scale* (SPS), *Personality Disorders Examination -DSM-III-R*, BDI, STAI e do FQ. Todos os participantes do estudo foram tratados em grupo, tendo como abordagem terapêutica a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC); foram avaliados no momento anterior e posterior a tal intervenção por avaliadores independentes e cegos em relação ao diagnóstico dos participantes.

Os referidos autores ressaltaram que as pessoas com TAS avaliaram sua qualidade de vida como significativamente pior, quando comparadas a uma amostra de pessoas sem transtornos psiquiátricos, com características demográficas semelhantes. Em relação à

percepção da qualidade de vida antes e após o tratamento com terapia cognitivo-comportamental, o estudo mostrou que o escore da medida de qualidade de vida avaliada por instrumentos, foi significativamente maior após o tratamento, mostrando não somente a melhora do sofrimento relacionado aos sintomas, mas também da percepção de melhora da qualidade de vida geral.

Em outro estudo, Stein e Kean (2000) avaliaram os prejuízos funcionais, a qualidade de vida de pessoas com TAS e a relação destes prejuízos com a depressão maior. Para este estudo, foram analisados os dados referentes à pesquisa epidemiológica realizada para a identificação de transtornos psiquiátricos numa comunidade canadense, conduzida com o Suplemento de Saúde Mental – Pesquisa de Saúde de Ontário. Foram analisados dados de 8116 pessoas, avaliadas por meio da CIDI e separadas quanto aos subtipos do TAS e a presença de depressão maior. A avaliação dos prejuízos funcionais e da insatisfação quanto as atividades cotidianas foi realizada através de questões do Suplemento de Saúde Mental e a avaliação da qualidade de vida, por meio da *Quality of Well-Being Scale* (QWBS).

Os referidos autores observaram que as pessoas com TAS relataram maiores prejuízos funcionais, menor satisfação com a vida e menor percepção de bem estar quando comparadas às pessoas sem o transtorno. A depressão maior e as diferenças sócio-demográficas tiveram pequena contribuição para este resultado, sendo observado que a depressão não mostrou significância estatística na relação com os domínios relativos a prejuízos nas atividades cotidianas, nas relações inter-pessoais e no desempenho escolar. Destacaram que o impacto negativo nas atividades diárias, descrito como prejuízo funcional e a redução da qualidade de vida de pessoas portadoras de TAS apontaram para a necessidade de ações e políticas de saúde, que incluam o tratamento e a prevenção.

A análise dos estudos apresentados mostra que a insatisfação com a vida e as dificuldades apresentadas pelas pessoas com TAS estão fortemente relacionadas a prejuízos

que incidem em atividades diversas que compõem o dia-a-dia, como a educação, o trabalho, o lazer, o auto-cuidado, os relacionamentos sociais, familiares e afetivos. Desta forma, pode-se depreender que o TAS está associado a comprometimentos que prejudicam tanto a percepção de bem estar, como a participação e o engajamento nas ocupações que organizam e sustentam a vida cotidiana.

1.3 Transtorno de Ansiedade Social: a Participação em Atividades Diárias e a Terapia Ocupacional, enquanto Prática de Saúde.

Problemas característicos do TAS como o distanciamento das relações pessoais, as dificuldades na participação em atividades profissionais, acadêmicas, de lazer, de auto-cuidado e sociais, constituem-se os prejuízos que são foco de estudo e de assistência da terapia ocupacional enquanto prática de saúde.

Dado o impacto das dificuldades vivenciadas na vida cotidiana para os portadores do TAS, em geral, pessoas jovens, em etapa de importantes aquisições escolares e profissionais, consideram-se como relevantes, as intervenções que tenham por finalidade minimizar tais prejuízos. É neste contexto que se inserem as proposições de assistência em terapia ocupacional.

Parte integrante da área de conhecimento da Saúde, a Terapia Ocupacional tem sua população alvo constituída por sujeitos excluídos de uma parte significativa das atividades sociais, onde, por diferentes motivos, suas ações cotidianas foram alteradas, interrompidas ou prejudicadas devido a doenças e suas repercussões (BENETTON, 1994).

Sob a perspectiva da terapia ocupacional, o conceito de cotidiano têm sido incorporado para descrever as inúmeras atividades que compõem o dia-a-dia e que estão relacionadas à organização e participação no trabalho, na vida privada, no lazer e descanso, nas ações e relações sociais, inseridas em um determinado meio e momento histórico.

Entende-se ainda que as ações do cotidiano tem uma coerência que é própria e individual, tendo em vista as práticas para manutenção da vida pessoal, mas também têm coerência coletiva na medida em que estas práticas são realizadas em um contexto terapêutico, visando a inclusão social. O desenvolvimento da cotidianidade é apresentado como um processo dinâmico de envolvimento do homem com as atividades de realização profissional, afetivas e sociais, recreativas e de lazer. (BENETTON; FERRARI, TEDESCO, 2003; GALHEIGO, 2003; TAKATORI, 2001; TEDESCO et al., 2003).

Visando identificar as terminologias usadas na Terapia Ocupacional para referir a participação nas atividades diárias e os distúrbios relacionados a tal participação, procedeu-se a uma breve revisão na literatura desta área, verificando uma diversidade de nomenclaturas usadas para identificar a participação em atividades cotidianas. Esta diversidade, parece refletir uma busca pelo uso de conceitos que mais se adequem aos procedimentos próprios da terapia ocupacional.

Em um estudo sobre os conceitos que fundamentam a Terapia Ocupacional, Reed e Sanderson (1999) descrevem o uso de diferentes terminologias por diferentes autores. Neste estudo, apresentam a definição proposta em 1981 por Mosey e em 1992 por Fisher, onde a habilidade de se engajar confortavelmente em atividades e tarefas diárias relacionadas ao auto-cuidado e auto-manutenção, trabalho, jogos e lazer apropriadas ao nível de habilidade em um determinado contexto sócio-cultural, abarcam o conceito denominado como função.

Baum e Edward (1995) em um artigo sobre a definição do conceito de função para a Terapia Ocupacional, ressaltam que as terminologias função ou função ocupacional, desempenho ou desempenho ocupacional são, em geral, usadas de maneira intercambiável, visto que os terapeutas ocupacionais focalizam em sua prática a função das pessoas em seus papéis ocupacionais. Para os autores, tais expressões refletem a experiência dinâmica vivida pelo indivíduo nas ocupações do dia-a-dia, no ambiente onde vivem.

Nesta direção, a Associação Canadense dos Terapeutas Ocupacionais (ACTO) (1999, p.40) nomeia “as ocupações usuais e requeridas pelo indivíduo” como função ocupacional. Neste contexto, a ocupação é entendida como sendo todas as coisas que as pessoas fazem para se ocupar, incluindo auto-cuidado, lazer, atividades produtivas e sociais em sua comunidade.

Para Kielhofner (2002), o envolvimento ou a participação em atividades desejadas e/ou necessárias para o indivíduo e que fazem parte do seu contexto sócio-cultural, abarca o conceito de participação ocupacional.

Em resposta às necessidades práticas e buscando delinear, unificar a linguagem e os construtos que descrevem o foco da Terapia Ocupacional, a Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) em 2002, desenvolveu um documento no qual define o escopo e o domínio da profissão, sugerindo terminologias para tal área. Para a AOTA, o envolvimento em ocupações da vida diária relacionadas ao auto-cuidado, a auto-mantenção, as atividades educacionais, jogos, lazer e a participação social é identificado como desempenho ocupacional.

Por sua vez, as dificuldades e limitações na participação e no envolvimento com as atividades do dia-a-dia em um determinado contexto, tem sido identificadas nos estudos de Terapia Ocupacional como disfunção, disfunção ocupacional, disfunção no desempenho ocupacional, limitação funcional, prejuízo funcional ou ainda desorganização cotidiana.

Constata-se, ao verificar toda essa literatura que os termos função, função ocupacional, participação ocupacional, desempenho ocupacional e ação cotidiana, guardam aproximações quanto ao conteúdo descritivo e suas diferenças quanto à nomenclatura, parecem refletir as diferentes abordagens teóricas que estão implícitas à prática dos terapeutas ocupacionais.

Tendo em vista que a literatura sobre o TAS traz as terminologias funcionalidade e prejuízos na funcionalidade ou disfunção para identificar o impacto do transtorno nas

atividades do dia-a-dia, faz-se necessário identificar tais terminologias, também na literatura da terapia ocupacional, traçando assim um paralelo que possibilite explicitar as terminologias adotadas no presente estudo.

As expressões função e disfunção, aparecem na literatura de Terapia Ocupacional isoladas ou associadas a outras palavras, como pode ser observado nas expressões função/disfunção ocupacional, função, prejuízo funcional, funcionalidade, limitação funcional, *status* funcional, entre outras.

Para Reed e Sanderson (1999), o conceito de função expressa, na literatura da Terapia Ocupacional, dois conceitos distintos, ora descrevendo a habilidade e o engajamento do indivíduo nas tarefas diárias necessárias e requeridas, ora descrevendo a ação relacionada à partes do corpo ou de estruturas corporais, como nas expressões: função sensorial, função motora, função manual, função psíquica, função nas atividades de vida diária. Os autores discutem ainda que o uso ambíguo e indiscriminado da palavra função, pode levar à confusão de conceitos, tornando difícil a definição e consequentemente sua compreensão.

Considera-se, tendo por base os métodos ou teorias da técnica em terapia ocupacional, que os termos função e funcionalidade quando não são utilizados para referir o funcionamento físico e as atividades do cotidiano, podem ser utilizados com mais independência nas pesquisas, especialmente quando são definidos de modo a contextualizar a aplicação e o uso. a exemplo do que ocorre nos protocolos de avaliação de TAS.

De forma mais específica, como proposto por BENETTON; TEDESCO; FERRARI (2003) sob a perspectiva do Método Terapia Ocupacional Dinâmica, considera-se que as atividades que organizam a vida cotidiana se constituem no objeto central de estudo e prática da terapia ocupacional. Dentro do campo de conhecimento teórico, focalizam a relação do indivíduo com as atividades do dia-a-dia e a qualidade de sua sustentação social. Na prática clínica, propõem o uso de atividades, privilegiando a ampliação de espaços mentais, físicos ou

sociais mais saudáveis. Tal Método, não prevê uma classificação de dificuldades ou impossibilidades em termos de função e disfunção específica, valorizando o diagnóstico situacional descritivo, de tal forma que se possa perceber em que aspectos acontecem os prejuízos do dia-a-dia.

Corroborando com essa linha de pensamento, em um estudo sobre o raciocínio clínico dos terapeutas ocupacionais, Mattingly (1991) ressalta que o conceito de disfunção vem sendo modificado, passando de uma compreensão fisiológica à compreensão da experiência do indivíduo frente a doença e todos os significados pessoais que tal experiência envolve. A autora observa ainda que as condições fisiológicas têm sido colocadas em segundo plano, ficando a compreensão da disfunção relacionada a algo que interrompe e altera de forma irreversível a história de vida do indivíduo.

Para Mattingly (1991), é fundamental para o terapeuta ocupacional compreender como o indivíduo está convivendo com sua disfunção e qual a sua experiência com a doença, visando oferecer oportunidades para a reconstrução de sua história de vida, visto que esta se modifica após a vivência da disfunção.

Quanto à experiência e a convivência com a disfunção, considera-se que os portadores de TAS, por apresentarem dificuldades quanto a participação social e as restrições de um cotidiano empobrecido de projetos pessoais, de amigos, de passeios, de estudos e trabalho, constituem-se em uma população alvo que pode se beneficiar de práticas assistenciais da terapia ocupacional. Para tal faz-se necessário a utilização de instrumentos validados para a avaliação dos prejuízos funcionais, independentemente de terem sido construídos no contexto da terapia ocupacional, como é o caso dos instrumentos utilizados no estudo em questão para a avaliação de casos de TAS.

Em relação à assistência especializada para pessoas com TAS, Connor et al. (1999) observam que apesar destas pessoas vivenciarem intensas limitações nas atividades diárias,

elas têm dificuldades de procurar e obter ajuda, por evitarem as situações de interação social e pelo medo da avaliação negativa de suas atitudes, se sentindo envergonhadas e ansiosas diante da situação de consulta com o profissional da saúde. O medo de serem criticados ou avaliados negativamente faz com que muitos indivíduos com TAS procurem ajuda especializada somente quando os sintomas já se intensificaram, as comorbidades apareceram e as atividades da vida cotidiana foram gravemente prejudicadas.

Neste sentido, para o diagnóstico clínico e tratamento dos prejuízos relacionados ao TAS, faz-se necessário a identificação de indicadores de tais prejuízos no desempenho de atividades que sustentam a organização cotidiana, de modo a planejar e aplicar práticas de saúde, dentre estas as de terapia ocupacional. Para tal, as escalas de avaliação de prejuízos funcionais, por fornecerem medidas aferidas e sistemáticas, têm uma relevante contribuição por permitirem a comparação de grupos contrastantes quanto à presença de sintomas de ansiedade social e, das mesmas pessoas em momentos diversos, em pesquisas que focalizam a intervenção. Em nosso meio considera-se que há uma carência de instrumentos que avaliem de forma confiável os prejuízos funcionais associados ao TAS.

1.4 Escalas de Avaliação dos Prejuízos Funcionais Relacionados ao Transtorno de Ansiedade Social e a Análise das suas Qualidades Psicométricas

As escalas para avaliação dos aspectos clínicos diversos do TAS começaram a ser desenvolvidas logo após a inclusão deste diagnóstico no DSM-III (NEWNAN et al., 2003).

Em estudos sobre instrumentos de avaliação dos aspectos clínicos do TAS disponíveis na literatura, Schneier et al. (1994) e Tharwani e Davidson (2001), destacaram uma diversidade de instrumentos chamando atenção para as peculiaridades dos mesmos quanto à forma de avaliação, auto ou hetero, avaliação de aspectos específicos ou generalizados e a avaliação do prejuízo funcional associado ao TAS, tendo como foco as qualidades

psicométricas de tais instrumentos. De forma breve tratar-se-á dos conceitos básicos relativos às qualidades psicométricas dos instrumentos, a saber: validade e fidedignidade.

A psicometria, enquanto uma teoria de medida que utiliza números para mensurar fenômenos naturais, se ocupa da validade e da confiabilidade dos instrumentos de medidas de fenômenos psicológicos e de variáveis psicossociais .

Um instrumento é considerado válido quando mede o que supostamente deveria medir, considera-se que ao se medir o fenômeno, os itens medem o próprio construto estudado (BRAGA; CRUZ, 2006; PASQUALI, 2003). A avaliação da validade de um instrumento, envolve o julgamento subjetivo do pesquisador sobre o que o instrumento pretende avaliar e o julgamento operacional, que em geral, compara o instrumento a um critério externo, o que é expresso por graus de correlação (ALCHIERI; CRUZ, 2003; GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000; PASQUALI, 2003; TYRER; HENDERSON; MCDERMOTT, 1993).

Um outro procedimento usado na avaliação de instrumentos é a análise fatorial, definida como uma técnica estatística multivariada usada para agregar ou reduzir um conjunto de variáveis num fator ou indicador específico. A análise fatorial, permite explicar a correlação ou covariância entre um conjunto de variáveis, identificando um conjunto menor de variáveis agrupadas em fatores, que podem ser usados para referir o fenômeno no lugar das variáveis originais (GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000; PEREIRA, 2004). Segundo Floyd e Widaman (1995) as técnicas mais usadas para a representação das variáveis originais em um número mais reduzido de fatores ou componentes são: a) a Análise dos Componentes Principais, a qual visa resumir os componentes em um número reduzido de fatores, de modo a explicar o máximo de variância das variáveis originais; e b) a Análise Fatorial que busca identificar os fatores latentes que explicam a intercorrelação entre as

variáveis. Destacam que por vezes tais procedimentos são nomeados e utilizados sem tal distinção de objetivo.

Quanto a confiabilidade, esta diz respeito à precisão, a estabilidade e a fidedignidade das medidas, verificando a capacidade do teste de medir sem erros, de produzir resultados idênticos e estáveis no tempo. A confiabilidade da medida é referida por diferentes nomes que estão relacionados ao conceito de confiabilidade ou ao tipo de técnica utilizada para a coleta das informações, podendo ser nomeada como fidedignidade, consistência interna, constância, equivalência, precisão e estabilidade (BRAGA; CRUZ, 2006; PASQUALI, 2003). Denomina-se precisão ou fidedignidade a estabilidade do teste em manter o resultado depois de um certo tempo, ou a sua homogeneidade quanto aos itens avaliarem o mesmo constructo.

A consistência interna, enquanto uma técnica de estimativa de precisão, é comumente usada para verificar a congruência ou inter-relação que cada item do teste guarda com o conjunto de itens do mesmo teste. Para tal avaliação, o coeficiente alfa de Cronbach é, em geral, a estatística mais usada, tendo em vista ser este, um coeficiente geral que indica o grau de correlação, de congruência ou estabilidade dos itens (ALCHIERI; CRUZ, 2003; CORTINA, 1993; PASQUALI, 2003).

Atualmente, dentre os instrumentos mais utilizados encontram-se as escalas, que segundo Alchieri e Cruz, (2003) medem ou descrevem os fenômenos psicológicos tendo por suposição que os traços são dimensões de diferentes grandezas.

Para a finalidade deste estudo, serão abordadas escalas que objetivam a avaliação dos prejuízos funcionais associados ao TAS, a seguir serão apresentados alguns instrumentos, descrevendo as suas características técnicas, abordando o alcance dos mesmos para a avaliação dos prejuízos funcionais.

Dentre estes instrumentos, a *Sheehan Disability Scale* (SDS), uma escala breve, constituída de três itens inter-relacionados que abrangem três domínios (trabalho/escola,

funcionamento social e vida familiar/responsabilidades domésticas) em uma escala analógica de 11 pontos, tem sido amplamente usada visando avaliar a associação entre a gravidade dos sintomas psiquiátricos e o prejuízo funcional e social (HAMBRICK et al., 2004; SCHNEIER et al., 1994).

Outra escala, a *Social Adjustment Scale* (SAS), é um instrumento relativamente extenso, constituída por 64 itens, requerendo maior tempo de aplicação, foi originalmente desenvolvida para avaliar o ajustamento social em pacientes com depressão e o seu desempenho na avaliação de pessoas com TAS foi pouco avaliado (SCHNEIER et al., 1994).

A *Medical Outcome Study Short Form* (MOS) foi desenvolvida para avaliar prejuízos funcionais relacionados a depressão e a doenças orgânicas. A escala MOS tem sido freqüentemente usada para avaliar os prejuízos funcionais associados ao TAS, porém, Schneier et al. (1994) discutem que esta escala contém perguntas que requerem comparação entre o prejuízo atual e um funcionamento prévio normal, dificultando ou impossibilitando aos indivíduos portadores de TAS responderem a estas questões pelo fato deste ser um transtorno crônico e de início precoce.

Schneier et al. (1994) destacaram ainda que, em geral, as escalas propostas para avaliar prejuízos funcionais relacionados aos Transtornos de Ansiedade, inclusive ao TAS, focalizam predominantemente os sintomas da doença e não especificamente os prejuízos, comentando que pacientes com o mesmo tipo e a mesma intensidade de sintomas de ansiedade, podem apresentar níveis deferentes de prejuízos funcionais. Exemplificam com a *Liebowitz Panic and Social Phobia Disorders - Severity of Illness Rating Form* (LPSPD-S), que envolve a avaliação por parte do paciente da gravidade de seus sintomas relacionados ao TAS.

Os referidos autores discutem que, apesar dos prejuízos funcionais, relacionados ao TAS serem amplamente relatados, a área carece de estudos sistemáticos e específicos e de

instrumentos validados que avaliem tal condição. Visando contribuir para a identificação de tais prejuízos, um grupo de pesquisadores incluindo o próprio Michael R. Liebowitz, propuseram duas escalas para a avaliação específica do impacto do TAS nas atividades usuais do dia-a-dia, sendo uma de auto-avaliação, denominada originalmente de *Liebowitz Disability Self-Rating Scale* (LDSRS), e uma de hetero-avaliação, denominada originalmente de *Disability Profile/ Clinician-Rated* (DP).

Tendo em vista a validação das escalas propostas, o grupo de pesquisadores avaliou 32 pacientes com TAS e 14 sujeitos sem doença psiquiátrica e observaram que os portadores de TAS avaliaram de moderado a grave os prejuízos nas áreas referentes à escola, trabalho, relações familiares, namoro/casamento, amizades/rede social e outros interesses. Esta investigação mostrou concordância com dados de outras pesquisas que também apontaram para a associação do TAS à intensos prejuízos no desempenho da vida cotidiana (SCHNEIER et al., 1994).

Tanto a LDSRS quanto a DP, mostraram significativa diferença entre os resultados obtidos por pessoas com TAS e sem TAS, apontando para a capacidade das escalas de detectar os prejuízos associados ao TAS, mostrando boa validade de critério.

A avaliação da confiabilidade mostrou que as escalas tiveram boa consistência interna, tendo em vista que a DP apresentou alfa de Cronbach de 0.87 para a avaliação das duas últimas semanas e 0.90 para a avaliação no curso da vida e a LDSRS apresentou alfa de Cronbach de 0.92 para a avaliação dos dois momentos (SCHNEIER et al., 1994).

A falta de uma medida padrão ou “padrão ouro” para avaliar os prejuízos funcionais associados ao TAS levou Schneier et al. (1994) a estudarem a correlação da LDSRS e da DP com medidas de prejuízos na funcionalidade por meio da SDS e da LPSPD-S, com medidas de gravidade dos sintomas do TAS, usando a *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS) e a

Clinical Global Impressions-Severity of Illness Scale (CGI-S) e com medidas de suporte social através da *Duke Social Support Index* (DSSI). As escalas avaliadas mostraram alta correlação com as medidas de prejuízos funcionais, sendo observado na correlação com a SDS, coeficiente de variação r de 0,56 a 0,79 para a DP, e de 0,56 a 0,73 para a LDSRS. A correlação com a LPSPD-S, mostrou coeficiente de correlação de 0,68 para a DP e 0,62 para a LSRDS, sugerindo que as escalas avaliadas foram similares a SDS e a LPSPD-S quanto à capacidade de avaliar prejuízos funcionais.

De forma semelhante ao observado quanto às medidas de prejuízo funcional, a correlação com as medidas de gravidade dos sintomas, foram altas, com coeficiente de correlação entre a CGI-S de 0,81 para a DP e 0,84 para a LDSRS. Já a correlação com a LSAS mostrou-se menor, com coeficiente de correlação variando de 0,60 a 0,65 para a DP e de 0,37 a 0,39 para a LSRDS. Tais dados, sugerem que as pessoas com TAS percebem a gravidade do TAS como fortemente relacionada com os prejuízos na participação e desempenho das atividades diárias. Quanto à correlação com a medida de suporte social, as duas escalas avaliadas não mostraram correlação, sugerindo que os prejuízos funcionais independem da rede de suporte social ou da interação social, mostrando validade discriminativa em relação a estas características (SCHNEIER et al., 1994).

Uma revisão sistemática da literatura, mostrou que a LDSRS e a DP são referência básica para a avaliação específica dos prejuízos funcionais associados ao TAS, como pode ser observado nos estudos relatados a seguir.

Hambrick et al. (2003, 2004) e Quilty et al. (2003), conduziram estudos utilizando a *Liebowitz Disability Self-Rating Scale* e a *Disability Profile/ Clinician-Rated*, objetivando avaliar as qualidades psicométricas e os prejuízos funcionais associados à Transtornos de Ansiedade, inclusive ao TAS.

Partindo do pressuposto que os construtos qualidade de vida e prejuízos funcionais têm sido fortemente relacionados e usualmente usados como sinônimos nos estudos sobre transtornos de ansiedade, Hambrick et al. (2003), conduziram um estudo objetivando verificar se tais construtos devem ser avaliados como uma única dimensão ou se requerem avaliação separada. Para isso, avaliaram 96 pessoas com diagnóstico de TAS por meio da Entrevista Clínica Estruturada do DSM-IV (SCID-IV). Analisaram a correlação entre medidas de qualidade de vida, por meio do *Quality of Life Inventory* (QOLI), medidas de avaliação de sintomatologia com a *Social Interaction Anxiety Scale* (SIAS) e medidas de prejuízos funcionais por meio da SDS, da *Liebowitz Disability Self-Rating Scale* e da *Disability Profile/Clinician-Rated*. Realizaram a correlação entre as medidas de prejuízos funcionais, sintomatologia e qualidade de vida, destacando que as medidas de prejuízos funcionais mostraram-se fortemente relacionadas. Procederam então, ao estudo da análise de regressão conduzida por meio das medidas de qualidade de vida, sintomatologia e de prejuízos funcionais e constataram que as medidas de prejuízos funcionais e de qualidade de vida, descreveram fenômenos distintos e que os prejuízos funcionais podem ser entendidos como mediadores da expressão dos sintomas e da percepção da qualidade de vida. Observaram que quanto maior a intensidade de sintomas relacionados ao TAS, maiores os prejuízos funcionais e menor a qualidade de vida.

Quilty et al. (2003) se propuseram a avaliar as propriedades psicométricas de escalas de avaliação de prejuízos associados ao transtorno de ansiedade usando o modelo de equação estrutural, visando detectar o peso das dimensões das variáveis na avaliação de tais prejuízos. Para tanto, avaliaram 360 pessoas portadoras de transtorno de ansiedade, por meio da Entrevista Clínica Estruturada do DSM-IV, do DSM-III-R (*Global Assessment of Functioning* - GAF) e dos seguintes instrumentos: *Sheehan Disability Scale* (SDS), *Social Adjustment Scale-Self Report* (SAS-S), *Liebowitz Disability Self-Rating Scale*, *Medical Outcome Study*

Short Form (MOS), Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Liebowitz Clinician-Rated Disability Profile.

Constataram que as principais dimensões a serem avaliadas envolvem o funcionamento no trabalho, nos relacionamentos e na atividade fora do trabalho. Quanto à contribuição dos instrumentos para o modelo estrutural, os autores destacaram a SDS como um instrumento de medida adequado por ser conciso, eficiente e suficiente para avaliar os prejuízos associados aos transtornos de ansiedade, comumente avaliados por instrumentos longos ou muito detalhados como a SAS e o MOS. Porém, destacaram que as dimensões avaliadas pela SDS, não foram suficientes para avaliar com especificidade pessoas com TAS, visto que estas, apresentam dificuldades que necessitam instrumentos que abordem características específicas, exemplificam tal especificidade com o fato das pessoas com TAS apresentarem maiores prejuízos nas relações e nas atividades fora do trabalho e com pessoas estranhas, quando comparadas às pessoas com Transtornos de Pânico e Obsessivo Compulsivo.

Objetivando avaliar se as dificuldades funcionais estão relacionadas ao TAS em si ou às consequências da associação com as comorbidades, principalmente à depressão, Hambrick et. al. (2004), conduziram um estudo visando investigar a consistência interna, a validade e a sensibilidade da LDSRS, da DP e da SDS.

Para tanto, foram avaliadas 153 pessoas com diagnóstico principal de TAS, selecionadas em Clínicas ou Centros Universitários de Estudo e Tratamento das Desordens de Ansiedade, utilizando como instrumentos a Entrevista Clínica Estruturada do DSM-IV e a LDSRS, a DP, a SDS e a BDI. Para a seleção da amostra, adotaram cuidados metodológicos importantes como a randomização, o uso de avaliadores experientes em pesquisa e cegos em relação aos diagnósticos e a avaliação por meio de instrumentos que mostraram boas qualidades psicométricas em estudos prévios. Constataram que a LDSRS, a DP e a SDS

mostraram boa capacidade de mensuração dos prejuízos funcionais relacionados ao TAS, no entanto, em relação a sensibilidade, a LDSRS e a DP, foram mais sensíveis para detectar os indicadores de prejuízos associados a ansiedade social. Quanto a qualidade psicométrica dos instrumentos utilizados, relataram que a consistência interna da LDSRS mostrou nas duas últimas semanas e no curso da vida alfa de Cronbach de 0,75 e 0,82 respectivamente, a DP apresentou alfa de Cronbach de 0,71 para as categorias nas duas últimas semanas e 0,79 para curso da vida. A SDS mostrou menor consistência interna, mostrando alfa de Cronbach de 0,55. Para cada uma das escala, foi avaliada a correlação dos itens com o escore total, objetivando investigar como cada item contribuiu para o total dos escores. Nesta avaliação a LDSRS variou de 0,38 a 0,65 para a categoria nas duas últimas semanas e 0,41 a 0,62 para a categoria curso da vida, a DP mostrou variação de 0,22 a 0,62 para a avaliação nas duas últimas semanas e 0,32 a 0,62 para curso da vida. A variação da correlação da SDS foi de 0,27 a 0,51.

Os referidos autores relataram que as medidas de prejuízos funcionais tiveram alta correlação, sendo que a LDSRS e a DP apresentaram maior correlação com o escore total da SDS que com os domínios trabalho e incapacidade social. Ressaltaram ainda que as medidas de prejuízos funcionais foram fortemente relacionadas às medidas de ansiedade social, de depressão e de qualidade de vida. Quanto à situação demográfica, as pessoas com menor índice de escolaridade, separadas ou solteiras, apresentaram mais prejuízos em comparação com as pessoas casadas e com maior escolaridade; com relação à etnia e ao gênero, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. A depressão foi a variável que mais contribuiu para o aumento dos prejuízos funcionais, tendo por base a análise de regressão quanto ao peso das variáveis. No entanto, observaram que mesmo após o controle desta variável, as medidas de prejuízo ainda apresentaram variância estatisticamente significativa,

concluindo que as dificuldades nas atividades que sustentam o cotidiano, são relacionadas ao TAS e não decorrem das comorbidades comuns a este transtorno.

Os estudos de Hambrick et al. (2004), Schneier et al. (1994) e Quilty et al. (2003) demonstraram a necessidade de instrumentos validados e específicos para a avaliação dos prejuízos funcionais relacionadas ao TAS, ressaltando as boas qualidades psicométricas dos instrumentos LDSRS e DP como referência para a avaliação de tais prejuízos.

Ao analisar os achados destes estudos, constata-se que a avaliação dos prejuízos funcionais permitiu identificar os domínios da vida cotidiana que foram influenciados pelo TAS.

No contexto da saúde mental o uso de instrumentos aferidos quanto as suas qualidades psicométricas, constitui-se em um recurso favorecedor de maior precisão quanto aos procedimentos de diagnóstico e de intervenção. No Brasil, não se dispõe de instrumentos traduzidos e adaptados para o português, estudados quanto às suas qualidades psicométricas, que avaliem especificamente os prejuízos funcionais associados ao TAS.

Sob essa perspectiva, a pesquisadora, enquanto terapeuta ocupacional, reconhece a necessidade de instrumentos que avaliem de modo sistemático os prejuízos funcionais, o impacto do TAS para as atividades que organizam e sustentam a vida cotidiana e, se propõe a validá-los como forma de contribuir para instrumentalizar as práticas de terapia ocupacional, especificamente na área de saúde mental.

2 OBJETIVOS

Tem-se por objetivo geral avaliar a associação do TAS a prejuízos funcionais nas atividades cotidianas, em uma população de adultos jovens brasileiros, estudantes universitários, por meio de instrumentos aferidos quanto às suas qualidades psicométricas, tendo como referência a avaliação realizada por profissionais da área de Saúde Mental e a auto-avaliação realizada pelos mesmos.

Como objetivos específicos, têm-se:

Estudo 1: Comparação entre Grupos

- a) traduzir e adaptar para o português do Brasil a *Disability Profile /Clinician- Rated*, escala de avaliação do TAS por profissionais de saúde;
- b) traduzir e adaptar para o português do Brasil a *Liebowitz Disability Self-Rating Scale*, instrumento de auto-avaliação do TAS;
- c) verificar as qualidades psicométricas das referidas escalas, relativas à fidedignidade e validade;
- d) caracterizar e comparar as condições de saúde mental apresentadas por estudantes portadores de TAS com a de não portadores (Não casos), por meio de um instrumento de rastreamento, validado para a população brasileira.

Estudo 2: Estudo de Casos

- a) integrar, sob a forma de estudos de casos, informações relativas às escalas e entrevistas semi-estruturadas realizadas com participantes diagnosticados com TAS, visando exemplificar e caracterizar diferentes condições de manifestações de ansiedade social, quanto aos prejuízos funcionais e ao impacto da doença para o

desempenho acadêmico e profissional, as relações interpessoais, o lazer, o autocuidado, a saúde e os projetos de vida.

3 MÉTODO

3.1 Caracterização da Situação do Estudo

Esse estudo é parte de uma pesquisa mais ampla, desenvolvida desde 2004, que objetivou a avaliação sistemática dos aspectos epidemiológicos e clínicos do TAS, por meio de instrumentos de auto e hetero avaliação, em uma população de estudantes universitários, de ambos os sexos, com idade entre 17 e 35 anos, independentemente do nível sócio-econômico, matriculados em diversos cursos da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FMRP-USP), da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) e da Universidade de Franca (UNIFRAN). Tal escolha, abarca uma diversidade de universitários desta região, contribuindo assim, para uma amostra representativa da população universitária da região. Este estudo maior, teve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em dezembro de 2003 (Processo- CEP- 11570/2003-HCRP) (Anexo A). Descrever-se-á a seguir algumas características das instituições fonte de participantes, no momento da realização do estudo.

A FMRP-USP, caracteriza-se como uma instituição universitária pública, situada na cidade de Ribeirão Preto, no nordeste do estado de São Paulo-Brasil. Oferece os seguintes cursos: Medicina, Fonoaudiologia, Nutrição e Metabolismo, Terapia Ocupacional, Fisioterapia e Informática Biomédica, sendo este último curso, oferecido conjuntamente com a FFCLRP – USP, totalizando 260 vagas ao ano (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-USP, 2004a).

A FFCLRP - USP, também localizada na cidade de Ribeirão Preto, é uma instituição pública, integrada ao Campus da USP de Ribeirão Preto, oferecendo sete cursos, são eles:

Ciências Biológicas, Física Médica, Pedagogia, Psicologia, Química, Ciências da Informação e Documentação e Matemática aplicada a Negócios. A FFCLRP oferece um total de 375 vagas ao ano (USP, 2004b).

A UNIFRAN é uma universidade particular, localizada na cidade de Franca, também situada na região nordeste do Estado de São Paulo, aproximadamente 90 km da cidade de Ribeirão Preto. Oferece 11 cursos na área das Ciências Biológicas e da Saúde, 5 cursos na área das Ciências Jurídicas e Sociais, 8 cursos na área das Ciências Humanas e Artes e 7 cursos na área das Ciências Exatas e Tecnológicas, compreendendo um total de 1100 vagas oferecidas ao ano (UNIVERSIDADE DE FRANCA-UNIFRAN, 2004).

3.2 Processo de Seleção dos Participantes

A população que serviu de fonte de participantes para o estudo em questão, foi composta a partir da avaliação sistemática de estudantes universitários, identificados e selecionados por três psiquiatras e uma psicóloga, como portadores e por não portadores de TAS.

Para tal, em 2004, foram contatados e avaliados alunos dos diferentes cursos, a saber: a) da FMRP-USP os cursos de Medicina, de Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Nutrição e Informática Biomédica; b) da FFCLRP-USP os cursos de Psicologia, Química, Física Médica, Ciências da Informação e Documentação e Matemática Aplicada a Negócios; c) da UNIFRAN os cursos de Psicologia, Direito, Sistema da Informação, Química, Publicidade, Educação Física, Nutrição, Enfermagem, Medicina Veterinária, Farmácia, Fisioterapia e Jornalismo.

O fluxograma apresentado na figura 1 ilustra o percurso amostral.

Figura 1. Percurso amostral

Foram contatados 2613 estudantes, sendo 1181 da USP (667 da FMRP-USP e 514 da FFCLRP-USP) e 1432 da UNIFRAN, os quais estavam presentes em sala de aula no dia da apresentação do estudo e coleta de dados. Destes 2613 estudantes, 200 (7,7%) não aceitaram participar do estudo, alegando não ter interesse ou disponibilidade, sendo 64 da FMRP-USP, 66 da FFCLRP-USP, 70 da UNIFRAN. Tomou-se como critério de inclusão a idade e, de exclusão, o uso de neurolépticos e o preenchimento incompleto dos instrumentos. Aplicando-se tais critérios quanto a idade de 17 aos 35 anos, 53 (2,2%) voluntários foram excluídos. Com base no critério de exclusão por uso de neurolépticos, cinco (0,2%) foram excluídos e 41 (1,7%) foram excluídos pelo preenchimento incompleto dos instrumentos. Totalizaram 99 participantes excluídos (4,1%) da amostra inicialmente alcançada.

Obteve-se, desta forma, uma amostra final de 2314 estudantes avaliados (88,5% do total contatado), destes 1033 eram da USP (593 da FMRP-USP e 440 da FFCLRP-USP) e

1281 eram da UNIFRAN. A distribuição da amostra incluída no estudo maior em função da instituição e do curso, está apresentada no apêndice A.

Os instrumentos foram aplicados coletivamente, em sala de aula, após contato e autorização do docente responsável pela disciplina, para tanto, foram evitados dias de provas e priorizadas as disciplinas com maior número de alunos matriculados. Inicialmente, os alunos foram informados sobre os objetivos do estudo e que a participação era voluntária, aqueles que não concordaram em participar, foram dispensados, permanecendo em sala de aula somente os participantes voluntários.

Foram realizadas nesta etapa, 25 sessões de aplicação na FMRP-USP, 17 sessões na FFCLRP-USP e 47 sessões na UNIFRAN, totalizando 89 sessões de aplicação.

Após os voluntários assinarem o TCLE, receberam um caderno contendo instrumentos de auto-avaliação para identificação de dados sócio-demográficos e clínicos, relativos a ansiedade. Dentre estes instrumentos incluiu-se o *Social Phobia Inventory*, proposto e avaliado por Connor et al. (1999), traduzido e adaptado para o português do Brasil por Osório et al. (2004) como Inventário de Fobia Social (SPIN). Foi utilizada para seleção dos participantes uma forma reduzida desse instrumento denominada MINI-SPIN (MS), composta por três itens que, com base em estudo empírico de Connor et al. (2001) mostrou-se com alto poder discriminativo de sujeitos com TAS, com índices de sensibilidade de 88,7% e de especificidade de 90,0%. Em nosso meio, dois estudos avaliaram as qualidades psicométricas da MS, mostrando sensibilidade de 94% e especificidade de 46% (OSÓRIO, 2008) e consistência interna (alfa de Cronbach) de 0,81 (D'EL REY; LACAVA; CARDOSO, 2007)

Com base nessa avaliação, foram selecionados todos os participantes que preencheram os critérios para a MS positiva (n= 473 – 20,4% da amostra estudada), com base no perfil demográfico desses, selecionou-se de forma não aleatória, 183 participantes

(aproximadamente um terço do grupo MS positiva) com MS negativa (7.9% da amostra estudada) que foram emparelhados quanto às variáveis demográficas para compor o grupo de comparação, totalizando 656 participantes. Para a seleção do grupo de comparação adotou-se como critérios, além da resposta negativa na MS e do perfil demográfico, os menores escores na escala total.

Visando a confirmação diagnóstica, esses 656 participantes (28,1% da amostra estudada) foram contatados, por telefone, para responderem ao Módulo F – Módulo de Ansiedade da SCID-IV, traduzida e adaptada para o português do Brasil por Del-Ben et al. (2001). Destes, quatro desistiram de participar do estudo, três abandonaram o curso e 77 não foram localizados. Aos participantes não localizados após quatro tentativas de contato telefônico (n = 77), foram enviados e-mail e/ou cartas, solicitando-lhes o envio de um telefone para contato e um horário melhor para serem localizados. Nesta busca, foi possível a localização de 18 sujeitos, restando 59 sujeitos não encontrados.

As entrevistas telefônicas para a aplicação do Módulo F da SCID-IV foram realizadas por quatro médicos psiquiatras com razoável experiência clínica (dois a 11 anos de formados) e bom conhecimento no uso dos instrumentos, devidamente treinados para proceder às entrevistas telefônicas. Tais entrevistas foram conduzidas tendo por referência as questões da SCID-IV.

A partir dos 590 participantes avaliados por meio da entrevista telefônica do Módulo de Ansiedade da SCID, procedeu-se a seleção dos participantes, de forma aleatória, até atingir uma amostra final de no mínimo 80 sujeitos para o grupo de casos e 80 para o de não casos (amostra de conveniência). Para tal, incluiu-se 178 sujeitos que preencheram os critérios para o grupo casos de TAS, ou seja, apresentaram MS positiva e também preencheram critérios para o diagnóstico clínico do TAS, avaliados por meio da SCID-IV. Para o grupo de não casos de TAS, em função do elevado número de desistências neste grupo, foram chamados mais 20 participantes com as características definidas previamente, resultando em 194

participantes com concordância entre a MS negativa e a ausência de diagnóstico clínico para o TAS (SCID-IV), totalizando assim 372 universitários com confirmação diagnóstica.

Os 372 participantes previamente avaliados pelo Módulo F da SCID-IV, foram aleatoriamente contatados novamente e responderam a entrevista telefônica conduzida pelos mesmos psiquiatras, devidamente treinados para a aplicação dos outros módulos da SCID, visando a avaliação da presença de outras comorbidades psiquiátricas.

Foram considerados como critérios de exclusão do estudo, a presença de comorbidades psiquiátricas atuais ou pregressas, relativas a: transtornos psicóticos, dependência de substâncias psicoativas, transtornos alimentares, transtorno de pânico e transtorno depressivo recorrente. Dada a alta prevalência de comorbidades associadas ao TAS, foram incluídos participantes com história prévia de episódios de depressão, transtorno de ansiedade generalizada e outras fobias simples.

Dos 178 participantes que preencheram os critérios para TAS, 102 eram da USP e 76 da UNIFRAN, e quanto aos 194 participantes que não preencheram os critérios para o TAS, 125 eram procedentes da USP e 69 da UNIFRAN. Dos 372 contatados, 199 participantes não foram incluídos por motivos diversos, como pode ser visto no apêndice B, 73 (20%) não foram encontrados após três tentativas de contato telefônico, 95 (25%) não tiveram interesse ou disponibilidade para continuar participando do estudo, 23 (7%) foram excluídos por apresentarem comorbidades e 8 (2%) por preencherem de forma incorreta os instrumentos relativos ao estudo em questão, totalizando uma amostra de 173 participantes incluídos no estudo.

3.3 Participantes

Estudo 1: Comparação entre Grupos

Participaram do estudo 173 universitários de ambos os sexos, selecionados a partir do estudo mais amplo já referido, selecionados com base na avaliação de 372 sujeitos contatados aleatoriamente, considerando-se a presença ou ausência de indicadores de TAS por meio da escala de rastreamento MS, confirmados pelo diagnóstico clínico por meio da Entrevista Clínica Estruturada SCID-IV.

Os 173 participantes foram distribuídos em dois grupos para os estudos psicométricos e de comparação entre grupos:

- **G1 (Grupo TAS):** composto por 84 universitários portadores de TAS, nunca tratados anteriormente e não medicados especificamente em relação ao TAS.
- **G2 (Grupo Não TAS):** composto por 89 universitários que não preencheram os critérios para o diagnóstico de TAS ou para outros transtornos psiquiátricos, sistematicamente avaliados.

A Tabela 1 apresenta o perfil sócio-demográfico dos participantes.

Tabela 1- Caracterização sócio-demográfica (em frequência simples e porcentagem) dos participantes e comparação estatística entre os **grupos TAS e Não TAS**

Variável		TAS (n=84)	Não TAS (n=89)	Total (n=173)	p*
Sexo	Fem	56 66,7%	50 56,2%	106 61,3%	0,157 (NS)
	Masc	28 33,3%	39 43,7%	67 38,7%	
Idade (anos)	17-25	78 92,9%	83 93,3%	161 93,1%	0,917 (NS)
	26-35	6 7,1%	6 7,1%	12 6,9%	

continua...

Variável		TAS (n=84)	Não TAS (n=89)	Total (n=173)	p*
Situação Profissional	Estuda	78 87,6%	78 87,6%	156 90,2%	0,249 (NS)
	Trabalha e Estuda	6 7,1%	11 12,4%	17 9,8%	
Instituição	USP	63 75%	70 78,7%	133 76,9%	0,569 (NS)
	UNIFRAN	21 25%	19 21,3%	40 23,1%	
Área do Curso	Exatas	27 32,2%	32 36,0%	59 34,1%	0,843 (NS)
	Humanas	9 10,7%	10 11,2%	19 11,0%	
	Biológicas	48 57,1%	47 52,1%	95 54,9%	
Uso de Medicação**	Sim	20 23,8%	23 25,9%	43 24,9%	0,757 (NS)
	Não	64 76,2%	66 74,2%	130 75,1%	
Total	n	84 100%	89 100%	173 100%	-

χ^2 *p < 0,05; (NS)= diferença não significativa. ** Anticoncepcionais, complexos vitamínicos, anti-inflamatórios, anti-alérgicos, anti-depressivos e ansiolíticos.

Observou-se no perfil dos grupos TAS e não TAS a predominância do sexo feminino, da idade entre os 17 e 25 anos (93,1%) e de participantes que só exerciam atividades acadêmicas, sem outras atividades profissionais (90,2%). Quanto à universidade de origem, 76,9% dos alunos procediam da USP e 23,1% da UNIFRAN, sendo que a área do curso predominante foi a de Biológicas (54,9%), seguida de Exatas com 34,1%.

Quanto ao uso de medicação, 74,2% no momento da coleta não faziam uso e 24,9% relataram fazer uso de medicações diversas, predominantemente referiram o uso de:

anticoncepcionais, complexos vitamínicos, anti-inflamatórios, anti-alérgicos e um pequeno número (1,1%) referiram o uso de psicotrópicos, tais como ansiolíticos e anti-depressivos, sem o uso de neurolépticos, o que foi considerado critério de exclusão do estudo, assim como também foram excluídas pessoas medicadas para o tratamento do TAS.

A comparação estatística (Teste χ^2 , $p \leq 0,05$) dos grupos quanto às variáveis demográficas apontou para a ausência de diferenças significativas, mostrando a homogeneidade dos dois grupos estudados (casos e não casos de TAS).

Estudo 2: Estudos de Casos

Foram selecionados três participantes (uma mulher e dois homens), estudantes da USP, incluídos no estudo 1, identificados pelos instrumentos de avaliação e diagnosticados como portadores de TAS por meio da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM- IV (SCID- IV- versão clínica).

Adotou-se como critério para a escolha dos três participantes, aqueles que apresentaram os maiores escores relativos ao prejuízo funcional nas escalas de auto e de hetero-avaliação, visando exemplificar diferentes condições de manifestações de ansiedade social, conforme a caracterização a seguir:

- a) participante 1, com maior prejuízo na auto-avaliação por profissionais de saúde mental por meio da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional, quando comparado à Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional;
- b) participante 2, com maior prejuízo na hetero-avaliação por meio da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional quando comparado à Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional;
- c) participante 3, com prejuízos acentuados tanto na hetero como na auto-avaliação por meio da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional e da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional.

Foram contatados três possíveis participantes, como um recusou alegando não ter disponibilidade de horário, escolheu-se um outro participante com características semelhantes para a substituição.

3.4 Materiais e Instrumentos

Materiais

Foram utilizados protocolos impressos, canetas e gravador de áudio.

Instrumentos

- **Para a seleção dos participantes :**

Social Phobia Inventory - (SPIN) (Anexo B)

Traduzido para o português do Brasil, validado e adaptado por Osório et al. (2008) para a população universitária como Inventário de Fobia Social (SPIN), apresentou excelente avaliação quanto às qualidades psicométricas, tendo a consistência interna de 0,90 e a confiabilidade inter-avaliadores com índices entre 0,86 e 0,98.

Trata-se de um instrumento de auto-avaliação que objetiva examinar o medo, a evitação e os sintomas fisiológicos associados ao TAS por meio de 17 itens pontuados em uma escala tipo *likert* de quatro pontos. O instrumento foi proposto por Connor et al. (1999) que estudaram suas qualidades psicométricas, identificando bons indicadores de fidedignidade, consistência interna, validade convergente e validade divergente. Quanto à sensibilidade da escala, relataram capacidade em detectar a redução da sintomatologia após tratamento, mostrando a boa adequação para o uso na população clínica e não clínica.

Connor et al. (1999), com base em dados empíricos, propuseram uma forma reduzida da SPIN, denominada MINI-SPIN (MS), tendo por finalidade o uso como um instrumento de rastreamento. A forma reduzida do instrumento é composta pelos itens 6, 9 e 15 da SPIN,

sendo considerado indicativos de TAS a somatória maior ou igual a seis pontos. Esta forma reduzida do instrumento, apresentou boa sensibilidade e especificidade, além de boa capacidade de identificação do TAS.

Para a população de adolescentes, Vilete (2002) realizou um estudo de tradução e adaptação da SPIN para o português, encontrando valores aceitáveis de fidedignidade e bastante semelhantes aos obtidos com a versão original na língua inglesa.

Entrevista Clínica Estruturada para o DSM- IV (SCID- IV- versão clínica)

O instrumento foi proposto em 1997 por First et al., sendo traduzido e adaptado para o português do Brasil por Del-Ben et al. (2001). Tal instrumento é frequentemente utilizado para a elaboração de diagnósticos clínicos psiquiátricos baseados no DSM – IV, por meio de dez módulos que podem ser aplicados de forma independente ou combinada, conforme os objetivos almejados.

Nesse estudo foi utilizado, na entrevista por telefone, o Módulo F- Ansiedade do instrumento visando a confirmação diagnóstica do TAS ou Não TAS (grupo clínico e grupo de comparação). Este módulo e os outros nove módulos foram aplicados na entrevista por telefone para a avaliação das comorbidades associadas ao TAS.

- **Para a avaliação relativa ao estudo propriamente dito**

Estudo 1: Estudo de Comparação entre Grupos

Questionário de Saúde Geral-12 (QSG-12)-(Anexo C)

O QSG-12, proposto por Goldberg em 1972, foi traduzido e adaptado por Sarriera, Schwarcz e Câmara (1996). Trata-se de um instrumento de auto-avaliação, constituído por 12 itens, desenvolvido para detectar a gravidade de distúrbios psiquiátricos não psicóticos e

identificar casos potenciais destes distúrbios na população geral não clínica. Cada item da escala é respondido levando-se em conta o quanto a pessoa tem experimentado os sintomas descritos, sendo suas respostas dadas em uma escala de quatro pontos graduados entre “menos que o de costume” e “mais que o de costume”.

Vários estudos nacionais comprovaram os bons índices psicométricos deste instrumento. Destaca-se o estudo de Sarriera, Schwarcz e Câmara (1996) que identificou boa consistência interna (alfa de Cronbach de 0,80) para o conjunto total dos itens, o estudo de Borges e Argolo (2002) que confirmou a validade discriminativa e convergente e o estudo de Gouveia et al. (2003), que comprovou a validade convergente do instrumento para a avaliação de saúde mental.

A Disability Profile/ Clinician-Rated – (Instrumento Original- Anexo – D)

A *Disability Profile/ Clinician-Rated* proposta por Michael R. Liebowit no estudo original, foi avaliada quanto às qualidades psicométricas por Schneier et al. (1994). Foi traduzida e adaptada para o português do Brasil como parte dos objetivos deste estudo, sendo denominada “Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação dos Prejuízos Funcionais” (ELHPF)- (apêndice C) (MORAIS et al., 2004)¹.

Trata-se de uma escala de hetero-avaliação dos prejuízos funcionais, aplicada como guia para uma entrevista de avaliação clínica conduzida por profissional de saúde mental. O profissional avalia a presença de prejuízos vivenciados pelos sujeitos nas últimas duas semanas e no curso da vida, em consequência da presença do TAS. A escala é constituída por oito domínios: escola, trabalho, família, casamento/namoro, amizade, outros interesses, atividades da vida diária e comportamento suicida. Os itens são avaliados em uma escala tipo Likert, onde os prejuízos são graduados de 0 a 4 pontos, tendo por referência a pontuação zero

¹ MORAIS, L.V.; VILLARES, C.; PINHO, M.; CRIPPA, J. A. S; LOUREIRO, S. R. **Escala de Liebowitz para hetero-avaliação dos prejuízos funcionais**. Traduzido e adaptado em 2004.

quando da ausência de comprometimento associado ao TAS e a pontuação quatro, quando da avaliação de extremo comprometimento associados ao TAS.

A validação do instrumento original foi realizada por Schneier et al. (1994) com base em um estudo com pacientes portadores de TAS e sujeitos sem desordens psiquiátricas. Neste estudo, a consistência interna (alfa de Cronbach) foi de 0,87 para a avaliação nas duas últimas semanas e de 0,90 para a avaliação no curso da vida. Quanto à validade concorrente, a escala demonstrou correlação significativa com a *Sheeran Disability Scale* (SDS) com o coeficiente r variando de 0,56 a 0,79, sugerindo que a escala avaliada foi similar à SDS na capacidade de avaliar prejuízo funcional.

Liebowitz Disability Self-Rating Scale – (Instrumento Original- Anexo E)

A *Liebowitz Disability Self-Rating Scale* proposta por Michael R. Liebowitz no estudo original, foi avaliada quanto às qualidades psicométricas por Schneier et al. (1994). Foi traduzida e adaptada para o português do Brasil como parte dos objetivos deste estudo, sendo denominada “Escala de Liebowitz para Auto-Avaliação dos Prejuízos Funcionais (ELAPF)- (apêndice D) (MORAIS et al., 2004).

Trata-se de um instrumento de auto-avaliação dos prejuízos funcionais vivenciados nas duas últimas semanas e no curso da vida, em consequência da presença de TAS. A escala é constituída por onze domínios: abuso de álcool, abuso de drogas, distúrbios do humor, escola, trabalho, família, casamento/namoro, amizade, outros interesses, atividades da vida diária, comportamento suicida. Os itens são avaliados em uma escala tipo Likert, onde os prejuízos são graduados de 0 a 3 pontos, tendo por referência a pontuação zero quando da ausência de limite associado ao TAS e pontuação três, quando da avaliação de grave limite prejuízo associado ao TAS.

A validação do instrumento original foi realizada por Schneier et al. (1994) por meio de um estudo com pacientes portadores de TAS e sujeitos sem desordens psiquiátricas. Neste estudo, a consistência interna (alfa de Cronbach) foi de 0,92 para a avaliação nas duas últimas semanas e para a avaliação no curso da vida. Quanto à validade concorrente, a escala demonstrou correlação significativa com a *Sheeran Disability Scale* (SDS) com o coeficiente r variando de 0,56 a 0,73, sugerindo que a escala avaliada foi similar à SDS na capacidade de avaliar prejuízos funcionais. A validade concorrente foi confirmada pela avaliação de condições favoráveis e desfavoráveis para o desenvolvimento de atividades da vida cotidiana e pela identificação de casos e não-casos.

Estudo 2: Estudo de casos

Entrevista Semi-estruturada (apêndice E)

Construída para os objetivos do estudo, trata-se de uma entrevista semi-estruturada, constituída por três perguntas-guia, a saber: 1- Fale-me sobre como é conviver com a timidez; 2- Fale-me sobre os seus projetos/planos que tem para sua vida e 3-Fale-me sobre a sua saúde e a sua timidez exagerada. Tendo por eixo tais perguntas, buscou-se focalizar o impacto da timidez exagerada para: a vida cotidiana, para os planos futuros e para a saúde. Contou-se com o suporte de perguntas auxiliares, visando abranger de forma mais ampla o funcionamento quanto: a) a vida cotidiana de forma geral ; b) os relacionamentos; c) as atividades acadêmicas e de trabalho; d) os projetos e planos quanto a vida pessoal, afetiva, profissional e social; e) a influência na saúde física e mental e f) a necessidade de ajuda especializada.

Questionário de Saúde Geral -12 (QSG-12) – já apresentado e descrito no Estudo 1;

Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF)- já apresentado e descrito no Estudo 1;

Escala de Liebowitz para Auto-Avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF) – já apresentado e descrito no Estudo 1;

3.5 Procedimentos

Tradução e adaptação das escalas *Liebowitz Disability Self-Rating Scale* e da *Disability Profile/ Clinician-Rated*

O processo de tradução e adaptação para o português das duas escalas, atendeu as etapas descritas a seguir.

Procedeu-se inicialmente ao pedido de autorização aos autores originais para o uso da *Liebowitz Self-Rated Disability Scale* e da *Disability Profile/ Clinician-Rated* em pesquisas e após a permissão dos autores em maio de 2004 (Anexo F), iniciou-se o processo de tradução.

As escalas foram, então, traduzidas de suas versões originais em inglês para o português, pela pesquisadora e, de forma independente, por uma médica psiquiatra e uma terapeuta ocupacional, todos com boa formação na língua inglesa e com conhecimento sobre instrumentos de avaliação. As três versões foram comparadas, discutidas e analisadas pela orientadora deste estudo, que procedeu, juntamente com a pesquisadora, à discussão dos pontos de concordâncias e de divergências, buscando uma versão comum de consenso que refletisse o conjunto das traduções realizadas. Nesse processo a escala *Liebowitz Self-Rated Disability Scale* passou a ser nomeada como: Escala de Liebowitz para Auto-Avaliação do

Prejuízo Funcional (ELAPF) e a *Disability Profile/ Clinician-Rated* passou a ser nomeada como: Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF).

Quanto a ELAPF, as principais modificações foram: a) relacionadas a substituição das numerações dos níveis de gradação por espaços para assinalar com “x”, b) a necessidade de explicação mais detalhada para o grau de gravidade; c) a mudança de local da pergunta-guia para o cabeçalho; d) a substituição da frase que continha a pergunta-guia, por uma palavra que representasse o grau de dificuldade, seguido de breve explicação; e) a modificação na formulação da frase que avalia o momento atual e ao longo da vida e f) as modificações nas formulações de algumas frases e expressões. Tais modificações podem ser vistas nos apêndices F e G.

Na etapa seguinte, realizou-se um estudo piloto, por meio da aplicação coletiva da ELAPF em cinco voluntários, estudantes universitários de ambos os sexos, objetivando verificar as características semânticas do instrumento e a clareza das definições e instruções de aplicação. Após a aplicação, esses participantes foram convidados a comentarem as dificuldades quanto a compreensão da escala e oferecerem sugestões para sua melhoria. As sugestões dadas foram incluídas na ELAPF, a saber: a) solicitaram a inclusão de mais detalhes na identificação do grau de gravidade, visando garantir maior clareza nas respostas (tal modificação pode ser vista no apêndice H); b) consideraram necessária a manutenção, no início da escala, de um guia de informações com instruções gerais sobre a forma de preenchimento.

Com relação à ELHPF, com base na avaliação e discussão da pesquisadora e da orientadora deste estudo, observou-se a necessidade de modificações para favorecer a adaptação para o contexto sócio-cultural brasileiro. Foram necessárias alterações quanto aos itens Escola e Trabalho, de forma a ajustar a avaliação à situação profissional mais comum da amostra estudada. Nos referidos itens da escala original, uma nota de rodapé fornecia ao

avaliador orientação para a pontuação em situações de abandono escolar e de inserção no trabalho. Tais orientações sugeriam a pontuação para pessoas que não estudavam ou para aqueles que só trabalhavam, sem considerar a possibilidade do participante estudar e trabalhar, ou ainda de nunca ter trabalhado. Tendo em vista que os participantes deste estudo são todos universitários, alguns nunca haviam trabalhado e outros exerciam além da atividade escolar, o trabalho remunerado, foi necessária uma adaptação técnica, de forma a considerar a realidade do contexto do estudo. Tais modificações podem ser vistas no apêndice I.

A tradução e a adaptação mantiveram a estrutura original de oito itens, cada um deles com cinco níveis de gradação, a saber: “nenhum comprometimento”, “dificuldade sem comprometimento claro”, “comprometimento moderado”, “comprometimento grave” e “comprometimento extremo”. Foi mantido também, um guia inicial de informações gerais sobre a forma de preenchimento.

Treinamento dos Avaliadores

Tendo em vista que o instrumento de hetero-avaliação exige julgamento por profissionais de saúde, procedeu-se ao treinamento dos avaliadores para a aplicação da ELHPF.

Participaram do treinamento oito profissionais, sendo duas terapeutas ocupacionais, uma delas a pesquisadora, dois psiquiatras e quatro psicólogos que, na condição de colaboradores, desempenharam a função de avaliadores em entrevistas conjuntas, utilizando a ELHPF.

Inicialmente, para o treinamento dos avaliadores, procedeu-se a leitura em voz alta do instrumento e formulação de perguntas-guia para cada um dos oito domínios a saber: escola, trabalho, família, casamento/namoro, amizade, outros interesses, atividades de vida diária e comportamento suicida. Buscou-se identificar respostas possíveis às questões, destacando perguntas de esclarecimento e de complementação. Com base nestas possibilidades de respostas, foi construído um roteiro de perguntas adicionais visando dar suporte para a avaliação do critério de gravidade em cada um dos tópicos. Após a elaboração do roteiro de perguntas guia, procedeu-se a uma apresentação gráfica do mesmo. Nesse processo, o roteiro foi organizado com cores diferentes e legendas de forma a favorecer a sua utilização e a visualização no momento da entrevista, como pode ser observado no apêndice J.

O treinamento dos avaliadores foi realizado por meio de sete encontros semanais, totalizando 19 horas de treinamento. Nessa primeira etapa procedeu-se a apresentação dos objetivos da escala e leitura conjunta da ELHPF, visando a familiarização dos avaliadores com o protocolo. A pesquisadora realizou orientações sobre o roteiro de perguntas-guia, explicando sobre as legendas das cores e discutindo cada item, visando detalhar as formulações sobre os níveis de gravidade e das definições.

Em uma etapa seguinte, os avaliadores tiveram como tarefa, precedendo ao próximo encontro, ouvir uma fita gravada na voz da pesquisadora contendo a apresentação dos itens da escala com a entonação apropriada, a ser seguida. Após tal atividade, gravaram em áudio uma leitura relativa aos itens da escala, sendo esta gravação avaliada pela pesquisadora quanto a adequação da apresentação. Tal treino teve por finalidade padronizar a entonação da voz para as entrevistas, visando evitar a indução de respostas. Em uma terceira etapa, prosseguiu-se com o treinamento, exemplificando respostas que, em situação de *role-play* foram apresentadas e pontuadas pelos avaliadores, sendo discutidas as várias possibilidades de respostas durante a aplicação do instrumento e as formas de pontuação das mesmas.

Em uma quarta etapa os avaliadores assistiram a uma gravação em vídeo relativa a uma entrevista de um paciente com TAS, conduzida com as perguntas-guia para a avaliação da ELHPF e preencheram independentemente a escala. Foram, então, comparadas as pontuações da escala, discutidos os pontos de discordância e as dificuldades encontradas e sugeridas modificações no roteiro. Tais modificações disseram respeito a: a inclusão de orientação para o avaliador no cabeçalho quanto ao ater-se às perguntas do roteiro, a explicitação da dificuldade/timidez quanto ao item escola, a explicitação de avaliar apenas trabalho remunerado, a complementação de dependência como afetiva e a inclusão de perguntas-guia para a avaliação de outros interesses. Tais modificações podem ser vistas no apêndice K.

Em uma quinta etapa, os avaliadores assistiram a um segundo vídeo relativo a uma entrevista com um universitário que não preencheu os critérios para TAS ou para outras doenças psiquiátricas, tal entrevista foi conduzida com as perguntas-guia. Foram discutidos os pontos de dificuldade, o que referendou a versão final do roteiro de perguntas-guia, permitindo iniciar a pontuação propriamente dita.

Numa sexta etapa, foram realizados três encontros onde os avaliadores assistiram a gravações em vídeo de entrevistas com três universitários, sendo dois portadores de TAS e um que não preencheu critérios para o TAS. Procederam ao preenchimento da escala de forma independente, sendo as pontuações comparadas quanto a porcentagem de concordância e discordância. Conseguiu-se a concordância mínima de 80% entre os avaliadores e o treinamento foi concluído.

Após todas essas modificações, procedeu-se a retrotradução e a apresentação aos autores da escala original. A escala foi retrotraduzida, de forma independente, por um psiquiatra bilíngüe que não teve acesso à versão original em inglês e apresentada aos autores

da escala original para verificação, possíveis sugestões e confirmação da autorização desta versão. Os autores consideraram a versão da escala adequada e não fizeram outras sugestões.

Coleta de Dados

Estudo 1: Comparação entre Grupos

No processo de seleção os sujeitos foram avaliados pela SPIN e pela Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID-IV- Versão Clínica) pelos pesquisadores do estudo maior.

No estudo em questão, os participantes foram avaliados em pequenos grupos (três a cinco pessoas) em salas com boas condições de privacidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) ou da UNIFRAN. Após receberem as instruções procedeu-se a aplicação da ELAPF e do QSG-12, instrumentos de auto-avaliação.

O tempo de resposta aos instrumentos de auto-avaliação variou entre o mínimo quatro e o máximo 10 minutos (média = sete minutos). Não foi computado o tempo individual, sendo registrado apenas o tempo gasto pelo primeiro e pelo último participante a terminar o preenchimento dos instrumentos.

Após concluírem o preenchimento dos instrumentos, os participantes foram entrevistados individualmente por dois profissionais de saúde mental, avaliadores com formação na área de terapia ocupacional ou de psicologia, a saber: duas terapeutas ocupacionais e duas psicólogas, que se revezavam como entrevistadora e observadora, compondo diferentes duplas. Todos os avaliadores que aplicaram a ELHPF desconheciam o grupo de origem a que os participantes pertenciam, ou seja, se o entrevistado era portador de TAS ou fazia parte do grupo que não preenchia os critérios para TAS e para outros transtornos psiquiátricos. As entrevistas foram

conduzidas seguindo o roteiro de perguntas-guia. O avaliador conduzia a entrevista e pontuava a escala e o observador assistia a entrevista e pontuava a escala. Tal procedimento foi utilizado para verificar a confiabilidade inter-avaliadores.

Quanto as entrevistas, o tempo de duração variou entre no mínimo quatro e no máximo 20 minutos (média = 12 minutos).

Estudo 2: Estudos de casos

Os três participantes selecionados foram contatados por telefone e convidados a participarem de uma entrevista complementar aos instrumentos já preenchidos. Quando aceitaram participar desta segunda etapa do estudo, foram convidados a comparecerem no HCFMRP-USP em datas e horário marcados para a entrevista com a pesquisadora. Tais estudantes contatados já tinham sido, próximo ao término da coleta em pequenos grupos, informados sobre o diagnóstico de TAS e recebido orientação quanto ao mesmo.

Na entrevista individual, receberam a seguinte instrução: “você participou do estudo sobre Fobia Social respondendo a escalas e questionário e, como já conversamos, foi identificado como tendo uma timidez exagerada. Como você concordou com essa avaliação, gostaríamos de conversar um pouco mais sobre isto. Assim o objetivo desta entrevista é ouvi-lo(a) sobre a sua timidez. Gostaria de conversar com você sobre a sua percepção sobre o modo como a timidez exagerada pode estar influenciando a sua vida cotidiana e os seus planos futuros. Podemos começar ? Vou fazer-lhe três perguntas gerais e com base nas suas respostas vamos organizando a entrevista.”

As entrevistas foram realizadas em situação face-a-face, em sala com boas condições de privacidade, sendo gravadas em áudio, seguindo um roteiro semi-estruturado previamente estabelecido. O tempo de duração mínimo da entrevista foi de 24 minutos e o máximo de 40 minutos (média 32 minutos).

Codificação e Tratamento dos Dados

Estudo 1: Comparação entre grupos

Para a análise dos dados obtidos neste estudo foi utilizado o software SPSS for Windows v. 13.0 (SPSS INCORPORATION, 2001). A análise dos dados demográficos e clínicos da amostra estudada foi realizada por testes estatísticos não-paramétricos, a saber: teste do Qui-Quadrado e teste de Mann-Whitney.

Os níveis de confiabilidade interavaliadores dos itens individuais da ELHPF foram aferidos pelo Coeficiente de Concordância de Kappa para os dois parâmetros temporais, a saber: curso da vida e duas últimas semanas. Tal coeficiente tem sido amplamente utilizado em estudos que objetivam mensurar o grau de concordância entre dois avaliadores, principalmente em condições ou situações em que as opiniões podem variar sobre cada caso do conjunto examinado (FLEISS, 1981; MENEZES; NASCIMENTO, 2000). Quanto aos valores de referência, o valor 1 indica concordância perfeita, enquanto que o valor de 0 indica que a concordância não é melhor que aquela dada pelo acaso. Valores de Kappa acima de 0,75 são considerados excelentes, entre 0,40 e 0,75 satisfatórios e abaixo de 0,40 indicam baixos níveis de concordância (FLEISS, 1981). Adotou-se o nível de significância de $p \leq 0,05$ e intervalo de confiança de 95%.

Para o estudo das qualidades psicométricas das escalas ELHPF e da ELAPF foram utilizadas as seguintes técnicas de análise, destacando-se os dois momentos de avaliação:

- 1) Análise dos Componentes Principais, visando a identificação dos componentes principais que explicam a variância do constructo avaliado;
- 2) Alfa de Cronbach, visando avaliar a consistência interna dos itens das escalas;
- 3) Coeficiente de Correlação Não Paramétrico de Spearman entre os escores individuais e totais da ELHPF e da ELAPF, visando avaliar a validade concorrente entre estas escalas e a SPIN.

Em todos os testes estatísticos adotou-se o nível de significância de $p \leq 0,05$.

Estudo 2: Estudos de Casos

Procedeu-se à análise das informações adicionais obtidas pela entrevista sobre os prejuízos funcionais e o impacto do TAS para a vida dos participantes em conjunto com as informações obtidas por meio das escalas, buscando integrar o significado dos dados quantitativos descritivos. Nesta etapa, adotou-se o procedimento proposto por Biasoli-Alves (1998) como um sistema de análise quantitativo- interpretativo, realizando um processo de categorização das respostas por meio de um estudo minucioso da fala dos participantes. Tal procedimento, permitiu manter o embasamento sistemático quanto aos indicadores que emergiram da quantificação, e realizar interpretações e inferências, baseadas no contexto da pesquisa e na experiência prévia da pesquisadora com os dados obtidos acerca do impacto do TAS para as atividades da vida cotidiana.

Para tanto, as entrevistas foram inicialmente transcritas literalmente e na íntegra. Procedeu-se à leitura das transcrições repetidas vezes, a fim de destacar as peculiaridades e as regularidades nas formas de abordar o impacto da convivência com o TAS para posterior categorização.

Destacou-se e caracterizou-se o prejuízo com base nas interações verbais, na atitude dos participantes frente à entrevista e nas informações relatadas quanto: a) ao desempenho em atividades de auto-cuidado, acadêmicas e de trabalho; b) às expectativas e planos para o futuro; c) aos relacionamentos familiar, com amigos e romântico; d) ao impacto para a saúde; e) às áreas de maior dificuldade f) aos comportamentos de evitação; g) aos recursos de adaptação e h) ao reconhecimento da necessidade de ajuda.

As informações relativas aos três casos escolhidos para a análise foram organizadas de forma a fornecer uma caracterização inicial do perfil sócio-demográfico, seguida de um

quadro síntese relativo aos indicadores e tipos de prejuízos apresentados, com base nos dados obtidos nos instrumentos utilizados.

A integração dos diversos dados obtidos, tendo como referência as diversas fontes e técnicas que produziram dados quantitativos e qualitativos, teve por finalidade uma articulação entre os dados e a literatura, de forma a compor uma síntese de cada caso que permitisse uma aproximação aprofundada sobre o impacto do TAS para o desempenho acadêmico, as relações interpessoais, a saúde e os projetos de vida dos portadores.

3.6 Aspectos Éticos

Este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (CEP- HCFMRP-USP no. 4388/2005) (Anexo G).

Todos os participantes que preencheram os critérios adotados para a constituição da amostra deste estudo assinaram as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE, contendo informações sobre as justificativas, os objetivos, os procedimentos, os riscos e os benefícios do estudo a que estavam sendo convidados a participar. A participação foi absolutamente voluntária e os universitários foram devidamente esclarecidos que a desistência do estudo não implicaria em nenhum tipo de prejuízo, assim como lhes foi assegurada a não identificação e o sigilo das informações.

Aos participantes identificados e diagnosticados como portadores do TAS foram oferecido esclarecimentos sobre o transtorno (sinais, sintomas, curso, prognóstico, tratamento) e, quando manifestaram interesse, foi feito o encaminhamento para tratamento no Ambulatório de Transtorno de Ansiedade Social do HCFMRP-USP.

4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em três tópicos, a saber: (1) caracterização clínica dos grupos, (2) verificação e análise das qualidades psicométricas das escalas: ELHPF e ELAPF e (3) estudos de casos. O primeiro tópico trata da análise descritiva dos dados relativos à percepção da saúde geral por parte dos participantes dos grupos TAS e Não TAS. O segundo tópico apresenta separadamente os dados de cada instrumento ELHPF e ELAPF, destacando a análise descritiva seguida das análises de confiabilidade e de validade. No terceiro tópico, são apresentados os três estudos de casos, integrando os dados das escalas e da entrevista semi-estruturada.

4.1 Caracterização Clínica dos Grupos

A amostra do presente estudo foi composta por 173 sujeitos, sendo 84 casos de TAS e 89 não-casos de TAS. Os dados relativos às condições clínicas dos participantes dos grupos, com base na percepção da saúde geral, estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2- QSG- Saúde Geral – Média , mediana e desvio-padrão e comparação entre os **grupos TAS e Não TAS**

QSG-12	TAS (n=84)			Não TAS (n=89)			z	p*
	Media	Mediana	SD	Media	Mediana	SD		
1- Concentrar-se no que faz	1,46	1,00	0,70	1,28	1,00	0,63	-1,79	0,07
2- Perder sono	1,23	1,00	0,96	1,00	1,00	0,91	- 1,55	0,12
3-Papel útil na vida	1,14	1,00	0,71	0,91	1,00	0,65	-2,22	0,02*
4- Capacidade de tomar decisões	1,10	1,00	0,79	0,88	1,00	0,66	-0,07	0,07

continua...

...continuação

QSG-12	TAS (n=84)			Não TAS (n=89)			z	p*
5- Estar agoniado e tenso	1,69	2,00	0,89	1,28	1,00	0,98	-2,68	0,00*
6- Não superar dificuldades	1,39	1,00	0,93	0,88	1,00	0,84	-3,58	0,00*
7-Menos capacidade desfrutar atividades rotina	1,39	1,00	0,74	1,16	1,00	0,58	-2,33	0,02*
8- Capacidade de enfrentar problemas	1,20	1,00	0,77	1,05	1,00	0,55	-1,26	0,20
9- Sentir-se pouco feliz e deprimido	1,38	1,00	0,90	0,84	1,00	0,94	-3,83	0,00*
10- Perda da confiança em si	1,23	1,00	0,95	0,61	0,00	0,79	-4,42	0,00*
11- Pensar que não serve para nada	0,78	1,00	0,91	0,29	0,00	0,67	- 4,38	0,00*
12- Dada as circunstâncias sente-se feliz	1,23	1,00	0,80	0,97	1,00	0,69	-2,30	0,02*
TOTAL	15,27	13,00	6,89	11,20	10,00	5,99	-4,28	0,00*

Mann Whitney; *p ≤ 0,05

Observou-se, para a maioria dos itens, e para o escore total diferenças com significância estatística quanto à percepção da saúde geral na comparação dos grupos de casos e não casos de TAS. Para todas as comparações com significância estatística, observou-se valores superiores do grupo TAS em relação ao Não TAS. Destaca-se que, quanto maior o escore, maior o nível de comprometimento.

Para o grupo TAS, o item 5 (*estar agoniado e tenso*) foi o item de maior pontuação, seguido pelos itens 6 (*não superar dificuldades*), 7 (*menos capacidade de desfrutar atividades*

de rotina) e 9 (*sentir-se pouco feliz e deprimido*). Por sua vez, o item 11 (*pensar que não serve para nada*) foi o de menor média de pontuação.

Vale ressaltar que, para o grupo Não TAS, com valores significativamente menores, observou-se semelhanças quanto à ordenação dos itens, sendo o de maior pontuação o item 5 (*estar agoniado e tenso*), seguido pelo item 7 (*menos capacidade de desfrutar atividades de rotina*). O item 11 (*pensar que não serve para nada*) também foi o de menor média de pontuação.

Quanto ao item 1 (*concentrar-se no que faz*), com valores elevados nos dois grupos, não se observou diferença significativa, embora os valores tenham sido fronteiriços.

Ressalta-se que as pessoas portadoras de TAS referiram mais dificuldades quanto à percepção geral de saúde e de bem estar quando comparadas às pessoas sem o transtorno, no que diz respeito à manifestação de ansiedade, depressão e participação nas atividades rotineiras.

4.2 Avaliação e Análise das Qualidades Psicométricas das Escalas ELHPF e ELAPF

Escala de Liebowitz para Hetero-Avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF)

Os valores relativos à estatística descritiva e as comparações estatísticas entre os grupos estão apresentados na tabela 3.

Tabela 3 - Escala de Liebowitz para **Hetero-avaliação** dos Prejuízos Funcionais- media, mediana e desvio padrão e comparação entre os **grupos TAS e Não TAS**

ELHPF		TAS (n=84)			Não TAS (n=89)			z	p*
		Media	Median	SD	Media	Median	SD		
1-Escola	Curso vida	1,39	2,00	0,81	0,40	0,00	0,63	-7,52	0,00*
	Últimas semanas	1,04	1,00	0,95	0,12	0,00	0,42	-7,72	0,00*
2-Trab.**	Curso vida	1,41	1,00	1,07	0,33	0,00	0,75	-5,45	0,00*
	Últimas semanas	1,56	1,00	1,22	0,30	0,00	0,74	-4,45	0,00*
3-Familia	Curso vida	1,14	0,50	1,23	0,47	0,00	0,84	-3,73	0,00*
	Últimas semanas	1,04	1,00	1,17	0,34	0,00	0,75	-4,44	0,00*
4-Casam. /Namoro	Curso vida	2,28	2,00	1,26	0,93	0,00	1,25	-6,30	0,00*
	Últimas semanas	1,50	1,00	1,37	0,32	0,00	0,83	-6,60	0,00*
5-Amizades	Curso vida	1,94	2,00	1,13	0,62	0,00	0,99	-7,22	0,00*
	Últimas semanas	1,32	1,00	1,07	0,29	0,00	0,66	-7,20	0,00*
6-Outros Interesses	Curso vida	1,95	2,00	1,45	0,58	0,00	1,09	-7,17	0,00*
	Últimas semanas	1,23	1,00	1,30	0,37	0,00	0,92	-5,34	0,00*
7-Atividade de auto-cuidado e manutenção	Curso vida	1,11	0,00	1,50	0,20	0,00	0,60	-4,68	0,00*
	Últimas semanas	0,64	0,00	1,12	0,05	0,00	0,23	-4,48	0,00*
8-Comp. Suicida	Curso vida	0,33	0,00	0,74	0,04	0,00	0,25	-3,48	0,00*
	Ultimas semanas	0,11	0,00	0,42	0,01	0,00	0,10	-2,26	0,24

Mann Whitney; *p ≤ 0,05; ** Avaliação feita para os que exercem ou exerciam atividade de trabalho remunerado G1-n=25; G2-n=30 .

Considerando os oito itens que compõem a ELHPF, observou-se, na comparação entre os grupos, diferenças com significância estatística em sete itens, tanto na avaliação dos prejuízos relacionados ao TAS no curso da vida, quanto nas duas últimas semanas. Destaca-se que quanto maior o escore, maior o comprometimento.

O item 8 (*comportamento suicida*) mostrou-se significativamente diferente somente no curso da vida. A comparação entre os grupos mostrou que, para os itens com diferença com significância estatística, os valores do grupo TAS são superiores aos valores do grupo Não TAS.

Ressalta-se que, para o grupo TAS, a pontuação média no curso da vida mostrou-se maior quando comparada às duas últimas semanas em sete itens que compõem a escala. Somente no item 2 (*trabalho*) a pontuação média foi maior nas últimas duas semanas. Quanto ao momento da vida avaliado, no curso da vida, observou-se para o item 4 (*relacionamento romântico/ namoro*) maior pontuação, seguido pelos itens 6 (*outros interesses*) e o 5 (*amizades*). Para a avaliação das últimas duas semanas, a maior pontuação média foi no item 2 (*trabalho*), seguido dos itens 4 (*relacionamento romântico/ namoro*) e 5 (*amizades*), semelhante à avaliação no curso da vida.

Quanto ao grupo Não TAS a maior pontuação média para o curso da vida foi observada para o item 4 (*relacionamento romântico/ namoro*), seguida pelos itens 5 (*amizades*) e 6 (*outros interesses*), de forma semelhante ao grupo de casos TAS

Destaca-se que os portadores de TAS quando comparados às pessoas sem o distúrbio, relataram maiores dificuldades em desempenhar as atividades diárias nas áreas relativas a escola, trabalho, família, relacionamentos, interesses, auto-cuidado e comportamento suicida, com prejuízos mais acentuados ao longo da vida quando comparados às duas últimas semanas.

a) Confiabilidade Inter-avaliadores da ELHPF

O estudo da confiabilidade interavaliadores da ELHPF foi realizado por meio do Coeficiente de Kappa . A tabela 4 mostra os níveis de concordância.

Tabela 4 – Estudo da confiabilidade (Coeficiente de Kappa) da Escala de Liebowitz para **Hetero-Avaliação** do Prejuízo Funcional (ELHPF)

ELHPF		Kappa (n=173)
1-Escola	Curso vida	0,75
	Ultimas duas semanas	0,79
2-Trab.*	Curso vida	0,76
	Ultimas semanas	0,88
3-Familia	Curso vida	0,80
	Ultimas duas semanas	0,79
4-Casam. Namoro	Curso vida	0,77
	Ultimas duas semanas	0,76
5-Amizades	Curso vida	0,79
	Ultimas duas semanas	0,82
6-Outros Interesses	Curso vida	0,79
	Ultimas duas semanas	0,76
7- Atividades de auto-cuidado e auto-manutenção	Curso vida	0,85
	Ultimas duas semanas	0,90
8-Comp. Suicida	Curso vida	0,89
	Ultimas duas semanas	0,93

Coeficiente de Correlação de Kappa.; * n=151 - Curso de vida (n=96); Últimas duas semanas (n=55)

A concordância entre os avaliadores e os observadores envolveu oito profissionais que se revezaram nos referidos papéis, sendo a concordância aferida para todas as avaliações – Casos e Não casos-TAS.

Observou-se que o coeficiente de correlação de Kappa para todos os itens da ELHPF foi bastante satisfatório, variando de 0,75 a 0,93, com média de 0,84, mostrando uma boa confiabilidade entre os avaliadores.

b) Estudo da Consistência Interna da ELHPF

O estudo da consistência interna por meio do alfa de Cronbach foi realizado para os dois momentos, como apresentado na Tabela 5.

Tabela 5- Estudo da consistência interna (Alfa de Cronbach) da Escala de Liebowitz para **Hetero-Avaliação** do Prejuízo Funcional (ELHPF) para os **grupos TAS** (n=84) e **não TAS** (n=89)

ELHPF	Grupo TAS	Grupo Não TAS
Escala total – 7 itens	(n=84)	(n=89)
No curso da vida	0,68	0,75
Nas duas últimas semanas	0,67	0,72

Observou-se, tanto para o grupo TAS como para o grupo Não TAS, valores de alfa bastante significativos, sendo os valores do grupo Não TAS ligeiramente superiores aos do grupo TAS.

A consistência interna alta para os dois grupos e para os dois parâmetros temporais sugere que os itens do instrumento em estudo, estão medindo o mesmo construto.

c) Análise dos Componentes Principais

Objetivando identificar fatores presentes no conjunto de medidas da ELHPF, foi realizada a análise por meio de procedimentos de extração dos componentes principais com

rotação Varimax somente para a amostra de casos. Calculou-se o índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para verificar a habituação da amostra (n=84), destacando-se os dois parâmetros temporais: no curso da vida e nas duas últimas semanas.

Para a identificação dos fatores, o item 2 (*trabalho*) foi retirado da análise dos componentes principais, tendo em vista a pequena quantidade de participantes que exerciam atividade de trabalho no grupo de casos de TAS (7,1%).

- **No curso da vida**

O valor encontrado para o KMO foi de 0,54, sugerindo baixa adequação para realização da análise (Pereira 2004), o que dá , aos dados apresentados a seguir, um caráter exploratório. Utilizando-se o Método de análise dos componentes principais, identificou-se dois fatores, como pode ser observado na tabela 6.

Tabela 6 – Análise dos Componentes Principais- solução inicial da Escala de Liebowitz para **Hetero-avaliação** do Prejuízo Funcional (ELHPF), **no curso da vida**, para o **grupo TAS**.(n=84)

Componente Principal	Auto-valor	Variância (%)
1-Escola	2,50	35,79
3-Familia	1,12	16,08
4-Casam. Namoro	0,97	13,88
5-Amizades	0,84	12,01
6-Outros Interesses	0,73	10,44
7- Atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção	0,53	7,57
8-Comp. Suicida	0,29	4,21

Observou-se que os dois fatores extraídos inicialmente responderam conjuntamente por 51,87 % da variância dos dados. Tomando-se a carga fatorial isolada de cada um destes

fatores, constata-se que o fator 1 responde sozinho por 35,79% da variância e o outro fator, contribui com 16,08% da variância.

Os dois componentes principais da escala foram extraídos por meio da técnica de Rotação Varimax com normatização de Kaiser (1974), construindo-se uma nova matriz fatorial, onde os itens individuais da escala foram relacionados aos fatores. Tal matriz está apresentada na tabela 7.

Tabela 7– Análise dos Componentes Principais: matriz fatorial para os itens individuais da Escala de Liebowitz para **Hetero-avaliação** do Prejuízo Funcional (ELHPF), **no curso da vida**, para o **grupo TAS** (n=84)

Itens da ELHPF	Fator 1	Fator 2
1-Escola	0,75	-0,12
3-Família	0,72	0,22
6-Outros Interesses	0,67	0,24
5-Amizades	0,51	0,50
8-Comportamento Suicida	0,06	0,70
7- Atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção	0,11	0,69
4-Namoro/Casamento	0,11	0,66

O fator 1 foi composto por quatro itens com cargas fatoriais variando de 0,51 a 0,75 e consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,65. A análise deste fator permitiu observar que ele é composto por itens relativos ao desempenho acadêmico, às atividades de lazer, às relações familiares e com amigos.

O fator 2 foi inicialmente composto por três itens com carga variando de 0,66 a 0,70 e consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,50. Tais itens são relativos à relacionamentos afetivos, comportamento suicida e atividades de auto-cuidado. Considerando os itens que compõem o fator 2 e sua dispersão na rotação, observa-se proximidade de conteúdo com o item 5 (*amizade*) que apresentou uma carga fatorial semelhante no fator 1 (0,51) e no fator 2

(0,50). Frente a proximidade de conteúdo, julgou-se que o item 5 poderia ser agrupado ao fator 2. Com tal configuração, o fator 1 poderia ser nomeado como Desempenho e Relações com familiares e, o fator 2, como Atividades de Auto-Cuidado e de Auto-Manutenção, Relações Afetivas e Comportamento Suicida.

- **Nas duas últimas semanas**

O valor encontrado para o KMO na avaliação nas duas últimas semanas foi de 0,73, sugerindo razoável adequação para a realização da análise (PEREIRA, 2004). Utilizando-se o Método de análise dos componentes principais, foram identificados dois fatores, como pode ser observado na tabela 8.

Tabela 8- Análise dos Componentes Principais - solução inicial da Escala de Liebowitz para **Hetero-avaliação** do Prejuízo Funcional (ELHPF), **nas últimas duas semanas**, para o **grupo TAS** (n=84)

Componente Principal	Auto-valor	Variância (%)
1-Escola	2,51	35,92
3-Família	1,10	15,71
4-Namoro/Casamento	0,99	14,23
5-Amizade	0,69	9,89
6-Outros Interesses	0,67	9,63
7- Atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção	0,55	7,88
8-Comportamento Suicida	0,47	6,71

Observou-se, de forma semelhante ao parâmetro curso da vida, que a análise dos componentes principais das duas últimas semanas identificou dois fatores principais na escala que responderam conjuntamente por 51,63 % da variância dos dados. Tomando-se a carga fatorial isolada de cada um destes fatores, constata-se que o fator 1 responde sozinho por 35,92% da variância e, o fator 2, contribui com 15,71% da variância.

Os dois componentes principais da escala foram extraídos por meio da técnica de Rotação Varimax com normatização de Kaiser (1974), construindo-se uma nova matriz fatorial, onde os itens individuais da escala foram relacionados aos fatores. Tal matriz está apresentada na tabela 9.

Tabela 9– Análise dos Componentes Principais: matriz fatorial para os itens individuais da Escala de Liebowitz para **Hetero-avaliação** do Prejuízo Funcional (ELHPF), **nas últimas duas semanas**, para o grupo TAS (n=84)

Itens da ELHPF	Fator 1	Fator 2
4-Namoro/Casamento	0,76	-0,03
5-Amizade	0,74	0,22
3-Família	0,73	0,12
8-Comportamento Suicida	0,44	0,41
7- Atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção	0,082	0,81
6-Outros Interesses	0,31	0,68
1-Escola	-0,06	0,51

O fator 1 foi composto por quatro itens com cargas variando de 0,44 a 0,76 e consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,63. O detalhamento deste fator permitiu observar que ele é composto por quatro itens relativos a relacionamentos e comportamento suicida. Este último item apresenta carga fatorial próxima no fator 2, podendo ser agrupado a este. Assim, o fator 1 pode ser nomeado como Relações Afetivas e Familiares.

Quanto ao fator 2, este foi composto por três itens com carga fatorial variando de 0,51 a 0,81 e consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,51. Foi possível observar que os itens que compõem este fator relacionam-se ao desempenho acadêmico, as atividades de lazer e auto-cuidado, assim o fator 2 pode ser nomeado como Desempenho em Atividades de Auto-Cuidado e Auto-Manutenção, de Lazer, Acadêmicas e Comportamento Suicida.

A identificação de dois fatores e a boa consistência interna observada na avaliação dos itens que compõem tais fatores, sugerem que o prejuízo funcional pode ser avaliado por dificuldades nos relacionamentos e em desempenhos diversos, destacando-se que, o desejo de viver apresentou carga fatorial semelhante nestas duas áreas, parecendo tratar-se de variável associada.

d) Validade concorrente

Para a avaliação da validade concorrente analisou-se, inicialmente, a correlação entre o escore total da ELHPF com o escore total do SPIN, posteriormente, foi analisada a correlação entre os itens individuais da ELHPF com o escore total do SPIN e entre os itens individuais da ELHPF com os itens individuais do SPIN, para os dois parâmetros temporais e para os grupos TAS e Não TAS separadamente. Após tais análises, realizou-se a correlação entre os fatores extraídos na análise dos componentes principais da ELHPF e as subescalas do SPIN (*medo, evitação e sintomas fisiológicos*). Assim como para a análise dos componentes principais, no estudo da validade concorrente, o item 2 da ELHPF (*trabalho*) foi retirado.

Para a análise de correlação entre as duas escalas utilizou-se o Coeficiente de Correlação Não Paramétrico de Spearman, como apresentado nas tabelas 10,11 e 12.

Tabela 10- Validade Concorrente: Correlações entre o escore total da Escala de Liebowitz para **Hetero-avaliação** do Prejuízo Funcional (ELHPF), **no curso da vida e nas duas últimas semanas**, com os escores totais do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o **grupo TAS** (n=84) e para o **grupo Não TAS** (n=89)

Escore Total	Grupo TAS -ELHPF		Grupo Não TAS- ELHPF	
	Curso da vida	Duas semanas	Curso da vida	Duas semanas
Grupo TAS				
ET SPIN	0,31**	0,40**	—	—
Grupo Não TAS				
ET SPIN	—	—	0,53**	0,47**

Coeficiente de Correlação de Spearman; * p< 0.05; **p< 0.01; ET: escore total

Observaram-se correlações moderadas e positivas entre os escores totais do SPIN e da ELHPF, tanto para o grupo TAS quanto para o grupo Não TAS, assim como para os dois parâmetros temporais. Destaca-se que, de forma geral, há uma relativa proximidade no construto avaliado (prejuízo funcional) e os indicadores clínicos identificados pelo SPIN.

Tabela 11- Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para **Hetero-avaliação** do Prejuízo Funcional (ELHPF), **no curso da vida e nas duas últimas semanas**, com os escore total do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o **grupo TAS** (n=84)

ITENS DA ELHPF	Escore total – SPIN	
	curso da vida	duas últimas semanas
1. Escola	0,20	0,31**
3. Família	0,18	0,21
4. Casamento/Namoro	0,28**	0,32**
5. Amizade	0,33**	0,39**
6. Outros Interesses	0,11	0,17
7. Atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção	0,26*	0,32**
8. Comportamento Suicida	0,27*	0,19

Coefficiente de Correlação de Spearman; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

Para o grupo TAS a correlação da ELHPF no curso da vida com o escore total do SPIN variou de 0,11 a 0,33. Observou-se maior correlação no item 5 (*amizade*), seguida pelos itens 4 (*casamento/namoro*), 8 (*comportamento suicida*) e 7 (*atividades de vida diária e de auto-manutenção*). Para o parâmetro temporal duas últimas semanas, observou-se correlação de 0,17 a 0,39, sendo a maior correlação também no item 5 (*amizade*), seguida pelos itens 4 (*casamento/namoro*) e 7 (*atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção*) e pelo item 1 (*escola*).

Os itens Família e Outros Interesses não apresentaram valores significativos de correlações nas comparações para os dois parâmetros temporais.

Verificou-se que os valores de correlação significativo presentes nas áreas casamento/namoro, amizade, atividades de auto-cuidado e comportamento suicida estão no limite inferior do moderado, sugerindo que os instrumentos avaliam dimensões diferentes e que nas dimensões em comum, os resultados são pouco correlacionados.

Tabela 12- Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para **Hetero-avaliação** do Prejuízo Funcional, **no curso da vida e nas duas últimas semanas**, com o escore total do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o **grupo Não TAS** (n=89)

ITENS DA ELHPF	Escore total – SPIN (curso da vida)	Escore total – SPIN (duas últimas semanas)
1-Escola	0,25*	0,26*
3-Família	0,32**	0,41**
4-Casamento/Namoro	0,33**	0,28**
5-Amizades	0,35**	0,30**
6-Outros Interesses	0,23*	0,33**
7- Atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção	0,18	0,16
8-Comportamento Suicida	0,25*	0,13

Coeficiente de Correlação de Spearman; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

Para o grupo Não TAS, a correlação da ELHPF, no curso da vida, com o escore total do SPIN variou de 0,18 a 0,35. Semelhante ao grupo de casos, a maior correlação foi observada para o item 5 (amizade), seguida pelos itens 4 (*casamento/namoro*), 3 (*família*), 1 (*escola*) e 8 (*comportamento suicida*) com igual valor e pelo item 6 (*outros interesses*). Para o parâmetro temporal duas últimas semanas, observou-se variação de 0,13 a 0,41, sendo a maior correlação observada para o item 3 (*família*), seguida pelos itens 6 (*outros interesses*), 5 (*amizade*), 4 (*casamento/namoro*) e 1 (*escola*).

A tabela 13 apresenta a correlação entre os itens individuais da ELHPF com os itens do SPIN no curso da vida e nas duas últimas semanas para o grupo TAS. Na tabela, estão apresentados o maior coeficiente de correlação, o item correspondente a esta correlação e o

número total de correlações em cada item. A tabela completa com as correlações entre os itens individuais da ELHPF para o grupo TAS, no curso da vida e nas duas últimas semanas, com os itens do SPIN, podem ser visualizados nos Apêndices L e M.

Tabela 13- Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para **Hetero-Avaliação** do Prejuízo Funcional (ELHPF), **no curso da vida e nas duas últimas semanas** com os itens de maior correlação com o Inventário de Fobia Social (SPIN) para o **grupo TAS** (n=84)

ITENS DA ELHPF	Curso da vida- Correlação com itens SPIN	Curso da vida- Número total de correlações significativas	Duas semanas Correlação com itens SPIN	Duas semanas Número total de correlações significativas
1-Escola	0,34** (1)	5	0,37** (11)	9
3- Família	0,30** (16)	2	0,33** (16)	3
4-Casam/Namoro	0,39** (5)	7	0,32** (8)	8
5-Amizade	0,34** (15)	10	0,45** (12)	10
6-Outros interesses	0,23* (3)	1	0,25* (3)	3
7- Atividades de auto-cuidado e auto-manutenção	0,36** (8)	6	0,33** (1)	9
8-Comportamento Suicida.	0,44** (8)	6	0,28* (8)	5

Coeficiente de Correlação de Spearman; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; () item com maior correlação.

Em relação ao curso da vida, observou-se que a correlação entre os itens das duas escalas variou de -0,16 a 0,44, como pode ser observado acima e no apêndice L. O item da ELHPF com maior número de correlações com a SPIN foi o item 5 (*amizade*), seguido pelos itens 4 (*casamento/namoro*), 7 (*atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção*) e 8 (*comportamento suicida*) com valores iguais, 1 (*escola*), 3 (*família*) e o item 6 (outros interesses) menor número de correlações.

A maior correlação encontrada foi entre os itens 8 da ELHPF (*comportamento suicida*) e 8 do SPIN (*evito ir a festas*), seguida pelos itens 4 da ELHPF (*casamento/namoro*) e 5 do SPIN (*fico muito assustado ao ser criticado*), 7 da ELHPF (*atividades de auto-cuidado e de*

auto-manutenção) e 8 do SPIN (*evito ir a festas*), 1 da ELHPF (*escola*) e 1 do SPIN (*tenho medo de autoridade*) e 5 da ELHPF (*amizade*) e 15 do SPIN (*ficar envergonhado ou parecer bobo são meus maiores temores*) com valores idênticos, 3 da ELHPF (*família*) e 16 do SPIN (*evito falar com qualquer autoridade*). Os itens 6 da ELHPF e 3 do SPIN (*festas e eventos sociais me assustam*), por sua vez, apresentaram a menor correlação.

Quanto ao parâmetro temporal duas últimas semanas, observou-se que a correlação entre os itens das duas escalas variou de -0,09 a 0,45, como pode ser visto no apêndice M. De forma semelhante ao parâmetro temporal curso da vida, nas duas últimas semanas observou-se que o item 5 (*amizade*) mostrou maior número de correlações, seguido dos itens 1 (*escola*) e 7 (*atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção*) com valores iguais e dos itens 4 (*casamento/namoro*), 8 (*comportamento suicida*) e dos itens 3 (*família*) e 6 (*outros interesses*) com valores também idênticos.

A maior correlação encontrada foi entre os itens 5 (*amizade*) da ELHPF e 12 do SPIN (*faço qualquer coisa pra não ser criticado*), seguida pelos itens 1 da ELHPF (*escola*) e 11 do SPIN (*evito falar com uma platéia ou dar discurso*), 3 da ELHPF (*família*) e 16 do SPIN (*evito ir a festas*) e 7 da ELHPF (*atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção*) e 1 do SPIN (*tenho medo de autoridade*) com valores iguais. Observando os coeficientes de correlação de forma decrescente, encontramos em seguida os itens 4 da ELHPF (*casamento/namoro*) e 8 do SPIN (*evito ir a festas*), item 8 da ELHPF (*comportamento suicida*) e 8 do SPIN (*evito ir a festas*) e os itens 6 da ELHPF (*outros interesses*) e 3 do SPIN (*festas e eventos sociais me assustam*) que apresentaram a menor correlação.

Observou-se que as correlações apresentadas para o grupo TAS nos dois parâmetros temporais, guardam maior relação com os itens relativos aos relacionamentos, comportamento suicida, vida acadêmica e atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção da ELHPF e os itens

relativos à medos e evitações avaliados pelo SPIN, o que sugere que o medo e as evitações podem estar associados à dificuldades de relacionamentos e desempenho em atividades.

A tabela 14 apresenta a correlação entre os itens individuais da ELHPF com os itens do SPIN no curso da vida e nas duas últimas semanas para o grupo Não TAS. Na tabela, são apresentados o maior coeficiente de correlação, o item correspondente a esta correlação e o número total de correlações em cada item. A tabela completa com as correlações entre os itens individuais da ELHPF no curso da vida e nas duas últimas semanas para o grupo Não TAS com os itens do SPIN podem ser visualizados nos Apêndices N e O.

Tabela 14- Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para **Hetero-avaliação** do Prejuízo Funcional (ELHPF), **no curso da vida e nas duas últimas semanas**, com os itens de maior correlação com o Inventário de Fobia Social (SPIN) para o grupo **Não TAS** (n=89)

ITENS DA ELHPF	Curso da vida- Maior correlação com SPIN	Curso da vida- Número total de correlações significativas	Duas semanas Maior correlação com SPI	Duas semanas Número total de correlações significativas
1-Escola	0,39** (3)	6	0,37** (11)	7
3- Família	0,40** (12)	11	0,40** (5, 12)	15
4-Casam/Namoro	0,33** (6)	5	0,29** (4)	7
5-Amizade	0,35** (3)	9	0,44** (3)	10
6-Outros interesses	0,39** (3)	5	0,54** (3)	12
7- Atividades de auto-cuidado e auto-manutenção	0,34** (14)	4	0,25* (6)	4
8-Comportamento Suicida.	0,33** (1)	7	0,25* (6)	2

Coeficiente de Correlação de Spearman; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; () item com maior correlação.

Para o grupo Não TAS, no curso da vida, observou-se que a correlações significativas entre as duas escalas variou de $-0,10$ a $0,40$, como pode ser observado acima e no apêndice N. O item que apresentou maior número de correlações foi o 3 (*família*), seguido pelos itens 5

(*amizade*), 8 (*comportamento suicida*), 1 (*escola*), 4 (*casamento/namoro*) e 6 (*outros interesses*) com número idêntico de correlações. Por sua vez, o item 7 (*atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção*) apresentou menor número de correlações significativas.

A maior correlação encontrada foi entre os itens 3 da ELHPF (*família*) e o 12 do SPIN (*faço qualquer coisa pra não ser criticado*), seguida pelos itens 1 da ELHPF (*escola*) e 3 do SPIN (*festas e eventos sociais me assustam*) e 6 da ELHPF (*outros interesses*) e 3 do SPIN (*festas e eventos sociais me assustam*) com valores iguais, os itens 5 da ELHPF (*amizade*) e 3 do SPIN (*festas e eventos sociais me assustam*), itens 7 da ELHPF (*atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção*) e 14 do SPIN (*tenho receio de fazer coisas quando posso estar sendo observado*), 4 da ELHPF (*casamento/namoro*) e 6 do SPIN (*evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar nervoso*), 8 da ELHPF (*comportamento suicida*) e 1 do SPIN (*tenho medo de estranhos*) que apresentaram a menor correlação.

Destaca-se que, no conjunto, os dados mostram correlações com valores moderados.

Para o grupo Não TAS, nas duas últimas semanas, observou-se que a correlação entre as duas escalas variou de -0,11 a 0,54, como pode ser observado acima e no apêndice O. O item que apresentou maior número de correlações foi o 3 (*família*) seguido do item 6 (*outros interesses*), 5 (*amizade*), 1 (*escola*) e 4 (*casamento/namoro*) que apresentaram o mesmo número de correlações. Em contrapartida, o item 7 (*atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção*) e o 8 (*comportamento suicida*) apresentaram menor número de correlações significativas.

A maior correlação encontrada foi entre os itens 6 da ELHPF (*outros interesses*) e 3 do SPIN (*festas e eventos sociais me assustam*), seguida pelos itens 5 da ELHPF (*amizade*) e 3 do SPIN (*festas e eventos sociais me assustam*), 3 da ELHPF (*família*), 5 e 12 do SPIN (*fico muito assustado ao ser criticado e faço qualquer coisa pra não ser criticado, respectivamente*), 1 da ELHPF (*escola*) e 11 do SPIN (*evito falar com uma platéia ou dar discursos*), 4 da ELHPF (*casamento/namoro*) e 4 do SPIN (*evito falar com pessoas que não conheço*). Os itens 7 da

ELHPF (*atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção*) e 6 do SPIN (*evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar nervoso*) e o item 8 da ELHPF (*comportamento suicida*) e 6 do SPIN (*evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar nervoso*) apresentaram coeficientes de correlação iguais e os menores números totais de correlação.

Os dados mostraram que, para o grupo Não TAS nas duas últimas semanas, as maiores correlações foram com itens relativos à relacionamentos, à participação em atividades de interesse e lazer e ao desempenho acadêmico da ELHPF e os itens relativos à medos e evitações do SPIN. Tais dados sugerem correlações entre a ausência dos sintomas relacionados ao TAS e a ausência de prejuízos funcionais com impacto para a vida diária.

Nos dois parâmetros temporais, as áreas amizade e atividades de interesses, mostraram correlação com o item 3 do SPIN (*festas e eventos sociais me assustam*), o que sugere que o medo possa ser a variável comum das avaliações.

A tabela 15 apresenta a correlação entre os fatores extraídos na análise dos componentes principais da ELHPF e as subescalas do SPIN.

Tabela 15- Validade Concorrente: Correlações entre os fatores extraídos da Análise da Escala de Liebowitz para **Hetero-avaliação** do Prejuízo Funcional (ELHPF), **no curso da vida e nas duas últimas semanas**, com as subescalas do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o **grupo TAS** (n=84)

ELHPF		SPIN		
		Medo	Evitação	S. Fisio
Curso da vida	Fator 1	0,25*	0,22*	0,21
	Fator 2	0,37*	0,36*	0,20
Duas últimas semanas	Fator 1	0,38**	0,40**	0,24*
	Fator 2	0,35**	0,23*	0,32**

Coeficiente de Correlação de Spearman; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; Fator 1: Desempenho e Relacionamentos com familiares, Fator 2: Atividade de auto cuidado e de auto manutenção, Relações afetivas e Comportamento suicida.

Para o parâmetro temporal no curso da vida, observou-se correlação significativa entre os dois fatores extraídos da análise dos componentes principais e as subescalas de Medo e Evitação e a subescala Sintomas Fisiológicos não apresentou correlação significativa. A maior correlação foi observada entre o fator 2 (*atividade de auto cuidado e de auto manutenção, relações afetivas e comportamento suicida*) e a subescala de Medo, seguida pelo fator 2 e a subescala de Evitação. O fator 1 (*desempenho e relacionamentos com familiares*), apesar de mostrar menor coeficiente de correlação, também mostrou correlação com as subescalas de Medo e Evitação.

Quanto ao parâmetro temporal duas últimas semanas, observou-se correlação com as três subescalas: Medo, Evitação e Sintomas Fisiológicos. A maior correlação foi observada entre o fator 1 (*relações afetivas e familiares*) e a subescala de Evitação, seguida pelo fator 1 e a subescala de Medo, fator 2 (*desempenho em atividades de auto manutenção, auto cuidado, lazer, acadêmicas e comportamento suicida*) e a subescala Medo, fator 2 e Sintomas Fisiológicos, fator 1 e Sintomas Fisiológicos e a menor correlação que foi observada entre o fator 2 e a subescala de Evitação.

Observou-se a associação entre os sintomas de medo e evitação avaliados pelo SPIN e os prejuízos avaliados por profissionais de saúde mental quanto aos relacionamentos e desempenho avaliados pela ELHPF para os dois parâmetros temporais.

Escala de Liebowitz para Auto-Avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF)

Os valores relativos a análise descritiva e as comparações estatísticas entre os grupos estão apresentados na tabela 16.

Tabela 16- Escala de Liebowitz para **Auto-Avaliação** do Prejuízo Funcional (ELAPF) – média, mediana e desvio padrão- comparação estatística entre os **grupos TAS e Não TAS**

ELAPF		TAS (n=84)			Não TAS (n=89)			z	p*
		Media	Mediana	SD	Media	Mediana	SD		
1-Ingerir Bebidas	Curso vida	0,73	0,00	0,93	0,55	0,00	0,65	-0,83	0,40
	Últimas semanas	0,46	0,00	0,74	0,43	0,00	0,67	-0,13	0,89
2-Uso de Medicação	Curso vida	0,58	0,00	0,82	0,58	0,00	0,88	-0,27	0,78
	Últimas semanas	0,39	0,00	0,74	0,47	0,00	0,84	-0,50	0,61
3-Manter Bom humor	Curso vida	1,38	1,00	1,01	0,600	0,00	0,93	-5,13	0,00*
	Últimas semanas	1,13	1,00	1,05	0,52	0,00	0,94	-4,39	0,00*
4-Perman. Escola	Curso vida	0,90	0,00	1,11	0,57	0,00	0,98	-2,12	0,34
	Últimas semanas	0,66	0,00	1,01	0,43	0,00	0,87	-1,63	0,10
5-Manter-se no trabalho	Curso vida	1,10	1,00	1,05	0,56	0,00	0,89	-3,70	0,00*
	Últimas semanas	0,78	1,00	0,90	0,40	0,00	0,83	-3,57	0,00*
6-Interações Familiares	Curso vida	1,16	1,00	1,07	0,78	0,00	0,95	-2,37	0,01*
	Últimas semanas	0,88	0,50	1,01	0,60	0,00	0,96	-2,04	0,04*
7-Relacion. Romântico	Curso vida	1,79	2,00	0,96	0,78	1,00	0,91	-6,30	0,00*
	Últimas semanas	1,22	1,00	1,12	0,51	0,00	0,84	-4,52	0,00*
8-Relacion. Amigos	Curso vida	1,23	1,00	0,03	0,53	0,00	0,87	-4,75	0,00*

continua...

...continuação

ELAPF		TAS (n=84)				Não TAS (n=89)		z	p*
	Últimas semanas	0,66	0,00	0,94	0,29	0,00	0,78	-3,37	0,00*
9- Manter Outros Interesses	Curso vida	1,35	1,00	1,08	0,55	0,00	0,91	-5,10	0,00*
	Últimas semanas	0,67	0,00	0,97	0,32	0,00	0,76	-2,90	0,00*
10- Ativ. Auto-cuidado e Auto-manutenção	Curso vida	0,50	0,00	0,96	0,31	0,00	0,74	-1,10	0,27
	Últimas semanas	0,27	0,00	0,70	0,26	0,00	0,75	-0,32	0,74
11- Desejar Viver	Curso vida	0,99	0,00	0,99	0,28	0,00	0,73	-3,94	0,00*
	Últimas semanas	0,26	0,00	0,64	0,22	0,00	0,71	-1,13	0,25

Mann Whitney; *p≤0,05.

Dos 11 itens que compõem a ELAPF, observou-se que seis itens apresentaram diferenças com significância estatística quando da avaliação dos prejuízos relacionados ao TAS, tanto no curso da vida como nas duas últimas semanas. Destaca-se que quanto maior o escore, maior o comprometimento.

O item 11 (*desejar viver*), apresentou significância estatística somente no curso da vida. Em todos os itens com significância estatística, o grupo TAS apresentou média com valores superiores ao grupo Não TAS. Ainda para o grupo TAS a pontuação média no curso da vida, mostrou-se maior quando comparada às duas últimas semanas em todos os itens que compõem a escala.

Quanto a avaliação no curso da vida para o grupo TAS o item 7 (*relacionamento romântico*) mostrou maior pontuação, seguido pelos itens 3 (*manter o bom humor*) e o 9 (*manter*

outros interesses). Na avaliação nas duas últimas semanas, observou-se a mesma ordenação quanto aos itens 7 (*relacionamento romântico*), seguido do item 3 (*manter o bom humor*).

Com relação ao grupo Não TAS a maior pontuação média, tanto no curso da vida quanto nas duas últimas duas semanas, foi observada para os itens 6 (*interações familiares*), 7 (*relacionamento romântico*) e 3 (*manter bom humor*).

Destaca-se que as pessoas com TAS se auto-avaliaram com maiores prejuízos funcionais quando comparadas às pessoas sem o transtorno e, tais prejuízos, foram relatados como mais graves ao longo da vida quando comparados às duas últimas semanas. As áreas ingerir bebidas alcoólicas, uso de medicação, permanência na escola e atividades de autocuidado, não diferenciaram os grupos.

a) Estudo da Consistência Interna da ELAPF

O estudo da consistência interna por meio do alfa de Cronbach foi realizado para os dois momentos, como apresentado na Tabela 17.

Tabela 17- Estudo da consistência interna (Alfa de Cronbach) da Escala de Liebowitz para **Auto-avaliação** do Prejuízo Funcional (ELAPF) para os **grupos TAS** (n=84) e **Não TAS** (n=89)

ELAPF	Grupo TAS	Grupo Não TAS
Escala total – 11 itens		
No curso da vida	0,85	0,93
Nas duas últimas semanas	0,83	0,90

Observou-se, tanto para o grupo TAS como para o grupo Não TAS, valores de alfa bastante elevados, sendo os valores do grupo Não TAS superiores aos do grupo TAS.

Tais valores sugerem que os itens da ELAPF avaliam de forma consistente o construto prejuízo funcional.

b) Análise dos Componentes Principais

A análise dos componentes principais foi realizada somente para a amostra de casos, calculando-se o índice KMO para verificar a habituação desta amostra (n=84), considerando os resultados da ELAPF no curso da vida e nas últimas duas semanas.

- **No curso da vida**

O valor encontrado para o KMO, para o momento no curso da vida, foi de 0,82, sugerindo boa adequação dos dados para tal procedimento (PEREIRA, 2004). Utilizando-se o Método de análise dos componentes principais, identificou-se três fatores, como pode ser observado na Tabela 18.

Tabela 18 – Análise dos Componentes Principais : solução inicial da Escala de Liebowitz para **Auto-avaliação** do Prejuízo Funcional (ELAPF) **no curso da vida** para o **grupo TAS** (n=84)

Componente Principal	Auto-valor	Variância (%)
1- Uso de bebida alcóolica	4,63	42,17
2- Uso de medicação	1,40	12,77
3- Manter bom humor	1,01	9,19
4- Permanecer na escola	0,94	8,57
5-Manter-se no trabalho	0,62	5,64
6- Relações familiares	0,56	5,14
7- Relações afetivas	0,51	4,69
8-Relações com amigos	0,49	4,53
9- Manter Outros Interesses	0,31	2,86
10- Atividades de Auto-cuidado e de Auto-Manutenção	0,25	2,29
11-Desejo de viver	0,23	2,09

Observou-se que os três fatores extraídos inicialmente responderam conjuntamente por 64,13% da variância dos dados. Verificando-se a carga fatorial isolada de cada um destes

fatores, constata-se que o fator 1 responde sozinho por 42,17% da variância, o fator 2 por 12,77% e, o terceiro fator, responde por menos que 10% da variância.

Os três componentes principais da escala foram extraídos por meio da técnica de Rotação Varimax com normatização de Kaiser (1974), construindo-se uma nova matriz fatorial, onde os itens individuais da escala foram relacionados aos fatores. Tal matriz está apresentada na Tabela 19.

Tabela 19 – Análise dos Componentes Principais: matriz fatorial para os itens individuais da Escala de Liebowitz para **Auto-avaliação** do Prejuízo Funcional (ELAPF) **no curso da vida** para o **grupo TAS** (n=84)

Item da ELAPF	Fator 1	Fator 2	Fator 3
4- Permanecer na escola	0,86	0,08	0,22
5- Manter-seno trabalho	0,81	0,26	-0,06
3- Manter bom humor	0,79	0,19	0,10
6- Relações familiares	0,59	0,57	-0,12
1- Uso de bebida alcóolica	0,44	0,40	-0,19
8- Relações com amigos	0,17	0,79	0,09
7- Relações afetivas	0,10	0,77	-0,08
9- Manter Outros Interesses	0,22	0,63	0,11
2- Uso de medicação	0,28	0,35	-0,70
11- Desejo de viver	0,38	0,41	0,58
10- Atividades de auto-cuidado e auto-manutenção	0,48	0,24	0,55

O fator 1 foi inicialmente composto por 4 itens com cargas variando de 0,44 a 0,86 e consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,84. O detalhamento deste fator permitiu observar que ele é composto por itens relativos ao desempenho na escola e nas ocupações diárias, ao relacionamento familiar, à manutenção do bom humor e ao uso de bebidas alcoólicas. Analisando este fator e as demais associações itens/fatores, percebeu-se que o mesmo é

composto por itens que envolvem o desempenho de atividades e disposição para as atividades cotidianas. Com sentido semelhante, observou-se o item 10 (*atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção*) com maior carga no Fator 3 (0,55), mas que poderia ser agrupados ao fator 1, por guardar proximidade de conteúdo com o mesmo e valor numérico semelhante.

O fator 2 foi inicialmente composto por três itens com carga variando de 0,63 a 0,79 e consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,68. Tais itens são relativos a relacionamentos afetivos e sociais e engajamento em atividades de lazer (interesse). Ao analisar este fator, observou-se que o item 6 (*relações familiares*), inicialmente incluído no Fator 1, poderia ser agrupado a este fator, pois além de guardar semelhança de conteúdo, apresentou neste fator carga fatorial próxima (0,59).

Quanto ao fator 3, este foi inicialmente composto por três itens com carga fatorial variando de 0,55 a 0,70 e consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,33. Tais itens são referentes a evitar medicação, desejo de viver e participação em atividades de auto cuidado e auto-manutenção, sendo este último incluído no fator 1. Após tais ajustes, propõe-se que o fator 1 seja nomeado como Atividade e Desempenho, o fator 2 como Relações e Interesses e o fator 3 como Indicadores de Risco.

- **Nas duas últimas semanas**

O valor encontrado para o KMO para a avaliação dos resultados da ELAPF do grupo TAS nas duas últimas semanas foi de 0,80, sugerindo boa adequação dos dados à análise (PEREIRA, 2004). Utilizando o Método de análise dos componentes principais, encontrou-se dois fatores, como pode ser observado na Tabela 20.

Tabela 20 – Análise dos Componentes Principais : solução inicial da Escala de Liebowitz para **Auto-avaliação** do Prejuízo Funcional (ELAPF) **nas últimas duas semanas**, para o **grupo TAS** (n=84)

Componente Principal	Auto-valor	Variância (%)
1- Uso de bebida alcóolica	4,26	38,78
2- Uso de medicação	1,35	12,34
3- Manter bom humor	0,99	9,08
4- Permanecer na escola	0,95	8,65
5-Manter-se no trabalho	0,79	7,23
6- Relações familiares	0,63	5,81
7- Relações afetivas	0,56	5,08
8-Relações com amigos	0,44	4,03
9- Manter outros interesses	0,38	3,45
10- Atividades de Auto-cuidado e Manutenção	0,32	2,97
11-Desejo de viver	0,27	2,51

Os dois fatores extraídos inicialmente responderam conjuntamente por 51,12% da variância dos dados. Tomando-se a carga fatorial isolada de cada um destes fatores, constata-se que o fator 1 responde sozinho por 38,78 da variância, e o fator 2, por 12,34%.

Os dois componentes principais da escala foram extraídos por meio da técnica de Rotação Varimax com normatização de Kaiser (1974), construindo-se uma nova matriz fatorial, onde os itens individuais da escala foram relacionados aos fatores. Tal matriz está apresentada na Tabela 21.

Tabela 21– Análise dos Componentes Principais: matriz fatorial para os itens individuais da Escala de Liebowitz para **Auto-avaliação** do Prejuízo Funcional (ELAPF) **nas duas últimas semanas** para o grupo TAS (n=84)

Itens da ELAPF	Fator 1	Fator 2
4- Permanecer na escola	0,76	0,14
5- Manter-se no trabalho	0,72	0,28
3- Manter bom humor	0,70	0,33
2- Uso de medicação	0,67	-0,14
6- Relações familiares	0,59	0,47
1- Uso de bebida alcoólica	0,58	0,16
10- Atividades de Auto-cuidado e de Auto-Manutenção	0,47	0,25
9- Manter Outros Interesses	0,24	0,75
8- Relações com amigos	0,10	0,73
7- Relações afetivas	0,03	0,72
11- Desejo de viver	0,34	0,51

O fator 1 foi inicialmente composto por 7 itens com cargas variando de 0,47 a 0,76 e consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,81. O detalhamento deste fator permitiu observar que ele é composto por itens relativos ao desempenho na escola, nas ocupações diárias, nas atividades de auto cuidado e de auto-manutenção, à manutenção do bom humor, ao relacionamento familiar e a evitar uso de medicações sem prescrição e de bebidas alcoólicas.

O fator 2 foi inicialmente composto por quatro itens com carga variando de 0,51 a 0,75 e consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,69. Os itens que compõem este fator são relativos à relacionamentos afetivos e sociais, engajamento em atividades de lazer/interesse e desejo de viver. Ao se analisar os componentes deste fator, observou-se que o item 6 (*relações familiares*) guarda proximidade de conteúdo com o Fator 2, podendo ser agrupado a este fator, embora apresente carga fatorial maior no Fator 1 (0,59). O fator 1 pode ser nomeado Atividades, Desempenho, Humor e Riscos e o fator 2 como Relacionamentos, Interesses e Desejo de viver.

Pode-se observar, tendo em vista o número reduzido de fatores e a consistência interna dos itens que compõem tais fatores, que a auto-avaliação do prejuízo funcional pode ser avaliada por meio de dois domínios que reúnem variáveis diversas.

c) Validade Concorrente

Para a avaliação da validade concorrente analisou-se, inicialmente, a correlação do escore total da ELAPF com o escore total do SPIN, posteriormente foram analisadas as correlação entre os itens individuais da ELAPF com o escore total do SPIN e dos itens individuais da ELAPF com os itens individuais do SPIN para os dois parâmetros temporais e para os grupos TAS e Não TAS separadamente. Procedeu-se em seguida a análise de correlação entre os fatores extraídos da análise dos componentes principais da ELAPF e as subescalas do SPIN (medo, evitação e sintomas fisiológicos). Tal correlação foi realizada por meio do Coeficiente de Correlação Não Paramétrico de Spearman.

A tabela 22 apresenta a correlação entre o escore total da ELAPF com o escore total do SPIN no curso da vida e nas duas últimas semanas para o grupo TAS e Não TAS.

Tabela 22 Validade Concorrente: Correlações entre o escore total da Escala de Liebowitz para **Auto-avaliação** do Prejuízo Funcional (ELAPF), **no curso da vida e nas duas últimas semanas**, com os escore total do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o **grupo TAS** (n=84) e para o **grupo Não TAS** (n=89)

Escore Total	Grupo TAS -ELAPF		Grupo Não TAS- ELAPF	
	Duas semanas			
	Curso da vida		Curso da vida	Duas semanas
Grupo TAS				
ET SPIN	0,17	0,18	—	—
Grupo Não TAS				
ET SPIN	—	—	0,50**	0,44**

Coeficiente de Correlação de Spearman; * p< 0.05; **p< 0.01; ET: escore total

Observou-se que a correlação entre os escores totais do SPIN e da ELAPF nos dois parâmetros temporais mostrou coeficiente de correlação significativo somente para o grupo

Não TAS. Podendo ser entendido que as escalas guardam em comum a relação entre ausência de sintomas e ausência de prejuízos funcionais.

A tabela 23 apresenta a correlação entre os itens individuais da ELAPF no curso da vida e nas duas últimas semanas com o escore total do SPIN.

Tabela 23- Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para **Auto-avaliação** do Prejuízo Funcional (ELAPF) **no curso da vida e nas duas últimas semanas** com o escore total do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o **grupo TAS** (n=84)

ITENS DA ELAPF	Escore total - SPIN	Escore total - SPIN
	No curso da vida	Últimas duas semanas
1- Uso de bebida alcóolica	-0,14	-0,14
2- Uso de medicação	0,02	0,00
3- Manter bom humor	0,08	0,21
4- Permanecer na escola	0,07	0,02
5-Manter-se no trabalho	0,21	0,27*
6- Relações familiares	0,18	0,08
7- Relações afetivas	0,25*	0,38**
8-Relações com amigos	0,22*	0,16
9- Manter Outros Interesses	0,25*	0,17
10-Atividades de Auto-cuidado e de Auto-Manutenção	0,21*	0,08
11-Desejo de viver	0,06	0,08

Coeficiente de Correlação de Spearman; * $p \leq 0.05$.

A correlação da ELAPF no curso da vida para o grupo TAS com o escore total do SPIN variou de -0,14 a 0,25. As maiores correlações foram observadas nos itens 7 (*relações afetivas*) e 9 (*manter outros interesses*), seguida pelos itens 8 (*relações com amigos*) e 10 (*atividades de auto-cuidado e auto-manutenção*). Para o parâmetro temporal duas últimas semanas, observou-se correlação de 0 a 0,38. De forma semelhante ao parâmetro curso da vida, a maior correlação foi observada para o item 7 (*relações afetivas*), seguida pelo item 5 (*manter-se no trabalho*).

A tabela 24 apresenta a correlação entre os itens individuais da ELAPF com o escore total do SPIN no curso da vida e nas duas últimas semanas.

Tabela 24- Validade Concorrente: correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para **Auto-avaliação** do Prejuízo Funcional (ELAPF) **no curso da vida e nas duas últimas semanas** com o escore total do SPIN para o grupo **Não TAS** (n=89)

ITENS DA ELAPF	Escore total - SPIN No curso da vida	Escore total - SPIN Últimas duas semanas
1- Uso de bebida alcóolica	0,26*	0,13
2- Uso de medicação	0,21*	0,25*
3- Manter bom humor	0,50**	0,48**
4- Permanecer na escola	0,38**	0,39**
5-Manter-se no trabalho	0,46**	0,43**
6- Relações familiares	0,42**	0,33**
7- Relações afetivas	0,36**	0,35**
8-Relações com amigos	0,37**	0,32**
9- Manter Outros Interesses	0,38**	0,32**
10- Atividades de Auto-cuidado e de Auto-Manutenção	0,35**	0,32**
11-Desejo de viver	0,20	0,18

Coeficiente de Correlação de Spearman; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$.

A correlação da ELAPF no curso da vida para o grupo Não TAS com o escore total do SPIN variou de 0,20 a 0,50. As maiores correlações foram observadas nos itens 3 (*manter o bom humor*), seguido pelos itens 5 (*manter-se no trabalho*), 6 (*relações familiares*), 4 (*permanecer na escola*) e 9 (*manter outros interesses*) com coeficiente de correlação idênticos, pelos itens 8 (*relações com amigos*), 7 (*relações com amigos*), 10 (*atividades de auto-cuidado e auto-manutenção*), 1 (*uso de bebida alcoólica*) e pelo item 2 (*uso de medicação*) que, por sua vez, apresentou a menor correlação com o escore total do SPIN.

Quanto à correlação da ELAPF nas duas últimas semanas para o grupo Não TAS com o escore total do SPIN, observou-se variação de 0,13 a 0,48. Semelhante ao parâmetro curso da vida, a maior correlação foi observada com o item 3 (*manter o bom humor*), seguido pelos itens 5 (*manter-se no trabalho*), 4 (*permanecer na escola*), 7 (*relações com amigos*), 6 (*relações familiares*), 8 (*relações com amigos*), 9 (*manter outros interesses*) e 10 (*atividades*

de auto-cuidado e auto-manutenção) com coeficientes de correlação idênticos. Novamente o item 2 (uso de medicação) da ELAPF, nas duas últimas semanas, mostrou menor correlação com o escore total do SPIN.

A tabela 25 apresenta a correlação entre os itens individuais da ELAPF com os itens do SPIN no curso da vida e nas duas últimas semanas para o grupo TAS. Na tabela, são apresentados o maior coeficiente de correlação, o item correspondente a esta correlação e o número total de correlações em cada item. O quadro completo de correlações entre os itens individuais da ELAPF, no curso da vida e nas duas últimas semanas para o grupo TAS e os itens do SPIN podem ser visualizados nos Apêndices P e Q.

Tabela 25- Validade Concorrente: correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para **Auto-avaliação** do Prejuízo Funcional (ELAPF) **no curso da vida e nas duas últimas semanas** com os itens de maior correlação com o Inventário de Fobia Social (SPIN) para o **grupo TAS** (n=84)

ITENS DA ELAPF	Curso da vida Correlação com itens SPIN	Curso da vida Número total de correlações	Duas semanas Correlação com itens SPIN	Duas semanas Número total de correlações
1- Uso de bebida alcoólica	0	0	0	0
2- Uso de medicação	0	0	0	0
3- Manter bom humor	0,25* (4)	1	0,29** (16)	2
4- Permanecer na escola	0	0	0	0
5-Manter-se no trabalho	0,28** (16)	5	0,34** (8)	6
6- Relações familiares	0,27* (5)	6	0,25* (4)	2
7- Relações afetivas	0,34** (4,8)	7	0,42** (8)	12
8-Relações com amigos	0,37** (8)	4	0	0
9- Manter Outros Interesses	0,43** (3)	5	0,30** (8)	4
10- Ativ. de Auto- cuidado e Manutenção	0,32** (15)	3	0,25* (15)	1
11-Desejo de viver	0,25* (8)	1	0,33** (8)	4

Coeficiente de Correlação de Spearman; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; () item com maior correlação.

Para o grupo TAS no curso da vida, observou-se que a correlação entre as duas escalas variou de -0,17 a 0,43, como pode ser observado no apêndice P. Observou-se que os itens 1, 2 e 4 não mostraram correlação com os itens do SPIN. O maior número de correlações foi observado para o item 7 (*relações afetivas*), seguido pelos itens 6 (*relações familiares*), 5 (*manter-se no trabalho*) e 9 (*manter outros interesses*) que mostraram número de correlações idêntico, do itens 10 (*atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção*) e dos itens 3 (*manter bom humor*) e 11 (*desejo de viver*) que também mostraram número idêntico de correlações.

O maior coeficiente de correlação encontrado foi entre os itens 9 da ELAPF (*manter hobbies e outros interesses*) e 3 do SPIN (*festas e eventos sociais me assustam*), 8 da ELAPF (*relações com amigos*) e 8 do SPIN (*evito ir a festas*), 7 da ELAPF (*relações afetivas*) e os itens 4 e 8 do SPIN com valores iguais (*evito falar com pessoas que não conheço e evito ir a festas, respectivamente*). Tais correlações foram ainda seguidas pelos itens 10 da ELAPF (*atividades de auto-cuidado e auto-manutenção*) e 15 do SPIN (*ficar envergonhado ou parecer bobo são meus maiores temores*), 5 da ELAPF (*manter-se no trabalho*) e 16 do SPIN (*evito falar com qualquer autoridade*), 6 da ELAPF (*relações familiares*) e 5 do SPIN (*fico muito assustado ao ser criticado*). Os itens 3 da ELAPF (*manter bom humor*) e 4 do SPIN (*evito falar com pessoas que não conheço*) e 11 da ELAPF (*desejo de viver*) e 8 do SPIN (*evito ir a festas*), mostraram valores iguais e a menor correlação.

Para o grupo TAS nas duas últimas semanas, observou-se que a correlação entre as duas escalas variou de -0,20 a 0,42, podendo ser observado que os itens 1, 2, 4 e 8 não mostraram correlação com os itens do SPIN. Semelhante ao parâmetro curso da vida, o maior número de correlações foi observada no item 7 (*relações afetivas*), seguido pelos itens 5 (*manter-se no trabalho*) e pelos itens 9 (*manter outros interesses*) e 11 (*desejo de viver*) que mostraram número de correlações idêntico. Tais itens foram seguidos pelos itens 6 (*relações familiares*) e 3 (*manter bom*

humor) com número idêntico de correlações e pelo item 10 (*atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção*) que apresentou o menor número de correlação.

A maior correlação encontrada foi entre os itens 7 da ELAPF (*relações afetivas*) e 8 do SPIN (*evito ir a festas*), seguida pelos itens 5 da ELAPF (*manter-se no trabalho*) e 8 do SPIN, 11 da ELAPF (*desejo de viver*) e 8 do SPIN, 9 da ELAPF (*manter outros interesses*) e 8 do SPIN, 3 da ELAPF (*manter bom humor*) e 16 do SPIN (*evito falar com qualquer autoridade*), e os itens 6 da ELAPF (*relações familiares*) e 4 do SPIN (*evito falar com pessoas que não conheço*), 10 da ELAPF (*atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção*) e 15 do SPIN (*ficar envergonhado ou parecer bobo são meus maiores temores*) que apresentaram valores iguais e a menor correlação.

Os dados referentes à correlação entre a ELAPF e o SPIN mostraram que, para o grupo TAS, nos dois parâmetros temporais o conteúdo dos itens de maior correlação, foram relativos a relacionamentos, a manutenção de atividades profissionais, de interesse e de auto-cuidado, manutenção do bom humor e desejo de viver da ELAPF e os itens relativos ao medo e comportamentos evitativos do SPIN. Tais dados mostraram que as manifestações de medo e evitações estão relacionadas com as limitações na participação em atividades, nos relacionamentos e no bem estar.

A tabela 26 apresenta a correlação entre os itens individuais da ELAPF com os itens do SPIN no curso da vida e nas duas últimas semanas para o grupo Não TAS. Na tabela, estão apresentados o maior coeficiente de correlação, o item correspondente a esta correlação e o número total de correlações em cada item. O quadro completo de correlações entre os itens individuais da ELHPF e os itens do SPIN podem ser visualizados nos apêndices R e S.

Tabela 26- Validade Concorrente: correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para **Auto-Avaliação** do Prejuízo Funcional (ELAPF) **no curso da vida e nas duas últimas semanas** com os itens de maior correlação com o Inventário de Fobia Social (SPIN) para o grupo **Não TAS** (n=89)

ITENS DA ELAPF	Curso da vida Correlação com itens SPIN	Curso da vida Número total de correlações significativas	Duas semanas Correlação com itens SPIN	Duas semanas Número total de correlações significativas
1- Uso de bebida alcoólica	0,30** (17)	6	0,24* (4)	2
2- Uso de medicação	0,30** (17)	6	0,35** (17)	6
3- Manter bom humor	0,41** (6)	13	0,46** (6)	14
4- Permanecer na escola	0,39** (4)	12	0,43** (6)	10
5-Manter-se no trabalho	0,42** (6)	15	0,46** (6)	13
6- Relações familiares	0,41** (6)	14	0,38** (6)	9
7- Relações afetivas	0,40** (6)	9	0,45** (6)	13
8-Relações com amigos	0,41** (4)	5	0,43** (4)	6
9- Manter Outros Interesses	0,33** (16)	13	0,37** (2)	9
10- Atividades de Auto- cuidado e de Manutenção	0,32** (4)	11	0,26* (5,6,12,17)	8
11-Desejo de viver	0,25* (1,17)	4	0,27* (4)	2

Coeficiente de Correlação de Spearman; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; () item com maior correlação.

Para o grupo Não TAS, no curso da vida, observou-se que a correlação entre as duas escalas variou de -0,18 a 0,41, como pode ser observado acima e no apêndice R. O item de maior número de correlações foi o 5 (*manter-se no trabalho*), seguido pelos itens 6 (*relações familiares*), 3 (*manter bom humor*) e 9 (*manter outros interesses*) com número idêntico de correlações. Tais correlações foram seguidas pelos itens 4 (*permanecer na escola*), 10 (*atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção*), 7 (*relações afetivas*), 1 (*uso de bebida alcoólica*) e 2 (*uso de medicação*) que mostraram número idêntico de correlações. Os itens 8

(*relações com amigos*) e 11(*desejo de viver*), por sua vez, apresentaram respectivamente os menores números de correlações.

A maior correlação encontrada foi entre os itens 5 da ELAPF (*manter-se no trabalho*) e 6 do SPIN (*evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado*), seguida pelos itens 3 da ELAPF (*manter bom humor*) e 6 do SPIN, 6 da ELAPF (*relações familiares*) e 6 do SPIN que mostrou valor igual de correlação quando comparada à dos itens 8 da ELAPF (*relações com amigos*) e 4 do SPIN (*evito falar com pessoas que não conheço*).. Tais correlações foram seguidas pelos itens 7 da ELAPF (*relações afetivas*) e 6 do SPIN, 9 da ELAPF (*manter outros interesses*) e 16 do SPIN (*evito falar com qualquer autoridade*), 10 da ELAPF (*atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção*) e 4 do SPIN (*evito falar com pessoas que não conheço*), 1 da ELAPF (uso de bebidas alcoólicas) e 17 do SPIN (*tremar ou estremecer na frente das outras pessoas me angustia*) que mostrou valor igual de correlação quando comparada à dos itens 2 da ELAPF (uso de medicação) e 17 do SPIN . O item 11 da ELAPF (*desejo de viver*), por sua vez, mostrou o menor coeficiente de correlação com os itens 1 e 17 do SPIN (*tenho medo de autoridade; tremar ou estremecer na frente das outras pessoas me angustia, respectivamente*).

Para o grupo Não TAS, no parâmetro temporal nas duas últimas semanas, observou-se que a correlação entre as duas escalas variou de -0,15 a 0,46, como pode ser observado acima e no apêndice S. O item com maior número de correlações foi o 3 (*manter bom humor*), seguido pelos itens 5 (*manter-se no trabalho*) e 7 (*relações afetivas*) que tiveram número idêntico de correlações, os itens 4 (*permanecer na escola*), 6 (*relações familiares*) e 9 (*manter outros interesses*) com número idêntico de correlações, o 10 (*atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção*) e os itens 2 (*uso de medicação*) e 8 (*relações com amigos*), 1 (*uso de bebida alcoólica*) e 11(*desejo de viver*) com número também idêntico de correlações.

Semelhante à correlação observada entre os itens individuais da ELAPF no curso da vida com os itens do SPIN, nas duas últimas semanas a maior correlação encontrada foi entre

os itens 5 da ELAPF (*manter-se no trabalho*) e 6 do SPIN (*evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado*) e 3 da ELAPF (*manter bom humor*) e 6 do SPIN (*evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado*) que mostraram valores idênticos de correlação. Tais valores de correlações foram seguidos pelos itens 7 da ELAPF (*relações afetivas*) e 6 do SPIN. Os itens 4 da ELAPF (*permanecer na escola*) e 6 do SPIN e 8 da ELAPF (*relações com amigos*) e 4 do SPIN (*evito falar com pessoas que não conheço*), mostraram valor idêntico de correlação e foram seguidos pelos itens 6 da ELAPF (*relações familiares*) e 6 do SPIN, 9 da ELAPF (*manter outros interesses*) e 2 do SPIN (*incomodo-me por ficar vermelho na frente das pessoas*), 2 da ELAPF (*uso de medicação*) e 17 do SPIN (*tremor ou estremecer na frente das outras pessoas me angustia*), 11 da ELAPF (*desejo de viver*) e 4 do SPIN (*evito falar com pessoas que não conheço*), 10 da ELAPF (*atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção*) e os itens 5,6,12 e 17 do SPIN (*fico muito assustado ao ser criticado; evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado; faço qualquer coisa para não ser criticado; tremor ou estremecer na frente das outras pessoas me angustia*, respectivamente) e finalmente os itens 1 da ELAPF (*uso de bebidas alcoólicas*) e 4 do SPIN (*evito falar com pessoas que não conheço*).

Destaca-se que cinco itens da ELAPF (3,4,5,6 e 7), correlacionaram-se com o item 6 do SPIN (*evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado*)

Para o grupo Não TAS nos dois parâmetros temporais, as maiores correlações foram observadas entre os itens relativos ao desempenho em ocupações diárias, relacionamentos, manutenção do bom humor e uso de bebidas alcoólicas e medicações da ELAPF e os itens relativos ao medo e aos comportamentos evitativos do SPIN.

Observou-se, frente aos dados, que o grupo Não TAS mostrou maior número de correlações entre a ELAPF e o SPIN, quando comparado ao grupo TAS, sugerindo que a correlação foi maior entre a ausência de sintomas e a ausência de prejuízos.

A tabela 27 apresenta a Correlação de Spearman entre os fatores extraídos pela análise dos componentes principais da ELAPF e as subescalas do SPIN.

Tabela 27-. Validade Concorrente: Correlações entre os fatores extraídos da análise dos componentes principais da Escala de Liebowitz para **Auto-avaliação** do Prejuízo Funcional (ELAPF), **no curso da vida e nas duas últimas semanas**, com as subescalas do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o grupo TAS (n=84)

ELAPF		SPIN		
		Medo	Evitação	S. Fisio
Curso da vida	Fator 1	0,14	0,14	0,14
	Fator 2	0,11	0,11	-0,02
	Fator 3	0,22*	0,36**	0,24*
Duas últimas semanas	Fator 1	0,12	0,13	0,11
	Fator 2	0,21*	0,34**	0,22*

Coeficiente de Correlação de Spearman; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; Curso da vida - Fator 1: Atividade e Desempenho; Fator 2: Relações e Interesses; Fator 3: Indicadores de risco; Duas últimas semanas Fator 1: Atividade, Desempenho, Humor e Riscos; Fator 2: Relacionamentos, Interesses, Desejo de viver

Para o parâmetro temporal no curso da vida, foi observada correlação entre o fator 3 (*indicadores de risco*) e as subescalas de Medo, Evitação e Sintomas Fisiológicos, sendo a maior correlação observada com a subscala de Evitação. Os fatores 1 (*atividade e desempenho*) e 2 (*relações e interesses*) não mostraram correlação significativa com as referidas subescalas do SPIN.

De forma semelhante, ao parâmetro duas últimas semanas não foi observada correlação entre o fator 1 (*atividade, desempenho, humor e riscos*) e as subescalas do SPIN. Por outro lado, o fator 2 (*relacionamentos, interesses, desejo de viver*) mostrou correlação

com as três subescalas, sendo a maior correlação observada entre o fator 2 e a subescala de Evitação.

A correlação entre os fatores extraídos pela análise dos componentes principais da ELAPF e as subescalas do SPIN, confirmaram a relação entre os prejuízos associados ao TAS quanto a participação em atividades de interesse e lazer, aos relacionamentos e ao comportamento de risco e a presença de medo, de comportamento evitativo e de sintomas fisiológicos relacionados ao TAS.

Realizou-se ainda a correlação entre os escores totais da ELHPF e da ELAPF nos dois parâmetros temporais (no curso da vida e nas duas últimas semanas) para o grupo TAS e Não TAS, objetivando verificar a associação entre a auto e a hetero-avaliação. Os dados estão apresentados nas tabelas 28 e 29.

Tabela 28- Validade Concorrente: correlações entre os escores totais da Escala de Liebowitz para **Auto-avaliação** do Prejuízo Funcional (ELAPF) e da Escala de Liebowitz para **Hetero-avaliação** do Prejuízo Funcional (ELHPF) **nas duas últimas semanas e no curso da vida** para o grupo TAS (n=84)

Escore Totais		ET da ELHPF		ET da ELAPF	
		No curso da vida	Últimas duas semanas	No curso da vida	Últimas duas semanas
ET da ELHPF	No curso da vida	—	0,70**	0,40**	0,51**
	Últimas semanas	—	—	0,47**	0,44**
ET da ELAPF	No curso da vida	—	—	—	0,76**
	Últimas semanas	—	—	—	—

Coeficiente de Correlação de Spearman; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; ET: escore total

Para o grupo TAS as maiores correlações foram observadas entre os parâmetros temporais das escalas, sendo que a correlação entre o curso da vida e as duas últimas semanas

da ELAPF apresentou valor ligeiramente superior quando comparada à correlação entre os parâmetros temporais da ELHPF.

As maiores correlações entre as escalas foram observadas entre a ELHPF no curso da vida e a ELAPF nas duas últimas semanas, a ELHPF nas duas últimas semanas e a ELAPF no curso da vida, seguidas pela ELHPF nas duas últimas semanas e a ELAPF nas duas últimas semanas e a menor correlação observada que foi entre a ELHPF no curso da vida e a ELAPF no curso da vida.

Tabela 29- Validade Concorrente: correlações entre os escores totais da Escala de Liebowitz para **Auto-avaliação** do Prejuízo Funcional (ELAPF) e da Escala de Liebowitz para **Hetero-avaliação** do Prejuízo Funcional (ELHPF) **nas duas últimas semanas e no curso da vida** para o grupo **Não TAS** (n=89)

Escore Totais		ET da ELHPF		ET da ELAPF	
		No curso da vida	Últimas duas semanas	No curso da vida	Últimas duas semanas
ET da ELHPF	No curso da vida	—	0,79**	0,35**	0,45**
	Últimas semanas	—	—	0,32**	0,39**
ET da ELAPF	No curso da vida	—	—	—	0,83**
	Últimas semanas	—	—	—	—

Coeficiente de Correlação de Spearman; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; ET: escore total

Semelhante ao grupo TAS, o grupo Não TAS apresentou as maiores correlações entre os parâmetros temporais das escalas, sendo que a correlação entre o curso da vida e as duas últimas semanas da ELAPF mostrou valor superior quando comparada à correlação entre os parâmetros temporais da ELHPF .

Quanto as correlações entre as escalas observou-se maior correlação entre a ELHPF no curso da vida e ELAPF nas duas últimas semanas, a ELHPF nas duas últimas semanas e a

ELAPF nas duas últimas semanas, a ELHPF no curso da vida e a ELAPF no curso da vida e a ELHPF nas duas últimas semanas e a ELAPF no curso da vida, que mostrou a menor correlação.

Os coeficientes de correlação das escalas estudadas podem ser considerados elevados, sugerindo que as escalas guardam entre si, relação de conteúdo.

4.3 Estudos de Casos

Participante 1- sexo masculino, 23 anos, estudante universitário, graduação- área exatas, experiência de trabalho prévia como professor, por poucos meses. Reside com pai, mãe e irmãos. Mantém-se com recursos financeiros dos familiares. Apresentou maior prejuízo na auto-avaliação por meio da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional, quando comparado à Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional;

O quadro 1 apresenta a caracterização dos indicadores de prejuízos relativos ao TAS observados na avaliação do participante 1 nos diferentes instrumentos.

Quadro 1- Participante 1- Resultados globais do participante 1 em função dos diferentes instrumentos avaliativos usados

Instrumentos	Caracterização Indicadores de TAS
SPIN	Presença de sintomas de medo, evitação e sintomas fisiológicos leves e moderados associados ao TAS.
QSG-12	Presença leve de sentimentos de tristeza, agonia, tensão e presença de dificuldades relacionadas ao sono.
ELAPF – maior prejuízo Curso da vida	Prejuízos – ingestão moderada de bebidas alcoólicas, manter um trabalho, relacionamento afetivo e com familiares, manter bom humor, além de presença leve de desejo de morrer.
Duas últimas semanas	Prejuízos - uso freqüente de bebidas alcoólicas, dificuldade grave de manter bom humor, manter um trabalho e nos relacionamentos afetivos, prejuízos moderados quanto a permanência na escola, relacionamentos familiares e desejo de suicídio.

continua...

...continuação

Instrumentos	Caracterização Indicadores de TAS
ELHPF Curso da vida	Dificuldades específicas relacionadas ao relacionamento com o sexo oposto e na participação em atividades de interesse.
Duas últimas semanas	Sem dificuldades no momento da avaliação
ENTREVISTA	
• Atitude	Colaboração. No relato apresenta explicações repetitivas, fuga de idéias, divaga ao responder mostrando-se confuso e evasivo.
• Desemp. Atividades de auto cuidado e de auto-manutenção	Sem prejuízos para as atividades de auto cuidado. Ex: “... <i>nunca parei para pensar</i> (se tem dificuldade nesta área), <i>mas acho que não, não</i> ”.
• Desemp. Acadêmico	Prejuízo moderado, sem impedir a realização da tarefa. Ex: “... <i>Eu nunca deixei de apresentar seminários, mas é aquilo, fico pensando, ta todo mundo me olhando.... No começo eu fico meio gelado.. eu fico pensando, todo mundo vai falar, vai comentar, aquele tá me olhando diferente, entendeu?Medo de ser o centro das atenções.</i>
• Desemp. Trabalho	Prejuízo moderado no ambiente de trabalho, sem impedir a realização da tarefa. Ex: “...” <i>Lance profissional eu não tinha muito não, mas assim, quando tem muitas pessoas envolvidas, quando você ta chamando a atenção de muitas pessoas, aí.. né..,cê já dá um bloqueio a mais..</i> ”; “... <i>então é isso, é deixar de falar, deixar de fazer alguma coisa, mas não é tão grave no meu caso porque eu enfrento...Eu convivo com aquele sentimento, aquela sensação, mas eu faço.</i>
• Desemp. Projetos	Sem prejuízos quanto a projetos para o futuro. Ex: “... <i>eu tenho planos de ir pro exterior porque minha área ta crescendo bastante e falta profissional...quero ganhar mercado ou então arrumar emprego aqui. Eu quero ganhar dinheiro, ter minha vida, minhas coisas.</i> ”; “... <i>casar, ter filhos, que mais? Ter minha casa, minhas coisas. Dinheiro pra poder viajar...</i> ”.
RELACIONAMENTO	
• Família	Dificuldade sem claro comprometimento Ex: “... <i>numa reunião de família, você sempre fica esperando que nada aconteça para não chamar atenção. Fica sempre aquilo, não quero que nada aconteça para não ser o centro das atenções...</i> ”.
• Amigos	Presença de dificuldades nos relacionamentos com amigos, porém sem prejuízo claro. Ex: “... <i>Quando eu entrei aqui eu entrei querendo fazer amizade,</i>

continua...

...continuação

Instrumentos	Caracterização Indicadores de TAS
	<i>então eu comecei a tentar conversar e as pessoas aqui são mais quietas, mais na delas e quando você fala alguma besteira, gera uma zueira e eu comecei a ficar meio tímido com esse pessoal aí...hoje eu procuro evitar o contato com essas pessoas... ”.</i>
• Romântico	Prejuízo grave no relacionamento com o sexo oposto. Ex: “...minha dificuldade maior era com mulheres...No relacionamento amoroso em específico... ”; “...a fase pior foi dos meus 15 aos 17 anos, 14 aos 16, por aí...”
SAÚDE	Prejuízo grave na saúde, na percepção do bem estar. Ex: “...a gente deixa de fazer alguma coisa, e isso não é agradável, né? Você tem aquele bloqueio mental, eu tenho. Tira o bem estar quando você fica ansioso...”.
ÁREAS DE PREJUÍZO	Relacionamento Ex: “... eu não tenho um grupo de amigos fechado, porque eu gosto de ter vários amigos, eu nunca entrei num grupo, eu não gosto...”. “...Já deixei de sair com gatinhas, conhecer meninas, muito pelo medo do não, medo da recusa...”
EVITAÇÕES	Prejuízo grave, comportamento evitativo. Ex: “...eu evito falar certas coisas, evito fazer certas coisas pra não ser o centro das atenções, Acho que isso na vida inteira, você evita, você deixa de fazer certas coisas...”.
RECURSOS /ADAPTAÇÃO	Cumprimento espontâneo com aperto de mão. Mantem contato visual com tom de voz adequado à situação Ex: “Porque eu meio aprendi a controlar esse lado... Com o tempo é como se a gente tivesse um aprendizado com um lado que a gente tem...” “...no meu caso, eu acho que muita coisa é por causa da mediunidade, tem situações que eu consigo ficar melhor e outras não, dependendo da energia entende?”
NECESSIDADE DE AJUDA	Enfrentamento da situação problema sem ajuda especializada . Ex: “...você tem aquilo ali você enfrenta, tive situações que eu ficava gelado, mas eu enfrentava, pensava: não, eu vou conseguir e fui conseguindo. Eu acho que isso ajuda, me ajudou muito . A escala de timidez hoje é muito menor que antes.

SPIN: Inventário de Fobia Social; QSG-12: Questionário de Saúde Geral-12; ELAPF: Escala de Liebowitz de Auto-Avaliação do Prejuízo Funcional; ELHPF: Escala de Liebowitz de Hetero-Avaliação do Prejuízo Funcional

Destaca-se que os maiores prejuízos foram observados nos instrumentos de auto-avaliação como: a SPIN, o QGS-12 e a ELAPF.

Os maiores prejuízos avaliados pelo participante, predominaram nas áreas relativas ao uso de bebidas alcoólicas, aos relacionamentos afetivos, profissionais e sociais, ao desempenho em atividades e à manutenção do bem estar. Nas duas últimas semanas, o participante avaliou dificuldade em manter bom humor, se inserir em um trabalho, se relacionar com familiares e de se manter na escola.

Os dados relativos à entrevista caracterizaram prejuízos mais marcados nos relacionamentos. No entanto, outras áreas como a acadêmica, a profissional, a social e a saúde, apresentaram prejuízos moderados ou limitações não muito claras.

Participante 2- sexo feminino, 22 anos, estudante universitária, graduação- área biológicas, sem experiência de trabalho prévia. Reside em casa com colegas (tipo república). Mantém-se com recursos financeiros dos familiares que residem em outra cidade. Apresentou maior prejuízo na hetero-avaliação por meio da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional quando comparado à Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional;

O quadro 2 apresenta a caracterização dos indicadores de prejuízos relativos ao TAS observados na avaliação do participante 2 nos diferentes instrumentos.

Quadro 2- Participante 2- Resultados globais do participante 2 em função dos diferentes instrumentos avaliativos usados

Instrumentos	Caracterização Indicadores de TAS
SPIN	Prejuízo elevado e extremo na avaliação de medo, evitação e sintomas fisiológicos relacionados ao TAS.
QSG-12	Dificuldades leves relacionadas à concentração e sentimentos de tensão e agonia, dificuldade moderada e grave quanto a sono, superação das dificuldades, a desfrutar as atividades de costume, a enfrentar problemas, a perda da confiança em si, sentimentos de baixa auto-estima e sentimentos de tristeza.
ELAPF Curso da vida	Sem alterações quanto à auto-avaliação do prejuízo funcional
Duas últimas semanas	Presença de prejuízo moderado quanto a manter bom humor, permanecer na escola e manter um trabalho, dificuldade nos relacionamentos afetivos. Presença leve de pensamentos de suicídio.
ELHPF – maior prejuízo Curso da vida	Prejuízos funcionais moderado e grave relacionados às atividades acadêmicas, relacionamento sociais, afetivos e familiares, dificuldade para participar de atividades de interesse e esportiva.
Duas últimas semanas	Prejuízos funcionais moderado e grave quanto aos relacionamentos afetivos e familiares, dificuldades nos relacionamentos com amigos e na participação de atividades de interesse.
ENTREVISTA	
• Atitude	Colaboração e evitação de contato Relata os prejuízos cotidianos com intenso sofrimento e choro, mas consegue descrever com coerência e organização suas dificuldades, sentimentos e limitações. Mantém postura distante afetivamente, resiste à ajuda no primeiro momento (foi encaminhada).
• Desemp. Atividades Auto cuidado e de auto-manutenção	Sem prejuízos Ex: “...Não, acho que nem tanto... O que pega é a faculdade...”
• Desemp. Acadêmico	Prejuízo grave. Ex: ...a timidez é muito forte, você não consegue ficar calmo, raciocinar, falar, seu desempenho, seu rendimento acaba sendo menor por causa da timidez ou da fobia social... tem que saber muito bem o que você tem que fazer porque vai chegar na hora , vai dar aquele branco (choro, pausa).
• Desemp. Trabalho	Não trabalha Ex: “Não , não trabalho”.
• Desemp. Projetos	Prejuízo grave, fuga e evitação de situações de exposição social na escola; sem projetos, afetivos e sociais. Ex: “Não tenho, não é que eu não leve em conta o futuro, eu tenho que dar conta desta dificuldade agora... Eu penso em fazer uma especialização tentar fugir da clínica...eu acho um pouco absurdo fazer planos porque o sofrimento é muito grande, é o que mais me

continua...

...continuação

Instrumentos	Caracterização Indicadores de TAS
	<i>machuca. Difícil fazer planos.”</i>
RELACIONAMENTO • Família	Sem prejuízos Ex: “... <i>meu problema é uma coisa muito localizada, eu tenho medo de ser avaliada, ser observada, ser questionada e com a família eu não tenho nenhum problema...</i> ”
• Amigos	Prejuízo moderado, não deixa de conviver, mas não tem amigo íntimo. Ex: “... <i>tem gente com fobia social que tem medo de gente estranha, eu não, eu tenho medo de gente conhecida...</i> ”
• Romântico	Incapacidade de namorar Ex: “... <i>é como se você não deixasse as pessoas entrarem, tivesse um perímetro assim : “proibido passar”.</i> ”
SAÚDE	Prejuízo grave na percepção de bem estar. Ex: “... <i>a auto estima muito baixa, ela não permite você ir atrás das coisas que você tem interesse. A auto-confiança é muito baixa pra qualquer coisa que você quer fazer...</i> ”.
ÁREAS DE PREJUÍZO	Área acadêmica e relacionamentos Ex: “... <i>agora é parte prática, fica com os colegas, tem que atender pessoas, atrapalha muito. Você fica em pânico, dá branco, você tenta puxar na memória o que estudou na teoria, mas não dá. (choro, pausa na entrevista).</i> “... <i>eu não tenho relacionamentos amorosos...</i> ”.
EVITAÇÕES	Comportamento evitativo Ex: “... <i>Também não tenho amigo íntimo...</i> ” “... <i>não tem vida afetiva</i> ”.
RECURSOS /ADAPTAÇÃO	Colaborativa na entrevista, mantém postura de querer informar sobre suas dificuldades para ajudar nas pesquisas sobre TAS, aceitou ser encaminhada após explicação do benefício e necessidade Ex: “... <i>O que eu tento fazer é não evitar as pessoas, porque eu vou vendo que o estresse vai passando e as vezes eu dou conta, a gente acaba imunizando, ficando imunizada...</i> ”.
NECESSIDADE DE AJUDA	Especializada e enfrentamento da situação. Ex: “... <i>terapia, com psicóloga, e psiquiatra... com medicamento... Mas o que eu acho mais importante é a pessoa mesmo se ajudar...</i> ”.

SPIN: Inventário de Fobia Social; QSG-12: Questionário de Saúde Geral-12; ELAPF: Escala de Liebowitz de Auto-Avaliação do Prejuízo Funcional; ELHPF: Escala de Liebowitz de Hetero-Avaliação do Prejuízo Funcional

Destaca-se que os maiores prejuízos funcionais foram observados na hetero-avaliação: ELHPF e entrevista.

Os prejuízos vivenciados, associados a medo, evitação e sintomas fisiológicos, variaram de grave a extremo. Quanto à percepção de saúde geral, referiu prejuízo leve à grave, sendo o sono e a capacidade de desfrutar de atividades cotidianas, enfrentar problemas, ter confiança em si, ter auto-estima e sentir-se feliz, as áreas de maiores dificuldades.

Nas escalas de avaliação do prejuízo funcional, observou-se maior prejuízo na ELHPF quando comparada à ELAPF.

Quanto à entrevista, ressalta-se a presença de prejuízos graves nas áreas acadêmicas, de desempenho em atividades de interesse e de necessidade, de relacionamentos, assim como nos planos e projetos para o futuro e para a saúde.

Destaca-se, para esta participante, um intenso sofrimento e limitações na vida cotidiana avaliados pelos clínicos, tanto por meio da hetero-avaliação como da entrevista. A diferença entre os escores dos instrumentos de auto-avaliação e de hetero-avaliação parecem relacionados ao esforço de enfrentamento observado e conseqüente atenuação das dificuldades.

Ressalta-se desta forma, a importância de modalidades de avaliação complementares, que permitam conhecimento mais específico das dificuldades relacionadas ao TAS.

Participante 3- sexo masculino, 22 anos, estudante universitário, graduação- área exatas, sem experiência prévia de trabalho. Reside com pai e mãe. Mantém-se com bolsa de iniciação científica. Apresentou maiores prejuízos tanto na hetero como na auto-avaliação por meio da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional e da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional.

O quadro 3 apresenta a caracterização dos indicadores de prejuízos relativos ao TAS observados na avaliação do participante 3 nos diferentes instrumentos .

Quadro 3- Participante 3- Resultados globais do participante 3 em função dos diferentes instrumentos avaliativos usados

Intrumentos	Caracterização Indicadores de TAS
SPIN	Prejuízo extremo na avaliação de medo, evitação e sintomas fisiológicos relacionados ao TAS.
QSG-12	Dificuldades leves relacionadas à concentração e sentimentos de tensão e agonia, dificuldade moderada e grave quanto ao sono, a superação das dificuldades, a desfrutar as atividades de costume, a enfrentar problemas, a perda da confiança em si, sentimentos de baixa auto-estima e sentimentos de tristeza.
ELAPF – prejuízo acentuado Curso da vida	Prejuízos funcionais graves relacionados à ingestão de bebidas alcoólicas, às atividades acadêmicas, relacionamento sociais, afetivos e com familiares, participação em atividades de interesse e esportivas, manutenção do bom humor e das atividades de trabalho e de auto cuidado e presença grave de pensamentos de suicídio.
Duas últimas semanas	De forma idêntica à avaliação do curso da vida, apresentou prejuízos funcionais graves relacionados à ingestão de bebidas alcoólicas, às atividades acadêmicas, relacionamento sociais, afetivos e com familiares, participação em atividades de interesse e esportivas, manutenção do bom humor e das atividades de trabalho e de auto cuidado e presença grave de pensamentos de morte e suicídio.
ELHPF - prejuízo acentuado Curso da vida	Presença de prejuízos moderados nas atividades acadêmicas, e graves relacionados ao trabalho, relacionamentos familiares, sociais e afetivos, participação em atividades de interesse e de auto manutenção, além de pensamentos de suicídio.
Duas últimas semanas	De forma semelhante, presença de prejuízos funcionais relacionados às atividades acadêmicas e de trabalho, relacionamentos familiares, sociais e afetivos, participação em atividades de interesse e de auto manutenção e pensamentos de suicídio.
ENTREVISTA	
• Atitude	Colaboração, fala espontânea e com fluxo aumentado, agitação psicomotora Ex: Relato coerente, organizado, elaborado, informa bem sobre suas limitações, sentimentos e prejuízos cotidianos.

continua...

...continuação

Instrumentos	Caracterização Indicadores de TAS
<ul style="list-style-type: none"> Desemp. Atividades de auto cuidado e de auto manutenção 	<p>Prejuízo grave</p> <p>Ex: “...no meu prédio eu subo todos os dias as escadarias, eu não uso o elevador comum do prédio, eu evito ao máximo o contato...”</p> <p>“...Sair de casa pra mim é um esforço muito grande, é uma luta muito grande que eu tenho que travar pra conseguir sair...”</p> <p>“...comer em público... em toda e qualquer refeição, quando criança (lanche, salgadinho) eu tinha que mandar embrulhar pra comer... até no banheiro da minha escola quando estava com muita fome eu já fui comer no banheiro pra não comer no pátio.”</p>
<ul style="list-style-type: none"> Desemp. Acadêmico 	<p>Prejuízo grave</p> <p>Ex: “...prejuízo acadêmico, né? ...o trabalho de conclusão de curso que foi péssimo por conta disso, foi péssimo... um trabalho de 2 anos...pessimamente apresentado...”</p> <p>“...Sinto que eu começo a suar frio, aceleração do coração...e. trêmulo, sabe? A memória falha como aconteceu no meu trabalho de conclusão de curso que foi um desastre”.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Desemp. Trabalho 	<p>Não trabalha.</p> <p>Ex: “Eu tenho bolsa- pesquisa..... o que permite que eu tenha, que eu não precise estar em contato com outras pessoas...eu não trabalho diretamente no meu laboratório. Isso foi um dos pedidos que eu fiz pro meu orientador: de que eu não tivesse exigência de trabalhar, de cumprir minha carga horária no laboratório para não ter contato com as pessoas.”</p>
<ul style="list-style-type: none"> Desemp. Projetos 	<p>Prejuízo moderado-limitações.</p> <p>Ex: “...eu pretendo concluir agora essa iniciação científica e já emendar com o mestrado... Se eu conseguir, se eu tiver fôlego e tiver perna pra isso, competência pra conseguir isso aí e continuar no mestrado e depois pensar no doutorado...”</p> <p>“...não me vejo nessa posição. Se eu puder continuar com meu estilo de vida é o ideal...”</p> <p>“... eu não me vejo com família...”.</p>
RELACIONAMENTO	
<ul style="list-style-type: none"> Família 	<p>Prejuízo grave-incapacidade.</p> <p>Ex: “...eu não me recordo de ter tido uma conversa assim, diálogo franco. Com nenhum dos dois: nem com o meu pai nem com a minha mãe”.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Amigos 	<p>Prejuízo grave, restrições intensas no contato.</p> <p>Ex: “...eu tenho tão poucos relacionamentos que... eu também faço questão de mantê-los assim, o mais restrito possível. Então, na verdade assim, o contato mesmo, humano, eu tenho pouquíssimos.</p>

continua...

...continuação

Instrumentos	Caracterização Indicadores de TAS
<ul style="list-style-type: none"> Romântico 	<p>Incapacidade de se relacionar afetivamente .</p> <p>Ex: <i>“Eu sou uma pessoa de poucos relacionamentos, de pouquíssimos relacionamentos...eu sou uma pessoa muito solitária...”</i></p> <p>Ex: <i>“...no relacionamento afetivo. Então eu acho que é incomum, uma pessoa saudável, no auge da vida com 25 anos não ter um relacionamento afetivo é algo incomum...”</i></p>
SAÚDE	<p>Prejuízos na saúde física e mental.</p> <p>Ex: <i>“...eu acho que muito da minha obesidade é em relação a isso, né? De sair pouquíssimo de casa, não andar... eu não tenho alimentação ruim, eu não sou uma pessoa de exageros, não fumo, não bebo, não sou aquela pessoa de alterar completamente a alimentação, de comer frituras ou bobagens...”</i>.</p>
ÁREAS DE PREJUÍZO	<p>Acadêmica, relacionamentos, saúde.</p> <p>Ex: <i>“Gosto muito de ficar em casa, não gosto de sair, se eu puder ter uma atividade que eu precise sair o menos possível de casa...Isso é uma coisa que me acompanha desde que eu era pequeno....esse isolamento...”</i>.</p> <p>Ex: <i>“...eu tenho pouquíssimos realmente...meus relacionamentos são quase todos baseados, intermediados por máquina. Eu me sinto mais confortável”</i>.</p> <p><i>“...Eu já pensei em fazer uma caminhada no início da manhã, de madrugada, 5 da manhã... porque você não tem gente na rua, as pessoas que tem estão indo pro trabalho, então não tem aquela movimentação, aquela coisa. Então por isso eu achei um horário estratégico...”</i>.</p>
EVITAÇÕES	<p>Fuga de contato social.</p> <p>Ex: <i>“...eu evito sempre, ao máximo que eu posso o contato com outras pessoas pra justamente eu não me sentir mal... eu evito ao máximo qualquer espaço público que envolva multidão.”</i></p>
RECURSOS /ADAPTAÇÃO	<p>Mantem contato visual com tom de voz adequado à situação e fluxo aumentado, mostra-se próximo, receptivo e disponível para a entrevistas.</p> <p>Ex: <i>“...Então às vezes eu tento me policiar para que as coisas não cheguem no ponto como já chegaram em outras coisas da minha vida. Então eu tento... Não consigo, mas eu tento evitar que aquilo chegue naquele ponto...”</i>.</p> <p><i>“...eu criei uma coisa que é uma imagem falsa, uma imagem mítica. Uma coisa que eu criei justamente pra evitar essa timidez com o contato. Então acaba que isso é uma forma que eu consigo lidar com essa questão.</i></p>
NECESSIDADE DE AJUDA	<p>Especializada e enfrentamento da situação.</p> <p>Ex: <i>“Eu acho que se eu tivesse uma ajuda...Acho que até farmacológica, alguma coisa assim pra recompor. Eu me sinto muito fragmentado por conta disso. Essa coisa me fragmenta muito...”</i></p>

continua...

...continuação

Instrumentos	Caracterização Indicadores de TAS
	<i>“...Eu fui perder isso fazendo análise, eu tive o privilégio de ter tido uma análise muito bem feita. Uma pessoa de que me ajudou muito em muitos momentos da minha vida...”.</i>

SPIN: Inventário de Fobia Social; QSG-12: Questionário de Saúde Geral-12; ELAPF: Escala de Liebowitz de Auto-Avaliação do Prejuízo Funcional; ELHPF : Escala de Liebowitz de Hetero-Avaliação do Prejuízo Funcional

Na avaliação quanto aos prejuízos funcionais mostrou maiores prejuízos na ELAPF quando comparada a ELHPF. No entanto, observou-se prejuízos que variam de moderado a grave nos dois instrumentos e nos dois parâmetros temporais.

Observou-se prejuízos acentuados na avaliação de medo, evitação e sintomas fisiológicos. Em relação à percepção de saúde geral, observou-se que tal avaliação variou de leve a grave, sendo as áreas de maior prejuízo, o sono e a capacidade de desfrutar de atividades cotidianas, enfrentar problemas, ter confiança em si, ter auto-estima e sentir-se feliz.

Quanto à entrevista, observou-se intenso prejuízo relacionados ao uso de bebidas alcoólicas, nos relacionamentos sociais e afetivos, nas atividades de auto cuidado, auto-manutenção, acadêmicas, de interesse de necessidade e no bem-estar. Foram observados ainda prejuízos quanto aos planos para o futuro e percepção geral de saúde.

Para este participante, observou-se que todas as áreas avaliadas mostraram-se comprometidas, sendo observado, tanto pelo clínico quanto pelo participante, limitações na vida cotidiana, na auto-estima e na percepção de auto-eficácia. Tal diversidade de prejuízos pode ter contribuído para a proximidade das avaliações da auto e da hetero-avaliação.

5 DISCUSSÃO

A discussão dos dados do estudo será apresentada em três tópicos, a saber: a) referentes: aspectos psicossociais e clínicos da amostra estudada, b) qualidades psicométricas das Escalas de Liebowitz para Hetero-avaliação e Auto-avaliação do Prejuízo Funcional, c) a avaliação dos prejuízos funcionais associados ao TAS e as influências para as atividades cotidianas, sob a perspectiva da Terapia Ocupacional.

5.1 TAS: Aspectos Psicossociais e Clínicos

A comparação das características sócio-demográficas dos grupos estudados, TAS e Não TAS, evidenciou, de forma geral, a ausência de diferenças significativas, mostrando a homogeneidade dos grupos e a possibilidade de serem comparados quanto às variáveis em estudo.

Observou-se uma maior taxa de ocorrência do sexo feminino no grupo TAS, semelhante aos dados relatados nos estudos de Furmark (2000), Kessler (2003) e Schneier et al. (1994) e, em nosso meio, no estudo de Baptista (2006). Foi predominante nos dois grupos, quanto à situação profissional, atividades exclusivas de estudante e também da faixa etária de 17 aos 25 anos. Tais dados guardam relação com os critérios de inclusão do estudo, podendo ser entendidos em função das peculiaridades da amostra, constituída exclusivamente por estudantes universitários, sendo tal faixa etária a mais comumente observada nesse período de escolaridade. A área do curso de origem dos participantes mais freqüente foi a Biológicas nos dois grupos, podendo tal dado ser justificado pelos participantes serem em sua maioria, provenientes da USP, onde são oferecidos mais cursos nesta área.

Com relação aos aspectos clínicos, observou-se no grupo TAS que os indicadores de baixa auto-estima, sentimentos de tristeza, agonia, tensão, baixa capacidade de superar

dificuldades e de desfrutar atividades de rotina, foram avaliados como significativamente mais frequentes quando da comparação com os participantes do grupo de não portadores de TAS. Tais dificuldades vivenciadas pelos portadores de TAS podem ser relacionadas ao medo excessivo de serem avaliados negativamente, humilhados ou parecerem ridículos, assim como pelas dificuldades de inserção e participação social, relatados como aspectos característicos do TAS no Manual...(2002), na CID-10 (OMS, 1993) e na clássica revisão de Furmark (2000).

De forma semelhante, tais prejuízos foram também relatados em estudos que avaliaram a qualidade de vida e os prejuízos funcionais, tais como os estudos de Safren et al. (1996-1997), Schneier et al. (1994), Stein e Kean (2000), Wittchen e Beloch (1996) e Wittchen et al. (2000). Estes estudos mostraram que as pessoas com TAS relataram mais insatisfação quanto a qualidade de vida e prejuízos nas atividades de rotina, referindo insatisfação com a vida e também com a sua saúde.

Destaca-se ainda, com base na auto-percepção dos participantes com TAS, uma identificação clara destas dificuldades, como pode ser visto nos relatos: “...a gente deixa de fazer alguma coisa, e isso não é agradável, né? Você tem aquele bloqueio mental, eu tenho. Tira o bem-estar quando você fica ansioso...” (participante 1); “...eu tenho medo de ser avaliada, ser observada, ser questionada... a auto estima muito baixa, ela não permite você ir atrás das coisas que você tem interesse. A auto-confiança é muito baixa pra qualquer coisa que você quer fazer...” (participante 2); “...eu acho que muito da minha obesidade é em relação a isso, né? De sair pouquíssimo de casa, não andar... eu não tenho alimentação ruim, eu não sou uma pessoa de exageros, não fumo, não bebo, não sou aquela pessoa de alterar completamente a alimentação, de comer frituras ou bobagens...” (participante 3).

Tais características do perfil clínico dos participantes com TAS corroboram as evidências de estudos que apontaram para a necessidade de avaliação da percepção da saúde e

bem estar psicológico quando da caracterização do impacto das doenças ou transtornos. Estudos como o de Fleck, Leal e Louzada (1999); as recomendações da OMS (2003) ou ainda de Farias e Buchalla (2005), ressaltaram tal necessidade, ou seja, a relevância de se examinar os comprometimentos das atividades diárias, as alterações na percepção da saúde e bem estar e as dificuldades ou prejuízos funcionais associados ao adoecimento.

Tendo em vista os prejuízos funcionais, os dados obtidos no estudo empírico de comparação entre grupos, demonstraram que os avaliadores clínicos também identificaram mais prejuízos no funcionamento cotidiano do grupo TAS quando comparado ao grupo Não TAS na amostra de universitários brasileiros, no que diz respeito ao desempenho em atividades acadêmicas, de auto-cuidado e de interesses, aos relacionamentos e ao desejo de viver. Quanto as dificuldades a maior média foi observada para o item relativo a casamento/namoro, para o grupo TAS no curso da vida, mostrando ser esta, uma área de importante dificuldade para os portadores do transtorno.

Semelhante à avaliação realizada pelos avaliadores clínicos, a auto-avaliação dos participantes mostrou maiores prejuízos para o grupo TAS quando comparado ao grupo Não TAS nos aspectos relacionados à vida cotidiana, especificamente nos relacionamentos afetivos, na capacidade de manter o bom humor e de manter atividades de interesse.

Tendo em vista os parâmetros temporais destaca-se que, tanto na avaliação realizada pelos clínicos quanto na auto-avaliação dos participantes, observou-se que no parâmetro temporal curso da vida, os indicadores de prejuízo funcional foram maiores quando comparados às duas últimas semanas. Este dado pode ser justificado pelo processo de adaptação à situação e a busca de estratégias que possibilitem manter as atividades essenciais do dia-a-dia, apesar das dificuldades.

A presença de mais prejuízos ao longo da vida, foi também abordada, de forma semelhante, nos estudos conduzidos por Wittchen e Beloch (1996) e Wittchen et.al. (2000) ao

avaliarem os prejuízos funcionais de pessoas com TAS, tendo em vista os parâmetros temporais ao longo da vida e nas últimas semanas. Tais dados foram entendidos nos dois estudos referidos, como estando associados a um processo de aprendizagem e enfrentamento dos prejuízos, tendendo a diminuí-los ao longo do tempo.

Como forma de exemplificar estes achados e entender o processo de adaptação, pode-se tomar como referência os seguintes relatos: *“Porque eu meio aprendi a controlar esse lado... com o tempo é como se a gente tivesse um aprendizado com um lado que a gente tem...”* (participante 1); *“...O que eu tento fazer é não evitar as pessoas, porque eu vou vendo que o estresse vai passando e as vezes eu dou conta, a gente acaba imunizando, ficando imunizada...”* (participante 2); *“...Então às vezes eu tento me policiar para que as coisas não cheguem no ponto como já chegaram em outras coisas da minha vida. Então eu tento... Não consigo, mas eu tento evitar que aquilo chegue naquele ponto...”* ou ainda: *“...eu criei uma coisa que é uma imagem falsa, uma imagem mítica. Uma coisa que eu criei justamente pra evitar essa timidez com o contato. Então acaba que isso é uma forma que eu consigo lidar com essa questão”* (participante 3).

As dificuldades nos relacionamentos afetivos/ namoro foram relatadas em estudos populacionais, conduzidos em contextos diversos como os de Baptista (2006), Furmark (2000) e Kessler (2003) com população de universitários brasileiros que identificaram maior prevalência de TAS em pessoas solteiras e foram também relatados em estudos comparativos, que avaliaram a qualidade de vida ou específicos sobre prejuízos funcionais (LOCHNER et al., 2003; SAFREN et al., 1996-1997; SCHNEIER et al., 1994; WITTCHEN; BELOCH, 1996; STEIN; KEAN, 2000). Tais dificuldades podem guardar relação com os indicadores de baixa auto-estima, insegurança, sentimentos de tensão, medo de ser avaliado negativamente ou de parecer ridículo para o sexo oposto, além da dificuldade de participar de festas e eventos sociais. Destaca-se que tanto os sentimentos vividos pelas pessoas com TAS quanto

as limitações nas atividades do cotidiano, podem restringir o relacionamento com pessoas de modo geral e, particularmente, as relações afetivas/namoro.

No estudo em questão, identificou-se também dificuldades quanto ao inibir, impedir ou limitar os relacionamentos com amigos e colegas, o que é semelhante ao já relatado em estudos como os de Safren et al. (1996-1997), Stein e Kean (2000) e Wittchen et al. (2000), os quais mostraram que as pessoas com TAS têm mais dificuldades de fazer amigos quando comparadas à pessoas sem o transtorno.

Tais dificuldades foram relatadas pelos participantes no momento da entrevista: *“...Minha dificuldade maior era com mulheres...no relacionamento amoroso em específico...”* (participante 1); *“...é como se você não deixasse as pessoas entrarem, tivesse um perímetro assim : “proibido passar”; “...tem gente com fobia social que tem medo de gente estranha, eu não, eu tenho medo de gente conhecida...”* (participante 2); ou ainda na auto-percepção das dificuldades observadas na entrevista do participante 3: *“...eu acho que é incomum, uma pessoa saudável, no auge da vida com 25 anos não ter um relacionamento afetivo é algo incomum...Também não tenho amigo íntimo...não tem vida afetiva”*.

Com relação as dificuldades relacionadas ao desempenho acadêmico, observou-se diferença com significância estatística somente na avaliação realizada pelos profissionais clínicos, tais dados corroboram o estudo de Ameringem, Mancini e Farvolden (2003), que relatou que as pessoas com TAS apresentaram maior risco de abandonar a escola quando comparadas às pessoas com outros tipos de transtornos de ansiedade. Estas dificuldades podem ser entendidas tendo em vista a ansiedade de falar em público, de apresentar seminários, de desempenhar tarefas na frente de outras pessoas, entre outras dificuldades vivenciadas pelas pessoas com TAS, que impedem ou limitam o processo de aprendizagem e de interação social necessários para as atividades no contexto escolar.

Sobre estas dificuldades os participantes relataram: “...*Eu nunca deixei de apresentar seminários, mas é aquilo, fico pensando, ta todo mundo me olhando...*” (participante 1); “...*seu rendimento acaba sendo menor por causa da timidez ou da fobia social... tem que saber muito bem o que você tem que fazer porque vai chegar na hora , vai dar aquele branco (choro, pausa).*” (participante 2); “...*Sinto que eu começo a suar frio, aceleração do coração...e. trêmulo, sabe? A memória falha como aconteceu no meu trabalho de conclusão de curso que foi um desastre*”.(participante 3).

Quanto à auto-avaliação, de maneira diversa aos dados da avaliação realizada pelos clínicos e aquela identificada na literatura sobre o TAS, o item manter-se na escola não mostrou diferença com significância estatística nos dois parâmetros temporais. Este dado pode estar relacionado as modalidades de avaliação e as peculiaridades da amostra, sugerindo que o profissional clínico especializado foi capaz de avaliar dificuldades não percebidas pelos participantes ou, percebidas como menores quando comparadas à avaliação realizada pelo clínico. Tendo em vista que a amostra do estudo em questão avaliou exclusivamente estudantes universitários, pode-se pensar ainda que os participantes, por estarem frequentando a universidade, apresentavam menores dificuldades dessa natureza.

Assim como o desempenho na escola, o desempenho profissional foi estudado por Lecrubier et al. (2000) e por Patel et al. (2002), mostrando que as pessoas com TAS referiram maior dificuldade na vida profissional quando comparadas às pessoas sem transtornos psiquiátricos. Estas pessoas relataram evitar entrevistas, conversar com chefes ou autoridades e falar com pessoas de modo geral, resultando em dificuldades ou impossibilidades de conseguir e manter um emprego, aceitar cargos administrativos e ascender na carreira profissional. A dependência financeira de familiares e as dificuldades relacionadas ao trabalho foram identificados, no estudo em questão, pelas referências a interrupção do emprego em

função da ansiedade vivenciada, a presença de comportamento evitativo e de esquiva, medo de ser o centro das atenções.

Sobre estas dificuldades, os participantes relataram: “...quando tem muitas pessoas envolvidas, quando você tá chamando a atenção de muitas pessoas, aí.. né..,cê já dá um bloqueio a mais...”.(participante 1); “Não, não,, eu não trabalho” (referindo manter-se com recursos financeiros de familiares); “...Eu penso em fazer uma especialização tentar fugir da clínica..” (participante 2); “Eu tenho bolsa-pesquisa... eu não trabalho diretamente no meu laboratório, o que permite que eu não precise estar em contato com outras pessoas...Isso foi um dos pedidos que eu fiz pro meu orientador: de que eu não tivesse exigência de trabalhar, de cumprir minha carga horária no laboratório para não ter contato com as pessoas” (participante 3).

A presença de pensamentos e comportamentos suicidas, avaliados pelos clínicos e pelos próprios participantes, mostraram na comparação dos grupos, diferença com significância estatística somente no curso da vida, momento em que os participantes identificaram maior comprometimento quando comparado às duas últimas semanas. Tal dado, pode ser entendido pelo processo adaptativo já citado anteriormente, mostrando que a pior fase foi ao longo da vida, momento de maior prejuízo e maior sofrimento. Pode-se pensar ainda que os participantes que aceitaram participar estariam em uma situação de menor gravidade e que os comportamentos ou pensamentos suicidas poderiam estar presentes nas pessoas que desistiram de participar do estudo, tendo em vista a gravidade dos sintomas e a impossibilidade de participar de uma avaliação e entrevistas.

Observou-se que na auto avaliação dos participantes, as áreas relacionadas à ingerir bebidas alcóolicas, usar medicação sem prescrição, cuidar da higiene pessoal e das tarefas domésticas, não mostraram diferença com significância estatística na comparação dos grupos TAS e Não TAS para os dois parâmetros temporais.

Quanto às atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção, observou-se distinção com base na auto-avaliação e na avaliação dos profissionais clínicos, observando-se prejuízos significativamente maior para o grupo TAS, quando comparado ao grupo Não TAS. Tal dado pode estar relacionado às diferenças na modalidade de avaliação, auto ou hetero-avaliação, tendo em vista que o sujeito, na auto-avaliação pode tender a minimizar suas dificuldades ou não reconhecer sua associação com o TAS, por outro lado, na hetero-avaliação, realizada por profissionais sistematicamente treinados, a avaliação e detecção de tais sintomas, pode ter sido favorecida (BRUNELLO et al., 2000; FIGUEIRA et al., 1994).

Os itens da ELAPF relacionados ao uso de medicação sem prescrição médica e ao uso de bebidas alcoólicas, também não mostraram diferença com significância estatística nos dois parâmetros temporais, pode-se pensar frente a tal dado, que tais comportamentos são comumente observados na população geral de universitários, e desta forma, estando presente também para os participantes do grupo Não TAS. Corroborando tal análise, pode-se verificar tais achados nos relatos de Andrade et al. (1997), Caiaffa, Barreto e Campos (2002) e Silva et al. (2006) sobre o uso e dependência de álcool, tabaco, drogas ilícitas e medicamentos, com potencial de abuso entre jovens universitários e, no estudo de Pillon e Corradi-Webster (2006) sobre o padrão de uso do álcool entre estudantes de graduação em enfermagem. Tais estudos, encontraram alta prevalência de alcoolismo, drogas ilícitas e do uso de medicamentos com potencial de abuso entre os universitários estudados.

Tendo em vista as dificuldades, limitações e o impacto do TAS observados nas atividades da vida cotidiana e a necessidade de instrumentos válidos que sirvam de ferramentas para a precoce identificação de tais prejuízos, o objetivo principal desse estudo foi a validação das escalas: Escala de Liebowitz para Hetero-Avaliação do Prejuízo Funcional e da Escala de Liebowitz para Auto-Avaliação do Prejuízo Funcional que serão abordadas quanto suas peculiaridades no próximo tópico.

5.2 Qualidades Psicométricas das Escalas Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional e Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional

O estudo empírico de comparação entre os grupos TAS e NÃO TAS demonstrou que, tanto os participantes quanto os clínicos, identificaram mais prejuízos funcionais no grupo TAS quando comparado ao grupo Não TAS na amostra de universitários brasileiros, apontando assim, para a capacidade destes instrumentos avaliativos (ELHPF e ELAPF) de discriminarem as diferenças entre os grupos e de detectarem os prejuízos funcionais associados ao TAS. Tais dados são semelhantes ao do estudo original, conduzido por Schneier et al. (1994), com uma amostra de pacientes americanos provenientes de uma clínica especializada em transtornos de ansiedade e de clínicas particulares.

Quanto ao estudo da fidedignidade da ELHPF, realizado por meio do Coeficiente de Correlação Kappa, observou-se bons índices de concordância entre os avaliadores, mostrando boa confiabilidade do instrumento, ou seja, capacidade de reprodutibilidade da ELHPF. No entanto, até onde temos conhecimento, não se tem parâmetros de comparação com outros estudos, uma vez que não foram identificados relatos de estudos de precisão inter-avaliadores para a ELHFP.

O bom nível de fidedignidade entre os avaliadores pode ser relacionado aos cuidados metodológicos adotados no estudo em questão, como a construção, para o uso do entrevistador, de um roteiro de apoio, baseado em perguntas-guia, sustentado por um catálogo de definições, além das adaptações realizadas no processo de treinamento para aplicação da escala. A utilização de um procedimento sistematizado contribuiu para que os avaliadores tivessem maior clareza na compreensão do conteúdo e gradação dos itens, ajudando na discriminação da gravidade dos sintomas ao qual se referiam, tornando a aplicação da escala mais sistemática.

O estudo da precisão da ELHPF mostrou, para o grupo TAS, valores de alfa de Cronbach de 0,68 no curso da vida e 0,67 nas duas últimas semanas. Apesar de valores menores quando comparados ao estudo original de Schneier et al. (1994) (0,90 no curso da vida e 0,87 nas duas últimas semanas) e ao estudo de Hambrick et al. (2004) (0,79 curso da vida e 0,71 nas duas últimas semanas), os valores encontrados neste estudo podem ser considerados aceitáveis, sugerindo consistência interna moderada, mostrando congruência dos itens em relação ao conjunto de itens da ELHPF.

Analisando-se os dados de consistência interna da ELAPF, observou-se para o grupo TAS e Não TAS valores considerados bons. Em relação ao grupo TAS, a escala mostrou valores em torno de 0,85 para o parâmetro no curso da vida e 0,83 para o parâmetro nas duas últimas semanas. Comparativamente, tais valores são menores aos relatados no estudo original de Schneier et al. (1994) que relataram para o grupo TAS, o alfa de Cronbach de 0,92 para a avaliação dos dois momentos. Em comparação ao estudo conduzido por Hambrick et al. (2004), a escala apresentou alfa de Cronbach nas duas últimas semanas de 0,75 e no curso da vida de 0,82, mais próximos aos valores do presente trabalho. Destaca-se que apesar das diferenças numéricas, do ponto de vista do significado de tal dado, confirmou-se para a população brasileira, dados positivos quanto a precisão do instrumento.

Os valores positivos encontrados demonstram a boa consistência interna dos instrumentos, assim como a coerência de seus itens e a capacidade de avaliar o mesmo constructo, ou seja, prejuízo funcional.

Tendo por referência a análise dos componentes principais da ELHPF, observou-se, quanto ao parâmetro no curso da vida, que os dois fatores identificados explicaram 51,87% da variância dos dados, sendo o fator 1 denominado como Desempenho e Relações com familiares e, o fator 2, Atividades de Auto-cuidado e Auto-manutenção, Relações Afetivas e Comportamento Suicida, denotando assim domínios diversos. Em relação ao parâmetro nas

duas últimas semanas, os dois fatores identificados explicaram conjuntamente 51,63% da variância dos dados, sendo o fator 1 denominado como Relações Afetivas e Familiares e, o fator 2, como Desempenho em atividades de Auto-cuidado e auto-manutenção, de Lazer, Acadêmicas e Comportamento Suicida.

Analisando-se os dados da análise dos componentes principais da ELAPF conduzida para o grupo TAS, observou-se a identificação de três fatores para o parâmetro temporal no curso da vida e dois fatores para o parâmetro nas duas últimas semanas. No curso da vida, os fatores identificados explicaram 64,13% da variância dos dados, sendo que guardam relação o fator 1 denominado como Atividades e Desempenho, o fator 2 como Relações e Interesses e, o fator 3, como Indicadores de Risco, assim ficando denominados. Em relação ao parâmetro nas duas últimas semanas, os dois fatores identificados explicaram conjuntamente 51,12% da variância dos dados, sendo o fator 1 denominado como Atividades, Desempenho, Humor e Risco e, o fator 2, como Relacionamentos, Interesses e Desejo de viver.

Observou-se que os fatores identificados para os dois parâmetros temporais nos dois instrumentos, agruparam os indicadores relativos às dificuldades e ao sofrimento vivenciado nos relacionamentos, no desempenho e na participação em atividades necessárias e de interesse. Tais indicadores foram relatados extensamente em estudos com portadores de TAS, tanto por meio da avaliação da qualidade de vida, como nos estudos de Mendlowicz e Stein (2000), Safren et al. (1996-1997) e Wittchen e Beloch (1996), como também em estudos que avaliaram os prejuízos nas atividades cotidianas, como os de Schneier et al. (1994), Stein e Kean (2000) e Wittchen et al. (2000). Quanto a variável desejo de viver, esta parece estar correlacionada às situações de dificuldades nos relacionamentos e na participação nas atividades do cotidiano.

As áreas de dificuldades identificadas na análise dos componentes principais da ELHPF e da ELAPF, foram também observadas no estudo sobre qualidade de vida com portadores de

transtornos de ansiedade conduzido por Lochner et al.(2003) que, tendo em vista a avaliação de pessoas com transtornos de ansiedade, entre elas, 64 pacientes com TAS, observaram que os maiores prejuízos para estes pacientes, estavam relacionados aos domínios dos relacionamentos sociais e das atividades de lazer, quando comparados às dificuldades de pessoas portadoras de transtorno obsessivo compulsivo, e transtorno do pânico.

Tendo em vista o modelo de equação estrutural, Quilty et al. (2003) realizaram um estudo sobre as medidas de prejuízo funcional específicas para avaliação de transtornos de ansiedade, entre elas as versões de hetero e auto-avaliação estudadas nesse estudo. Observaram nesta avaliação duas variáveis latentes, sendo o fator 1 denominado como Funcionamento no Trabalho, por agrupar medidas de desempenho e participação no trabalho e o fator 2, denominado como Relações e Atividades, tendo em vista que este fator agrupou as relações sociais, familiares, românticas e a participação em atividades de auto-cuidado, auto-manutenção e de lazer.

Comparando os dados do presente estudo com os dados do estudo de Quilty et al. (2003), observou-se que os fatores extraídos por meio da análise dos componentes principais guardam relação com as variáveis latentes extraídas por meio do modelo de equação estrutural. Tanto os fatores como as variáveis latentes mostraram que para a avaliação dos prejuízos funcionais relacionados ao TAS, os principais indicadores a serem avaliadas são relativos aos relacionamentos e ao desempenho em atividades.

Destaca-se que na análise de componentes principais do estudo em questão, os relacionamentos abarcaram as relações sociais, com familiares e afetivas (namoro/casamento) e, o desempenho em atividades abrangeu as atividades de auto-cuidado e de auto manutenção, acadêmicas e de interesse/lazer. Quanto ao trabalho, tendo em vista as peculiaridades da amostra do presente estudo, constituída predominantemente por estudantes, tal item foi

retirado da análise dos componentes principais, não sendo possível discutir de forma mais ampla tal questão.

De forma distinta do estudo de Quilty et al. (2003), na análise dos componentes principais do presente estudo, observou-se a presença de variáveis relacionadas a comportamentos de risco, sendo na ELHPF o item comportamento suicida e na ELAPF os itens relativos ao uso de álcool, medicações sem prescrição médica e ao desejo de viver. No entanto, como não foram identificados na literatura, até o presente momento, estudos relativos a análise fatorial ou análise dos componentes principais das escalas estudadas (ELHPF e ELAPF), não foi possível ampliar a comparação analítica de tais dados.

Pode-se destacar que o número reduzido de fatores encontrados na análise dos componentes principais da ELHPF e da ELAPF, pode guardar relação com o fato das escalas serem instrumentos concisos, tendo como foco um conjunto mínimo de variáveis indicadoras de prejuízos funcionais relacionados ao TAS, como referido pelos autores na proposição do instrumento original (SCHNEIER et al., 1994).

Com relação a validade concorrente da ELHPF e da ELAPF, esta foi estudada em relação ao SPIN, instrumento auto-aplicado, que avalia indicadores de medo, de evitação e de sintomas fisiológicos relacionados ao TAS, proposto como um rastreador de sinais e sintomas. O SPIN, apesar de não ser um instrumento que avalia especificamente prejuízos funcionais, encontra-se traduzido e validado para o Brasil (OSÓRIO, 2008), o que favorece a comparação psicométrica.

Tendo em vista a ELHPF, a correlação entre os escores totais da ELHPF e do SPIN mostraram valores significativos tanto para o grupo TAS quanto para o grupo Não TAS, assim como para os dois parâmetros temporais. Para o grupo Não TAS as correlações entre os escores totais mostraram coeficientes superiores quando comparados ao grupo TAS.

Apesar do coeficiente de correlação entre as escalas mostrar valores moderados, é possível observar proximidade quanto aos construtos, prejuízo funcional e indicadores clínicos, avaliados respectivamente pela ELHPF e pelo SPIN. Os valores moderados encontrados, podem ser entendidos, uma vez que o SPIN de forma distinta da ELHPF, é um instrumento auto-aplicado e que avalia sintomas clínicos relacionados ao TAS, enquanto a ELHPF é um instrumento hetero-aplicado e que avalia prejuízo funcional relacionado ao TAS. Observou-se maior correlação para o grupo Não TAS quando comparado ao grupo TAS, podendo tal dado ser entendido como a identificação de maior relação entre a ausência de sintomas e a ausência de prejuízo funcional.

Analisando-se as correlações entre os itens individuais da ELHPF e o escore total do SPIN para o grupo TAS, observou-se valores significativos em quatro itens da ELHPF a saber: os relacionamentos com amigos, relacionamentos afetivos (namoro/casamento) e as atividades de auto-cuidado e auto-manutenção, que mostraram valores significativos nos dois parâmetros temporais; o comportamento suicida que mostrou valor significativo no parâmetro temporal curso da vida e desempenho escolar que mostrou valor significativo para o parâmetro temporal duas últimas semanas. As correlações entre os itens da ELHPF com o escore total do SPIN para o grupo Não TAS, mostrou valores levemente maiores para os dois parâmetros temporais. Para o parâmetro no curso da vida, observou-se correlações significativas em seis itens da ELHPF, sendo o único item que não apresentou correlação o item relativo a *atividade de auto-cuidado e de auto manutenção*. Para o parâmetro nas duas últimas semanas, observou-se correlação em cinco itens, sendo que os itens relativos a *atividade de auto-cuidado e de auto manutenção* e relativo ao *comportamento suicida*, não mostraram correlações significativas.

De modo geral, observou-se que as correlações mostraram valores moderados, maiores para o grupo Não TAS, como já observado anteriormente na correlação entre os escores

totais. Destaca-se que os itens que mais apresentaram correlação com os indicadores clínicos foram relativos a relacionamentos com amigos, seguido de relacionamento afetivo (namoro/casamento), sugerindo que os relacionamentos são influenciados pelos sintomas clínicos do TAS, como apresentado nos estudos de Hambrick et al. (2004), Lochner et al. (2003) e Schneier et al. (1994).

Ao se analisar as correlações entre os itens individuais da ELHPF com os itens do SPIN para o grupo TAS observou-se, contudo, que entre os itens foram encontradas correlações significativas e esperadas do ponto de vista teórico. Pode-se observar por exemplo que, para os dois parâmetro temporais, foram encontradas as maiores correlações entre os itens relativos aos relacionamentos afetivos e com amigos, auto cuidado e comportamento suicida da ELHPF e os itens do SPIN relativos a fazer qualquer coisa pra não ser criticado, evitar falar com uma platéia ou dar discurso. Para o grupo Não TAS, as maiores correlações foram observadas entre os itens relativos aos relacionamentos familiares e com amigos e ao desempenho escolar e participação em atividades de interesse da ELHPF e os itens relativos a fazer qualquer coisa pra não ser criticado e assustar-se com festas e eventos sociais. Tais correlações foram semelhantes ao que foi observado nas correlações com os escores totais do SPIN. Pode-se dizer, com base nesses dados que os relacionamentos com amigos, familiares e afetivos, assim como o desempenho em atividades, podem estar sendo influenciados pelos sintomas clínicos do TAS, limitando, impedindo ou infringindo sofrimento à pessoa. Observou-se especificamente a relação entre relacionamentos e o medo de ser criticado, assim como desempenho em atividades e medo de ser o centro das atenções, corroborando a sintomatologia do TAS que inclui ansiedade/ timidez exagerada no desempenho e interação com os outros.

Quanto aos valores de correlação, estes podem ser considerados satisfatórios, tendo em vista que o SPIN, como já relatado, é um instrumento de rastreamento de sinais e sintomas, não específico para a avaliação de prejuízos funcionais associados ao TAS.

Como já observado, comparando a frequência de correlações significativas entre as escalas em função da presença ou ausência de TAS, observou-se maior número de correlações no grupo Não TAS. Esta evidência pode estar associada às características do SPIN, enquanto um instrumento que avalia medo, evitação e sintomas fisiológicos, detectando frequentemente associações que envolvem a presença ou a ausência de sintomas do TAS. No estudo em questão, observou-se maior correlação entre a ausência de sintomas e a ausência de prejuízos funcionais. Corroborando esta análise, destaca-se que as correlações observadas estão relacionadas a relacionamentos afetivos e com amigos, atividades de auto-cuidado e de auto-manutenção, comportamento suicida e desempenho na escola. Tais contextos são fortemente influenciados pelos medos da avaliação negativa, de parecer ridículo, de dizer tolices, de desempenhar tarefas na frente de outros e da conseqüente evitação de tais situações.

Vale ressaltar ainda que a correlação entre prejuízo funcional e sintomas clínicos do TAS pode sugerir que as pessoas com TAS relacionam a gravidade do sintoma vivenciado aos prejuízos experimentados no funcionamento cotidiano.

Tendo em vista a ELAPF, a correlação entre os escores totais da ELAPF e do SPIN mostraram coeficientes de correlação significativos somente para o grupo Não TAS, para os dois parâmetros temporais, sendo que o valor de correlação para o parâmetro curso da vida foi superior quando comparado ao parâmetro duas últimas semanas.

Semelhante ao já discutido para a ELHPF, observou-se que as duas escalas, de auto e de hetero-avaliação, apresentaram correlações com o SPIN, caracterizando a associação entre a ausência de indicadores clínicos do TAS e a ausência de prejuízos funcionais, sugerindo que

tais dimensões são relacionadas e que a correlação entre elas, mostra que quanto menor os indicadores clínicos do TAS, menor é o prejuízo para a vida cotidiana.

As correlações entre os itens da ELAPF e o escore total do SPIN para o grupo TAS no curso da vida, abrangeram quatro itens, referentes às relações afetivas e com amigos e às atividades de interesse e de auto-cuidado e auto-manutenção. Nas duas últimas semanas, as correlações da ELAPF com o SPIN abrangeram dois itens referentes as relações afetivas e a manter-se ocupado. Por outro lado, as correlações entre os itens da ELAPF e o escore total do SPIN para o grupo Não TAS, em relação aos dois parâmetros temporais, apresentaram-se diferentes. Para o parâmetro no curso da vida as correlações envolveram dez itens da ELAPF, sendo o item desejo de viver, o único que não apresentou correlação significativa. No parâmetro nas duas últimas semanas, as correlações envolveram nove itens da ELAPF, exceto os itens uso de bebida alcoólica e desejo de viver que não apresentaram correlações significativas.

Semelhante aos dados observados na ELHPF, de modo geral, os dados da correlação dentre os itens da ELAPF e o escore total do SPIN mostraram valores moderados e maiores para o grupo Não TAS. No presente estudo, assim como nos estudos de Hambrick et al. (2004), Lochner et al. (2003) e Schneier et al. (1994), que os itens que mais apresentaram correlação com os indicadores clínicos foram relativos a manter relacionamentos afetivos e satisfatórios com amigos, manter atividades de auto-cuidado e auto-manutenção e manter-se no trabalho, sugerindo que tais atividades são influenciadas pelos sintomas relacionados ao TAS.

Analisando-se as correlações entre os itens da ELAPF com os itens do SPIN para o grupo TAS, observou-se que, para os dois parâmetros temporais que as maiores correlações foram entre os itens relativos a manter relações afetivas satisfatórias, manter interações confortáveis com familiares, manter as atividades de trabalho, de interesse e desejo de viver e

os itens do SPIN relativos a assustar-se com festas e eventos sociais, evitar ir à festas e evitar falar com pessoas estranhas. Para o grupo Não TAS, as maiores correlações foram observadas entre os itens relativos a manter-se no trabalho, manter interações confortáveis com os membros da família, manter bom humor quando as coisas estão indo bem e manter atividades de interesse da ELAPF e os itens relativos a evitar fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado, evitar falar com pessoas que não conheço. Destaca-se que o item do SPIN evitar fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado mostrou correlação significativa com vários itens da ELAPF relativos a manter bom humor quando as coisas estão indo bem, permanecer na escola, manter-se no trabalho, relações familiares e afetivas, sugerindo ser este, um indicador clínico que está fortemente relacionado aos indicadores relativos às atividades cotidianas e ao humor.

Tais dados são semelhante ao que foi discutido em relação a ELHPF quanto aos relacionamentos e ao desempenho em atividades serem influenciadas pelas manifestações clínicas do TAS. Tendo em vista a ELAPF, observou-se correlação significativa com itens relativos a manutenção do bom humor e ao desempenho no trabalho. No entanto, tais correlações são esperadas, inclusive do ponto de vista teórico, como já ressaltado por Kessler (2003), Lecrubier et al. (2000), Mendlowicz e Stein (2000), Stein e Kean (2000) e Wittchen et al. (2000), por serem construtos fortemente influenciados pelos sintomas clínicos do TAS.

De forma geral, pode-se considerar que as associações foram satisfatórias, visto ser o SPIN um instrumento rastreador de sinais e sintomas e não específico para avaliar prejuízos funcionais associados ao TAS.

Verificou-se que, dois estudos avaliaram a validade concorrente da ELHPF e da ELAPF anquanto instrumentos que avaliam prejuízos funcionais em relação a instrumentos que avaliam sintomas relacionados ao TAS. Trata-se do estudo original, conduzido por Schneier et al. (1994) e do estudo de Hambrick et al. (2004).

No estudo original, os autores discutem que a ausência de instrumentos padronizados para a avaliação dos prejuízos funcionais relacionados ao TAS os levou ao uso de instrumentos não específicos, porém amplamente usados para a avaliação de prejuízos relacionados a outros transtornos psiquiátricos. Utilizaram a SDS e os itens relacionados à prejuízo funcional da *Liebowitz Panic and Social Phobia Disorders-Severity of Illness Rating Form* (LPSPD-S) para o estudo da validade concorrente da ELHPF e da ELAPF. A correlação entre o escore total da ELHPF e da ELAPF e os itens da SDS para o parâmetro temporal duas últimas semanas, mostrou correlações excelentes e significativas em todos os itens. Em relação a ELHPF, observou-se que os itens com maiores valores de correlação foram relativos ao trabalho, a vida social e ao lazer. O parâmetro temporal curso da vida, não mostrou correlação significativa com as medidas da SDS e da LPSPD-S. A correlação da ELHPF com a LPSPD-S, mostrou bons valores de correlação.

Quanto aos valores da ELAPF, os valores da correlação variaram entre 0,56 e 0,73, sendo os itens de maior correlação relativos as atividades domésticas, atividades de lazer, trabalho e vida social. Semelhante a ELHPF, a correlação para o parâmetro temporal curso da vida da ELAPF, não mostrou correlação significativa com as medidas da SDS e da LPSPD-S. Assim como observado na correlação com a ELHPF, a correlação da ELAPF com a LPSPD-S, mostrou valores bons de correlação.

Objetivando verificar a correlação entre gravidade dos sintomas e as áreas de prejuízo funcional, Schneier et al. (1994), no estudo original, realizaram a correlação entre a ELHPF, a ELAPF e medidas de gravidade dos sintomas do TAS. Semelhante ao estudo em questão, a correlação entre a ELHPF e indicadores de gravidade de sintomas, no estudo original, mostrou maiores correlações entre a gravidade dos sintomas e as relações familiares, afetivas e com amigos, atividades de interesse e de lazer, atividades de auto-cuidado e auto-manutenção e comportamento suicida. Para a ELAPF, semelhante ao observado no estudo em

questão, os itens relativos ao uso de bebidas alcoólicas e de medicação e desejo de viver não mostraram correlação significativa; a maior correlação foi observada no item relativo as relações afetivas, seguida do item relações com amigos e atividades de interesse/hobbies, de auto-cuidado e auto-manutenção e manter-se no trabalho. No entanto, itens como manter bom humor, permanecer na escola e relações familiares, que mostraram boa correlação no estudo original, não mostraram correlação para os dois parâmetros temporais no estudo em questão.

Observou-se, de modo geral, que as correlações entre as escalas de auto e de hetero-avaliação do prejuízo funcional mostraram correlações moderadas e altas com os sintomas de medo, evitação e ansiedade. Tendo isto em vista, os autores do estudo original analisaram que a alta correlação entre as escalas estudadas com as escalas de sintomas relacionados ao TAS são consistentes com a assertiva que o prejuízo funcional associado ao TAS está relacionado à gravidade dos sintomas, o que pode ser também confirmado pelos dados do estudo em questão.

Vale ressaltar que os valores dos coeficientes de correlação do estudo original, tanto da correlação com a SDS (instrumentos que avalia prejuízo funcional) quanto com os instrumentos que avaliam sintomas relacionados ao TAS, mostraram-se superiores aos encontrados no estudo em questão. Este dado pode estar relacionado às peculiaridades da amostra do estudo, sendo esta constituída por estudantes universitários que não estavam buscando atendimento, que se mantinham na universidade e ainda, pelo fato do item trabalho ter sido retirado da análise, em função do número reduzido de estudantes que trabalhavam, o que pode ter contribuído para reduzir o valor do coeficiente de correlação quando comparado ao do estudo original que mostrou, para a correlação com a SDS as maiores correlações com este item. Nesse sentido, pode-se considerar que, possivelmente, a amostra do estudo em questão, na medida em que apresenta menos comprometimento na funcionalidade, possivelmente apresenta menor gravidade de sintomatologia.

No estudo original, tanto a ELHPF como a ELAPF apresentaram alta correlação com as medidas de prejuízo funcional e com as medidas de gravidade de sintomas, no parâmetro temporal duas últimas semanas. A correlação foi baixa com as medidas que avaliaram a gravidade dos sintomas no curso da vida e, com as medidas que avaliaram suporte social, a correlação foi negativa, evidenciando que os prejuízos nas atividades cotidianas não aconteceram em função da perda de suporte social, mas estão associadas às manifestações clínicas do TAS (SCHNEIER et al., 1994).

O estudo em questão mostrou correlação moderada para os dois parâmetros temporais na correlação entre a ELHPF e o SPIN, sendo que as maiores correlações guardaram relação com os itens relativos aos relacionamentos, desempenho em atividades de auto-manutenção e de auto-cuidado, comportamento suicida e os itens relativos à medo e evitação do SPIN. Neste estudo, foi possível observar, assim como no estudo original, a relação entre os sintomas de medo e evitação relacionados ao TAS e os prejuízos na vida cotidiana observados em pessoas com TAS.

Tal dado pode ser observado também na correlação entre os fatores extraídos da análise dos componentes principais da ELHPF e as subescalas de medo, evitação e sintomas fisiológicos do SPIN, verificou-se que a maior correlação significativa, no curso da vida, ocorreu entre o fator relacionado às atividades de auto-cuidado e auto-manutenção, relacionamentos afetivos e comportamento suicida e a subescala de medo e, para o parâmetro nas duas últimas semanas, ocorreu entre o fator relacionado a relações afetivas e familiares e a subescala de evitação, destacando a diversidade de dificuldades que se agrupam a esta dimensão.

Quanto à subescala de sintomas fisiológicos do SPIN, somente o parâmetro temporal duas últimas semanas mostrou correlação significativa com os fatores extraídos da análise dos

componentes principais da ELHPF e relacionados aos relacionamentos, atividades de auto manutenção e auto- cuidado, lazer e atividades escolares.

De forma distinta, a correlação entre os fatores extraídos da análise dos componentes principais da ELAPF e as subescalas do SPIN, apontou associação significativa entre um único fator da ELAPF relacionado a indicadores de risco, e as subescalas de medo, de evitação e de sintomas fisiológicos do SPIN, durante o curso da vida. Já para o parâmetro temporal nas duas últimas semanas, observou-se correlação significativa entre os fatores da ELAPF associados aos relacionamentos, atividades de interesse e desejo de viver e as subescalas de medo, de evitação e de sintomas fisiológicos do SPIN.

Destaca-se a correlação com sintomas fisiológicos nos dois parâmetros temporais, visto que a ELAPF não avalia os sintomas do TAS, mas os prejuízos associados a ele, neste sentido, pode-se pensar na auto-percepção das dificuldades por parte dos participantes, na importância dos sintomas fisiológicos enquanto dimensão significativa do TAS e na manutenção do prejuízo ao longo do tempo, sendo mantido no momento da avaliação.

Observou-se que a correlação entre o fator relativo a relacionamentos e atividades de interesse da ELAPF no curso da vida e a subescala de sintomas fisiológicos do SPIN foi negativa, sugerindo que estas dimensões são independentes.

Outro estudo que avaliou as qualidades psicométricas da ELHPF e da ELAPF foi o estudo de Hambrick et al. (2004). Tal estudo avaliou a validade concorrente da ELHPF, da ELAPF e da SDS por meio da correlação das referidas escalas entre si e com medidas de sintomas de ansiedade social, de depressão e de qualidade de vida.

Observaram neste estudo, assim como no estudo original, boa correlação entre a ELHPF e a SDS, com valores de 0,56 para o parâmetro duas últimas semanas e de 0,57 para o curso da vida. A correlação da ELAPF também foi boa, mostrando valores de 0,70 para o parâmetro duas últimas semanas e de 0,57 para o curso da vida. Neste estudo, observaram

ainda boa correlação entre a ELHPF e a ELAPF e entre estas com os instrumentos que avaliam sintomas clínicos de ansiedade social e de depressão. Quanto a qualidade de vida, a correlação foi negativa, tanto para a ELHPF quanto para a ELAPF, mostrando que são construtos independentes, apesar de guardarem alguma relação (HAMBRICK et al., 2004).

A correlação entre a ELHPF e a ELAPF nos dois parâmetros temporais para o grupo TAS e Não TAS, mostrou valores altos de correlação entre as escalas, tanto para o grupo TAS como para o grupo Não TAS, destacando que as escalas guardam relação entre si. Tais valores de correlação foram maiores quando comparados aos valores do estudo original.

No estudo em questão, as maiores correlações foram entre os parâmetros temporais das escalas, ou seja, entre o curso da vida e as duas últimas semanas da ELHPF e entre o curso da vida e as duas últimas semanas da ELAPF, reforçando que os parâmetros temporais das escalas são fortemente relacionados.

Foram observados ainda, valores altos de correlação entre o parâmetro curso da vida da ELHPF e duas últimas semanas da ELAPF, sugerindo que a hetero-avaliação parece avaliar melhor os prejuízos mantidos no tempo e a auto-avaliação, os prejuízos sentidos mais próximos ao momento da avaliação.

De modo geral, pode-se ressaltar que, no presente estudo, de forma semelhante ao estudo original e ao estudo de Hambrick et al. (2004), os prejuízos funcionais mostraram correlação boa, moderada e positiva com os sintomas do TAS, sugerindo que quanto mais grave os sintomas relacionados ao TAS, maior é o prejuízo nas atividades que sustentam o cotidiano e vice-versa.

Destaca-se ainda que, de modo geral, a correlação moderada entre as escalas avaliadas e o SPIN evidenciaram que as especificidades dos prejuízos funcionais requerem instrumentos específicos para serem melhor avaliadas.

Analisando-se os dados apresentados sobre o estudo psicométrico da ELHPF e da ELAPF, observou-se que as escalas foram sensíveis na discriminação de prejuízos nos casos e não-casos de TAS, visto que a avaliação dos participantes mostrou maior média de pontuação, ou seja, maior prejuízo funcional relacionado ao TAS no grupo de casos.

De modo geral, tanto a ELHPF quanto a ELAPF mostraram boas qualidades psicométricas para a população de universitários brasileiros, tendo em vista a avaliação da consistência interna, da análise dos componentes principais e da validade concorrente, comparativamente com os estudos realizados com faixas etárias e contextos culturais diferentes, como o estudo original de Schneier et al. (1994) e o estudo de Hambrick et al. (2004). Destaca-se o potencial das escalas para a avaliação dos prejuízos nas atividades cotidianas relacionados ao TAS no contexto brasileiro e a importância de sua disponibilização para uso na população de universitários, visto que até o momento, não se dispunha de instrumentos específicos para a avaliação de prejuízos funcionais relacionados ao TAS, e estudados quanto às suas qualidades psicométricas.

Ressalta-se ainda a relevante contribuição de tais instrumentos para a avaliação sistemática dos prejuízos funcionais, tanto em estudos de comparação entre grupos contrastantes em relação a presença de sintomas de TAS, quanto em estudos de intervenção. Ressalta-se ainda, a potencial contribuição do uso de escalas validadas enquanto instrumentos de avaliação dos prejuízos relacionados a vida cotidiana, nas atividades práticas dos profissionais da saúde, entre eles os terapeutas ocupacionais.

5.3 A Avaliação dos Prejuízos Funcionais Associados ao TAS e as Influências para as Atividades Cotidianas, sob a Perspectiva da Terapia Ocupacional

Ao se analisar os dados integrando as informações das escalas, inventários e entrevistas dos estudos de caso, observou-se, de forma clara, para os portadores de TAS, a presença de

prejuízos nas atividades que sustentam a rotina diária e que estão relacionadas à manutenção, ao auto-cuidado, às relações sociais, familiares e afetivas, além das dificuldades relacionadas ao bem-estar e à percepção de saúde.

No entanto, chamou atenção a busca por recursos próprios de enfrentamento por parte dos três participantes entrevistados, visando responder às situações de ansiedade e de certo modo, garantir-lhes participação em situações indispensáveis para a vida cotidiana. Os seguintes relatos exemplificam tal afirmativa: “...com o tempo, é como se a gente tivesse um aprendizado com um lado que a gente tem...” (participante 1); “...O que eu tento fazer é não evitar as pessoas, porque eu vou vendo que o estresse vai passando e as vezes eu dou conta...” (participante 2); “...Uma coisa que eu criei justamente pra evitar essa timidez com o contato. Então acaba que isso é uma forma que eu consigo lidar com essa questão...” (participante 3).

Dadas as peculiaridades da seleção dos três participantes tendo por referência escores dos instrumentos validados e a seleção de conveniência dos casos, pode-se evidenciar limitações que serão abordadas de forma mais específica. Quanto ao primeiro participante, observou-se maior prejuízo nos escores obtidos por meio dos instrumentos de auto-avaliação (QSG-12, ELAPF e SPIN) quando comparado à avaliação realizada por profissionais (ELHPF, entrevista), chamando atenção para a diferença entre as avaliações por meio destes instrumentos. Este resultado sugere que a presença de prejuízo varia de leve a grave quando o participante se auto-avalia, enquanto que na avaliação externa por profissional de saúde, foi considerado como sem dificuldade e sem muitos comprometimentos no funcionamento da vida diária. Este dado mostrou-se contrário ao apresentado por Brunello et al. (2000) e Figueira et al. (1994), que mostram a tendência do sujeito, ao se avaliar, minimizar as dificuldades relacionadas ao TAS.

Pode-se pensar que tal dado guarda relação com as modalidades de avaliação utilizadas, envolvendo a auto ou hetero-avaliação, que podem refletir diferentes percepções.

Outro aspecto a ser questionado relaciona-se à própria situação ansiogênica da entrevista, objeto da hetero-avaliação, e às possíveis estratégias de enfrentamento da situação de ansiedade. Tal discussão tem suporte na observação da pesquisadora quando entrevistou os participantes, verificando, na expressão verbal do referido participante, a presença de divagações, de repetição de idéias e múltiplas explicações racionais que pareciam refletir a sua tentativa de controlar a ansiedade, explicar a melhora e a capacidade de enfrentamento das dificuldades. Nos relatos dos participantes também foi possível observar a ansiedade vivenciada no momento da entrevista e sua tentativa de controlá-la para que não fosse percebida, como exemplificado a seguir: *“...agora mesmo foi uma timidez, eu queria te falar uma coisa do meu atraso, mas eu falei meio ... de um jeito que eu não queria , então eu fiquei meio tímido, entendeu? Mas eu consegui controlar e você nem percebeu minha timidez.”*

Quanto ao enfrentamento da situação ansiogênica, uma outra hipótese que pode ser aludida, tem por base as explicações religiosas que o participante 1 atribuía às suas dificuldades, compreendendo que os momentos de maior ansiedade estariam relacionados às situações, lugares e pessoas com energia negativa, atribuindo a algo externo suas dificuldades, referindo a crença religiosa como protetora da vivência dos prejuízos. Em suas palavras: *“...no meu caso, eu acho que muita coisa é por causa da mediunidade, tem situações que eu consigo ficar melhor e outras não, dependendo da energia, entende?...”*.

De modo geral, observou-se que o participante 1 mostrou dificuldades na realização das principais atividades da vida diária, podendo ser observado a presença de medos, evitações, baixa auto-estima, e sintomas fisiológicos. No entanto, refere que apesar das dificuldades, ele não deixa de realizá-las. O relato a seguir exemplifica esta observação: *“Eu nunca deixei de apresentar seminários, mas é aquilo, fico pensando, ta todo mundo me*

olhando, tá fazendo cara. No começo eu fico meio gelado. Eu acho que eu falo bem e aí eu fico contrapondo com a timidez. Mas eu fico pensando... todo mundo vai falar, vai comentar, aquele tá me olhando diferente, entendeu? Medo de ser o centro das atenções”.

Ressalta-se que o enfrentamento da timidez era, para este participante, a via de acesso para a realização das atividades mais desejadas, de maior interesse e indispensáveis à sua vida.

Destaca-se, para o participante 1, um maior comprometimento na área relativa a relacionamentos afetivos, porém, com melhora no momento atual, quando comparado à sua pior fase. Os seguintes relatos corroboram tal dado: “...*minha dificuldade maior era com mulheres...no relacionamento amoroso em específico...*”, ou ainda: “*Já deixei de sair com gatinhas, conhecer meninas, muito pelo medo do não, medo da recusa, basicamente o que aconteceu na minha adolescência, hoje não*” (referindo-se a melhora que sente no momento atual). Em relação ao momento de pior dificuldade, o participante refere ser na adolescência: “...*a fase pior foi dos meus 15 aos 17 anos, 14 aos 16, por aí...*”, relatando melhora no momento atual: “... *é todo um processo, eu já fui mais tímido, hoje em dia eu não sou tão tímido como eu era, entendeu?* ou ainda: “*A escala de timidez hoje é muito menor que antes*”.

Semelhante aos dados analisados na comparação dos grupos TAS e Não TAS, o participante 1 apresentou maior comprometimento ao longo da vida quando comparado ao momento atual, podendo este dado ser entendido como um processo de adaptação e de aprendizagem, onde o indivíduo aprende a conviver e a controlar sua ansiedade, realizando atividades necessárias e indispensáveis, mas principalmente as atividades desejadas. Tal análise encontra respaldo ainda no estudo de Figueira et al. (1994) que apresentam o TAS como sendo um transtorno de desenvolvimento lento e gradual, o que permitiria certa adaptação à ansiedade.

Quanto a entrevista, ressalta-se ainda que a pesquisadora encontrou muitas dificuldades na sua realização, tendo em vista que por vezes o participante divagava, apresentava comportamento evasivo e tentativa de minimizar os sintomas e os prejuízos, quando mostrava-se visivelmente ansioso no momento da entrevista. Algumas respostas deixaram dúvidas, como no exemplo: “...*nunca parei para pensar* (se tem dificuldade nas atividades de auto-cuidado e auto-manutenção), *mas acho que não*”. Tais respostas, quando questionadas, eram respondidas com explicações místicas ou de forma evasiva, reforçando a presença de ansiedade e o medo de ser avaliado.

De maneira distinta, a participante 2 apresentou maiores prejuízos na avaliação realizada por profissionais e ausência ou menores prejuízos quando se auto-avaliou. No entanto, os prejuízos mostraram-se presentes nas outras avaliações auto-aplicáveis, considerando os escores do QSG-12 e do SPIN.

Observando o relato da participante 2, chama atenção as dificuldades referidas nas últimas duas semanas, assim como os intensos prejuízos avaliados durante a aplicação da ELHFP e da entrevista. Pode-se pensar que tais dificuldades estejam relacionadas à situação ansiogênica de ser entrevistada e a dificuldade de buscar recursos próprios para dar conta de estar sendo avaliada por um profissional de saúde.

Destaca-se, quanto ao parâmetro temporal, que os dados observados para esta participante foram distintos quando comparados aos dados observados em relação ao conjunto de participantes, que mostraram em média, maiores prejuízos no parâmetro temporal ao longo da vida quando comparados às duas últimas semanas, tanto na auto quanto na hetero-avaliação. Este dado, evidencia questões relativas a singularidade e a complexidade de cada participante, quando se avaliam os casos particulares.

Além disso, a observação contextualizada mostra a importância de relacionar tal dado ao momento e às situações atuais que a participante relatou, mostrando passar, nos últimos

meses, por um momento de agravamento das dificuldades, em função de mudanças no meio externo. Novamente em suas palavras: “...*agora é parte prática (referindo-se a sua graduação), fica com os colegas, tem que atender pessoas, isso atrapalha muito. Você fica em pânico, dá branco, você tenta puxar na memória o que estudou na teoria, mas não dá.* (choro, pausa na entrevista)”.

No caso dessa participante, observou-se ainda que seu cotidiano era preenchido quase que inteiramente pelas atividades acadêmicas, principalmente os estudos teóricos, mostrando, assim, as evitações na participação social, nas atividades de lazer e de interesse e os prejuízos na percepção da saúde. Isto fica claro em seu relato: “...*a auto estima muito baixa, ela não permite você ir atrás das coisas que você tem interesse. A auto-confiança é muito baixa pra qualquer coisa que você quer fazer...*” (participante 2).

Destaca-se, para esta participante, que a gravidade dos prejuízos relacionados ao medo de avaliação negativa, de falar em público, baixa auto-estima, presença de sintomas fisiológicos na interação social e no desempenho em atividades, impediam-na, segundo o seu relato, de ter amigos, namorado e de ter projetos pessoais e profissionais. Em função dos prejuízos e da consequente necessidade de estudar muito e de manter a maior concentração possível, a participante referia impossibilidade de pensar em outra coisa que não fosse a faculdade e as atividades relacionadas a esta, como relata na entrevista: “...*Não tem (referindo-se a projetos e planos). Não é que não tem, mas eu acho um pouco absurdo fazer planos porque o sofrimento é muito grande, é o que mais me machuca. Difícil fazer planos... eu to tentando me concentrar no que realmente esta me atrapalhando; ... eu tenho que dar conta desta dificuldade agora.*”

Ainda em relação a participante 2, a ansiedade, o sofrimento intenso e o choro presentes no momento da entrevista, dificultaram o aprofundamento de alguns conteúdos e áreas, necessitando de pausas e de acolhimento, o que dificultou a continuidade da abordagem

de alguns temas. Frente tal sofrimento e dada a gravidade das demandas atuais, esta participante foi encaminhada para atendimento especializado.

A análise destes dois casos reforça a necessidade de diferentes modalidades de avaliação, dependendo das características dos instrumentos, reforçando a necessidade de integrar os dados relativos a como o sujeito se vê, do que o sujeito se queixa e de como o clínico vê o sujeito e sua queixa.

Com relação ao participante 3, observou-se marcados prejuízos tanto nos escores obtidos por meio dos instrumentos auto-aplicados, quanto na avaliação do profissional de saúde. Destaca-se que, apesar do enfrentamento das dificuldades estar presente, ele não sustentou o desempenho nas atividades básicas de rotina, limitando ou impedindo sua participação. Semelhante ao observado em relação à participante 2, seu cotidiano era preenchido pelas atividades acadêmicas e seu lazer limitava-se às atividades que não necessitam de interações sociais, como, por exemplo, a leitura. Seu relato exemplifica esta vivência: “...*Eu sou uma pessoa de poucos relacionamentos, de pouquíssimos relacionamentos...eu sou uma pessoa muito solitária...*”. Ou ainda “...*gosto muito de ficar em casa, não gosto de sair, se eu puder ter uma atividade que eu precise sair o menos possível de casa...Isso é uma coisa que me acompanha desde que eu era pequeno....esse isolamento...*” (participante 3).

Para o participante 3, chamou a atenção a presença de auto-crítica e de explicações racionais presentes na entrevista com a pesquisadora, assim como a capacidade de relatar de forma clara e precisa seus medos, dificuldades e sentimentos e de associar os sintomas clínicos do TAS aos prejuízos cotidianos. Pode-se pensar que este relato detalhado esteja relacionado ao fato do participante ter vivenciado um processo psicoterapêutico no passado, contribuindo para o auto-conhecimento e consequentemente para a coerência observada entre os dois modos de avaliação. O seu relato ilustra este contexto: “... *eu tive o privilégio de ter*

tido uma análise muito bem feita. Uma pessoa que me ajudou muito em muitos momentos da minha vida...” .

O participante 3, apesar de ter apresentado os maiores escores nas duas escalas, na entrevista, mesmo mostrando-se ansioso, após algum tempo de conversa e esclarecimentos, foi possível entender de maneira clara e precisa toda a relação entre sintomas clínicos relacionados ao TAS, prejuízos cotidianos e as influências na percepção da saúde e bem estar. Observou-se que, para este participante o sofrimento era intenso, mas conhecido e nomeado, permitindo ser relatado.

Quanto aos prejuízos funcionais, ressalta-se que frente ao sofrimento o participante parecia buscar estratégias para manter, pelo menos as atividades mais desejadas e mais necessárias, mantendo assim, algum espaço pessoal e alguma referência de cotidiano. Os comportamentos relatados, mostraram o desenvolvimento de hábitos que possibilitasse, pelo menos, alguma interação social, algumas atividades de auto-cuidado e de atividades de lazer. Tais hábitos foram relacionados ao uso de máquinas intermediando relações, escolha de horários e lugares com menor quantidade de pessoas, realização de estudos com um professor que parecia ajudá-lo na escolha de um trabalho mais solitário, busca por atividades que não requeriam interação social favoreciam o isolamento.

Tal observação tem o respaldo no estudo de Figueira et al. (1994) que relatou, com base em suas observações clínicas, que os indivíduos com TAS tenderam a desenvolver certos hábitos cotidianos como forma de adaptação à situação de incapacitação social e temor à crítica. Esta observação pode ser confirmada no relato do participante: “...no meu prédio eu subo todos os dias as escadarias, eu não uso o elevador comum do prédio, eu evito ao máximo o contato”; ou ainda: “...meus relacionamentos são quase todos baseados, intermediados por máquina. Eu me sinto mais confortável”. A atividade mais desejada era a pesquisa e, para mantê-la, necessitou de estratégias como combinações e acordos,

exemplificadas no relatado a seguir: *“...uma coisa que é muito importante na minha vida: fazer pesquisa. Então eu não deixo de ter o contato totalmente, apesar de ser uma prerrogativa que eu posso ter um contato em determinado tempo que foi definido...eu não trabalho diretamente no meu laboratório, isso foi um dos pedidos que eu fiz pro meu orientador: de que eu não tivesse exigência de trabalhar, de cumprir minha carga horária no laboratório.*

Os prejuízos mais acentuados foram observados nas atividades acadêmicas, nos relacionamentos familiares, afetivos e sociais, na participação em atividades de lazer e de auto-cuidado. Alguns relatos podem exemplificar tal dado, em relação as atividades acadêmicas: *“ eu tenho um histórico fortíssimo ao longo da minha graduação com relação à não participação em sala, frequência...”*; *“... o trabalho de conclusão de curso ser desenvolvido em tanto tempo, e foi pessimamente apresentado, pessimamente defendido porque realmente os contatos com a banca foram péssimos”*; aos relacionamentos familiares: *“... eu não me recordo de ter tido nem quando meu pai era vivo e nem com a minha mãe com quem eu moro ainda... uma conversa assim, diálogo franco;* ou ainda nos relacionamentos afetivos/namoro: *“... então eu acho que é incomum, uma pessoa saudável, no auge da vida, com 25 anos não ter um relacionamento afetivo é algo incomum”*.

A constatação de tais prejuízos era esperada, tanto por serem estas as áreas-foco do TAS quanto pelos dados já relatados de estudos como os de Hambrick et al. (2003), Kessler (2003), Safren et al. (1996-1997), Schneier et al. (1994), Stein e Kean (2000) e Wittchen et al. (2000).

Faz-se importante observar a relação entre sintomas clínicos do TAS, prejuízos funcionais, saúde e bem-estar que, no relato do participante 3 torna-se evidente: *“...eu acho que muito da minha obesidade é em relação a isso, né? De sair pouquíssimo de casa, não andar...eu já pensei em fazer uma caminhada no início da manhã, de madrugada, 5 da*

manhã... porque as coisas estão começando a funcionar e também porque você não tem gente na rua.. então não tem aquela movimentação, aquela coisa". Tal análise corrobora os achados dos estudos de Hambrick et al. (2004), Lochner et al. (2003), Schneier et al. (1994) e Wittchen et al. (2000).

Vale destacar ainda a presença de um isolamento grave que, antes de ser social, parece ser pessoal, como observado em seu relato: *"Eu sou uma pessoa de poucos relacionamentos, de pouquíssimos relacionamentos, então quase não existe vida assim... social e tal. Eu sou uma pessoa muito solitária. Eu evito justamente por isso, porque eu sei que as coisas nunca vão dar certo. Sempre acontece alguma coisa..."*; ou ainda: *"...eu evito muitas vezes, aliás, eu evito sempre, ao máximo que eu posso o contato com outras pessoas pra justamente eu não me sentir mal.."*.

Observando os dados relativos a avaliação por escalas dos três participantes, constata-se presença de uso de bebida alcoólica em dois participantes, sendo moderada para o participante 1 e grave para o participante 3. Tal dado pode ser entendido, tendo em vista os estudos sobre o TAS, que referem o uso e abuso de álcool e substâncias psicoativas como comorbidade comumente presente em indivíduos com TAS, contribuindo para o aumento dos prejuízos (BRUNELLO et al., 2000; CONNOR et al., 1999; FURMARK, 2000; LECRUBIER et al., 2000; SCHNEIER et al., 1994). Assim como o uso de bebidas alcoólicas e de substâncias psicoativas, o desejo de morrer e os comportamentos suicidas foram outros indicadores de risco encontrados e observados nos dados dos três participantes entrevistados. Tal dado, podendo ser entendido como uma tentativa de minimizar o sofrimento e os prejuízos nas principais atividades da vida cotidiana vivenciados pelas pessoas com TAS, levando-os ao consumo de substância ou ao desejo de morrer como forma de atenuar ou acabar com o sofrimento.

Ressalta-se que, os diferentes motivos relatados pelos participantes para comparecerem à entrevista, como razões altruístas de contribuir para o avanço do conhecimento ou a necessidade individual de receber ajuda, parecem comportamentos e explicações utilizadas para minimizarem a ansiedade e desta forma, estarem em situação de avaliação e de interação social. Por outro lado, pode-se pensar também que, apesar dos prejuízos observados, tais participantes, por terem comparecido à entrevista, podem ser considerados pessoas com menor dificuldade relacionadas ao medo da avaliação negativa e de interação social, quando comparadas aos participantes do grupo TAS de modo geral.

Ao se discutir estas peculiaridades de manifestação do TAS, cabe destacar, como já ressaltado anteriormente, que as diferenças relacionadas ao modo de aplicação dos instrumentos, auto ou hetero-avaliação, podem influenciar nos dados obtidos, reforçando a necessidade de disponibilização de instrumentos de avaliação que avaliem de forma abrangente, ampla e sistemática, os prejuízos associados ao TAS. Considera-se que a avaliação de prejuízo funcional, deva abarcar as diferentes maneiras de se avaliar, principalmente para pessoas que estão na adolescência ou começo da vida adulta, fase de muitas transformações, não só quanto ao corpo, às emoções e às auto-percepções, mas também quanto aos papéis sociais. Isto pode ter implicações tanto na avaliação por parte da pessoa, como por parte dos profissionais da saúde, desta forma, apontando para necessidades de avaliação detalhada dos prejuízos, sob diferentes perspectivas analíticas.

Considera-se que ao integrar os dados das auto-avaliações realizadas pelos participantes aos das hetero-avaliações realizadas pelos profissionais da saúde, completando tais informações com entrevistas sobre o impacto do TAS para a vida cotidiana, foi possível uma melhor compreensão do impacto do TAS para a vida cotidiana dos portadores. Como resalta Biasoli-Alves (1998), esta integração de dados, permite incorporar novas informações

e desta forma, interpretá-las. Considera-se assim, ter sido possível uma ampliação e um aprofundamento da compreensão da associação do TAS a prejuízos no cotidiano.

Ao observar os prejuízos nas atividades desempenhadas no dia-a-dia, relacionadas a vida acadêmica e profissional, as relações sociais, familiares e afetivas, ao auto-cuidado e a auto-manutenção, ao lazer, assim como aos prejuízos na percepção da saúde e do bem-estar, tornou-se evidente que as pessoas portadoras do TAS podem se beneficiar da assistência da terapia ocupacional, tendo em vista o campo de conhecimento desta profissão.

Tal afirmativa tem respaldo em estudos que apresentam as pessoas alvo de assistência em terapia ocupacional. No estudo de Benetton (2006) o sujeito-alvo é definido como pessoas marcadas pela problemática da exclusão, que para a autora, antes de ser social, é uma exclusão pessoal. Tais pessoas, se apresentam à margem de um cotidiano pessoal e social, sendo na maioria, discriminadas em atividades cotidianas e reconhecidas pelo que não fazem ou pela doença e não pela saúde. Ferrari (2005), reforçando tal conceituação destaca que a caracterização de pessoas alvo de assistência em terapia ocupacional deve ser entendida não só pela exclusão social, mas também pela auto-exclusão que é provocada pelo transtorno. Para a autora, não se pode, com segurança, saber o início do processo de excluir-se ou ser excluído.

Neste sentido, considera-se relevante para o terapeuta ocupacional, avaliar a influência do TAS na organização do cotidiano e consequentemente na participação social dos portadores, tendo por suporte os instrumentos de avaliação validados. Para tal, necessita-se conhecer qual é a relação que o indivíduo estabelece com as atividades necessárias e desejadas no seu cotidiano, que espaço estas atividades ocupam em sua vida, a capacidade em desempenhá-las, além de avaliar como o indivíduo percebe a sua saúde em seu contexto de vida e a qualidade de sua participação social.

Em relação a ajuda especializada para pessoas com TAS, ressalta-se que pelo medo de serem criticados ou avaliados negativamente pelo profissional da saúde, tais pessoas têm

dificuldades na busca por ajuda especializada como apresentado nos estudos de Connor et al. (1999) e Lecrubier et al. (2000). Por outro lado, Figueira et al. (1994), afirmam com base em estudo comparativo entre TAS e transtorno do pânico, que os fóbicos sociais se escondem, mas quando devidamente informados sobre seu problema, mesmo por meio da imprensa, tendem a buscar ajuda.

Neste sentido se insere a principal contribuição prática desse estudo, para os profissionais de saúde mental, entre eles os terapeutas ocupacionais, na medida em que validou instrumentos que podem ser recursos úteis para a identificação precoce dos prejuízos funcionais associados ao TAS, o que poderá favorecer práticas de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os instrumentos estudados, ELHPF e ELAPF, mostraram-se válidos para a avaliação dos prejuízos funcionais associados ao TAS, podendo ser usados para tal propósito. Desta forma, preenche-se uma importante lacuna técnica, relativa à falta de instrumentos avaliativos específicos e válidos para universitários brasileiros.

Considera-se também que tais instrumentos, por abarcarem as duas modalidades de avaliação, a auto e a hetero-avaliação, são complementares e permitem uma compreensão mais aprofundada do prejuízo funcional relacionado ao TAS, além de serem de fácil aplicação. O uso de um roteiro de perguntas guia para o entrevistador na aplicação da ELHPF, garante maior precisão de avaliação, assim como favorece outras pesquisas, por tornar homogênea a condição de avaliação.

Vale ressaltar que a facilidade de compreensão semântica dos instrumentos, a clareza das definições e a especificidade de seu conteúdo quanto aos prejuízos relacionados ao TAS, parece ter ajudado os participantes portadores de TAS a identificarem e associarem as suas dificuldades nas atividades cotidianas ao transtorno, e assim, serem impulsionados a procurarem ajuda de profissional especializado.

Destacam-se, como qualidades metodológicas do estudo, a composição da amostra ampla e diversificada, com critérios rigorosos de inclusão e exclusão, o processo de tradução realizado por três profissionais das áreas de psiquiatria, terapia ocupacional e psicologia. Também merecem destaque os minuciosos cuidados na adaptação das escalas, a ELAPF avaliada em estudo-piloto com a população alvo, assim como o extenso treinamento dos avaliadores realizado para a ELHPF, alcançando indicadores de 80% de concordância, tendo por suporte das entrevistas, as perguntas-guia que favoreceram a aplicação homogênea da escala de hetero-avaliação.

Por outro lado, pode-se considerar, como limites do estudo, o grande número de desistências ou de pessoas que não foram encontradas para o presente trabalho. Isto pode ser reflexo de que o principal problema em estudo (TAS), acarrete prejuízos na vida cotidiana que são expressos inclusive nas evitações em participar da pesquisa, o que pode ter influenciado os dados obtidos.

Ressalta-se que a especificidade da amostra deste estudo, estudantes universitários, não permite ampliar o alcance dos dados para outros contextos de idade, escolaridade e condições sociais do Brasil. Outro ponto que pode ser considerado em relação a amostra é relativo a idade, sendo esta, próxima à idade de início do TAS, que concentra-se no período da adolescência e começo da vida adulta, o que pode ter contribuído para a amostra ter sido constituída por pessoas com menores prejuízos ou que ainda não relacionavam tais prejuízos ao TAS.

Outro aspecto que pode ser destacado quanto a validade concorrente, relaciona-se ao fato de não ter sido possível avaliá-la em relação a um instrumento específico para avaliação dos prejuízos funcionais relacionados ao TAS ou tido como “padrão-ouro”, visto a falta de instrumento validado, com tal característica para o nosso meio.

Ressalta-se a importância de novos estudos que ampliem a avaliação das escalas, como por exemplo estudá-las em relação à validade discriminante e à validade de construto, assim como estudá-las em relação à outras populações clínicas.

Considerando o início precoce e os prejuízos na vida cotidiana e no bem estar relacionados ao TAS, considera-se relevante a identificação e o tratamento precoce de tais prejuízos, minimizando assim o agravamento e o conseqüente distanciamento das atividades que sustentam a vida cotidiana. Neste sentido, os instrumentos aferidos neste estudo contribuem para a identificação sistemática dos prejuízos funcionais associados ao TAS..

Tendo em vista que a relação do indivíduo com as atividades desempenhadas no dia-a-dia e que organizam a vida cotidiana se constituem no objeto central de estudo da terapia ocupacional e que sua prática clínica visa, de modo geral, a recuperação de tais atividades, destaca-se a importância dos dois instrumentos avaliados neste estudo enquanto recursos para a avaliação sistemática dos prejuízos nas atividades cotidianas que podem ser utilizados pelos terapeutas ocupacionais para a coleta de dados clínicos ou para avaliar os progressos alcançados nas intervenções próprias da terapia ocupacional.

Conclui-se que, dentro dos limites relatados, o estudo em questão cumpriu com seus objetivos de validar, para universitários brasileiros, instrumentos de avaliação de prejuízos funcionais associados ao TAS. Isto contribui para instrumentalizar práticas de saúde mental, dentre estas as de terapia ocupacional, que tem como foco principal as intervenções voltadas para a melhoria dos prejuízos funcionais relativos a participação social e a vida cotidiana.

REFERÊNCIAS

- ALCHIERI, J. C.; CRUZ, R. M. *Avaliação psicológica: conceito, métodos e instrumentos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 127 p.
- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA). Occupational therapy practice framework: domain and process. *Am. J. Occup. Ther.*, Rockville, v. 56, n. 6, p. 609-39, Nov./Dec. 2002.
- AMERINGEN, M. V.; MANCINI, C.; FARVOLDEN, P. The impact of anxiety disorders on educational achievement. *J. Anxiety Disord.*, New York, v. 17, p. 561-71, 2003.
- ANDRADE, A. G.; BASSIT, A. Z.; KERR-CORRÊA, F.; TONHON, A. A.; BOSCOVITZ, E. P.; CABRAL, M.; RASSI, R.; POTÉRIO, G. M.; MARCONDES, E.; OLIVEIRA, M. P. M. T.; DUAILIBI, K.; FUKUSHIMA, J. T. Fatores de risco associados ao uso de álcool e drogas na vida, entre estudantes de medicina do estado de São Paulo. *Rev. ABP-APAL.*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 117-26, 1997.
- BAPTISTA, C. A. *Estudo da prevalência do transtorno de ansiedade social em estudantes universitários*. 2006. 111 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- BAUM, C.; EDWARDS, D. Position paper: occupational performance: occupational therapy's definition of function. American Occupational Therapy Association. *Am. J. Occup. Ther.*, Rockville, v. 49, n. 10, p. 1019-20, Nov./Dec. 1995.
- BENETTON, M. J. *A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental*. 1994. 167 f. Tese (Doutorado) - Universidade de Campinas, Campinas, 1994.
- BENETTON, M. J. Trilhas associativas: ampliando subsídios metodológicos à clínica da terapia ocupacional. 3. ed. Campinas: Unisalesiano, 2006. 144 p.
- BENETTON, M. J.; TEDESCO, S. A.; FERRARI, S. M. L. Hábitos, cotidiano e terapia ocupacional. *Rev. Cent. Estud. Ter. Ocup.*, São Paulo, v. 8, n. 8, p. 27-40, dez. 2003.
- BIASOLI-ALVES, Z. M. M. A pesquisa em psicologia: análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. (Orgs.). *Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa*. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. p. 135-57.

BORGES, L. O.; ARGOLLO, J. C. T. Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Aval. Psicol.*, Lagoa Nova, v. 1, p. 17-27, 2002.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. Contribuições da psicometria para a avaliação de respostas psicossociais na enfermagem. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 98-104, 2006.

BRUNELLO, N.; DEN BOER, J. A.; JUDD, L. L.; KASPER, S.; KELSEY, J. E.; LADER, M.; LECRUBIER, Y.; LEPINE, J. P.; LYDIARD, R. B.; MENDLEWICZ, J.; MONTGOMERY, S. A.; RACAGNI, G.; STEIN, M. B.; WITTCHEN, H. U. Social phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *J. Affect. Disord.*, Amsterdam, v. 60, p. 61-74, Aug. 2000.

CAIAFFA, W. T.; BARRETO, S. M.; CAMPOS, J. E. G. O. Consumo de álcool, cigarro e outras drogas: prevalência e fatores correlatos em jovens universitários. *Psiquiatr. Biol.*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 95-104, 2002.

CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPIST. *Enabling occupational: an occupational therapy perspective*. 3rd ed. Ontario: CAOT/ACE, 1999.

CONNOR, K. M.; DAVIDSON, J. R. T.; SUTHERLAND, S. S.; WEISLER, R. Social phobia: issues in assessment and management. *Epilepsi*, Durham, v. 40, p. S60-S65, 1999. Supplement 6.

CORTINA, J. M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *J. Appl. Psychol.*, Michigan, v. 78, n. 1, p. 98-104, 1993.

DEL-BEN, C. M.; VILELA, J. A. A.; CRIPPA, J. A.; HALLAK, J. E. C.; LABATE, C. M.; ZUARDI, A. W. Test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV – Clinical Version (SCID-CV) translated into Portuguese. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 23, p. 156-9, 2001.

D'EL REY, G. J. F.; LACAVA, J. P. L.; CARDOSO, R. Consistência interna da versão em português do Mini-Inventário de Fobia Social (Mini-SPIN). *Rev. Psiquiatr. Clin.*, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 266-9, 2007.

FARAVELLI, C.; ZUCCHI, T.; VIVIANI, B.; SALMORIA, R.; PERONE, A.; PAIONNI, A.; SCARPATO, A.; VIGLIATURO, D.; ROSI, S.; D'ADAMO, D.; BARTOLOZZI, D.; CECCHI, C.; ABRARDI, L. Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *Eur. Psychiatry*, London, v. 15, p. 17-24, 2000.

FARIAS, N.; BUCHALA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-93, 2005.

FERRARI, S. M. L. Terapia ocupacional e as fronteiras de seu território. *Rev. Cent. Estud. Ter. Ocup.*, São Paulo, v. 9, n. 9, p. 9-17, dez. 2005.

FIGUEIRA, I.; COSCRELLI, P.; NARDI, A. E.; MENDLOWICZ, M.; MARQUES, C.; CAMISÃO, C.; ANDRADE, Y.; VERSIANI, M. Comparação entre fobia social e transtorno do pânico: psicopatologia geral e qualidade de vida. *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 285-9, maio 1994.

FIRST, M. B.; SPITZER, R. L.; GIBBON, M.; WILLIAMS, J. B. W. *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders – clinician version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997. 84 p.

FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100). *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FLEISS, J. L. *Statistical methods for raters and proportions*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons, 1981. 321 p.

FLOYD, F. J.; WIDAMAN, K. F. Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychol. Assess.*, Riverside, v. 7, n. 3, p. 286-99, 1995.

FURMARK, T. *Social phobia*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, 2000. 72 p.

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 104-9, set./dez. 2003.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos, 2000. 420 p.

GOUVEIA, V. V.; CHAVES, S. S. S.; OLIVEIRA, I. C. P.; DIAS, M. R.; DIAS, M. R.; GOUVEIA, R. S. V.; ANDRADE, P. R. A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. *Psicol. Teor. Pesqui.*, Brasília, v. 19, n. 3, p. 241-8, set.-dez. 2003.

HAMBRICK, J. P.; TURK, C. L.; HEIMBERG, R. G.; SCHNEIER, F. R.; LIEBOWITZ, M. R. The experience of disability and quality of life in social anxiety disorder. *Depress. Anxiety*, New York, v. 18, p. 46-50, 2003.

HAMBRICK, J. P.; TURK, C. L.; HEIMBERG, R. G.; SCHNEIER, F. R.; LIEBOWITZ, M. R. Psychometric properties of disability measures among patients with social anxiety disorder. *J. Anxiety Disord.*, New York, v. 18, p. 825-39, 2004.

KAISER, H. F. An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, Research Triangle Park, v. 39, p. 31-6, 1974.

KESSLER, R. C. The impairment caused by social phobia in the general population: implications for intervention. *Acta Psychiatr. Scand.*, Boston, v. 108, p. 19-27, 2003. Supplement 417.

KIELHOFNER, G. *Model of human occupation: theory and application*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002. 576 p.

LECRUBIER, Y.; WITTCHEN, C.; FARAVELLI, J.; BOBES, J.; PATEL, A.; KNAPP, M. An European perspective on social anxiety disorder. *Eur. Psychiatry*, London, v. 15, p. 5-16, Nov. 2000.

LIPSITZ, J. D.; SCHNEIER, F. R. Social phobia: epidemiology and cost of illness. *Pharmacoeconomics*, New York, v. 18, n. 1, p. 23-32, Jul. 2000.

LOCHNER, C.; PIETER DU TOIT, M. M.; KAMINER, D.; NIEHAUS, D. J.; STEIN, D. J. Quality of life in anxiety disorders: a comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder, and panic disorder. *Psychopathology*, Tygerberg, v. 36, n. 5, p. 255-62, Oct. 2003.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4. ed. Porto Alegre: APA/ArtMed, 2002.

MENDLOWICZ, M. V.; STEIN, M. B. Quality of life in individuals with anxiety disorder. *Am. J. Psychiatry*, Arlington, v. 157, n. 5, p. 669-82, May 2000.

MENEZES, P. R.; NASCIMENTO, A. F. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. (Eds.). *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos, 2000. p. 23-8.

MATTINGLY, C. What is clinical reasoning? *Am. J. Ther. Occup.*, Boston, v. 45, n. 11, p. 979-1005, Jul. 1991.

MOSEY, A. C. *Occupational therapy: configuration of a profession*. New York: Raven Press, 1981. 173 p.

NEWNAN, M. G.; KACHIN, K. E.; ZUELLIG, A. R.; CONSTANTINO, M. J.; CASHMAN-MCGRATH, L. The social phobia diagnostic questionnaire: preliminary validation of a new self-report diagnostic measure of social phobia. *Psychol. Med.*, London, v. 33, p. 623-35, May 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *CIF: Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde*. Coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla. São Paulo: EDUSP, 2003. 222 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 352 p.

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

OSÓRIO, F. L.; CRIPPA, J. A. S.; ZUARDI, A. W.; GRAEFF, F. G.; BUSATTO, G. F.; PINHO, M.; MAZZA, M.; CHAVES, M.; LOUREIRO, S. R. Inventário de fobia social (SPIN): validação para o Brasil. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 26. p. SII6, 2004. Suplemento. Programa e resumos do 22. Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2004, apresentado em Salvador.

PASQUALI, L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 397 p.

PATEL, A.; KNAPP, M.; HENDERSON, J.; BALDWIN, D. The economic consequences of social phobia. *J. Affect. Disord.*, Amsterdam, v. 68, p. 221-33, 2002.

PEREIRA, J. C. R. *Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais*. 3. ed. São Paulo: Edusp, 2004. 157 p.

PILLON, S. C.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool entre estudantes universitários. *Rev. Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 325-32, jul./set. 2006.

QUILTY, L. C.; AMERINGEN, M. V.; MANCINI, C.; OAKMAN, J.; FARVOLDEN, P. Quality of life and the anxiety disorders. *J. Anxiety Disord.*, New York, v. 17, p. 405-26, Mar. 2003.

REED, K. L.; SANDERSON, S. N. Concepts of occupational therapy. 4th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 1999. 529 p.

SAFREN, S. A.; HEINBERG, R. G.; BROWN, E. J.; HOLLE, C. Quality of life in social phobia. *Depress. Anxiety*, New York, v. 4, p. 126-33, Sep. 1996-1997.

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

SCHNEIER, F. R.; HECKELMAN, L. R.; GARFINKEL, R.; CAMPEAS, R.; FALLON, B. A.; GITOW, A.; STREET, L.; DEL BENE, D.; LIEBOWITZ, M. R. Functional impairment in social phobia. *J. Clin. Psychiatry*, New York, v. 55, n. 8, p. 322-31, Aug. 1994.

SILVA, L. V. E. R.; MALBERGIER, A.; STEMPLIUK, V. A.; ANDRADE, A. G. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 280-8, dez. 2006.

SPSS INCORPORATION. *SPSS for Windows*. Statistical package for the social sciences. Release 9.0. Chicago: SPSS, 2001.

STEIN, M. B.; KEAN, Y. M. Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *Am. J. Psychiatry*, New York, v. 157, n. 10, p. 1606-13, Oct. 2000.

TAKATORI, M. A terapia ocupacional no processo de reabilitação: construção do cotidiano. *Rev. Mundo Saúde*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 371-6, out./dez. 2001.

TEDESCO, S.; CECCATO, T. L.; NORI, A. M.; CITERO, V. A terapia ocupacional para o doente clínico: ampliação do cuidado com a saúde mental. In: DE MARCO, M. A (Org.). *A face humana da medicina*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003. p. 151-155.

THARWANI, H. M.; DAVIDSON, R. T. Symptomatic and functional assessment of social anxiety disorder in adults. *Psychiatr. Clin North Am.*, Durham, v. 24, n. 4, p. 643-59, Dec. 2001.

TYRER, P.; HENDERSON, F.; MCDERMOTT, U. Validation of rating scales in psychiatry. *Br. J. Hosp. Med.*, London, v. 49, n. 6, p. 434-7, 1993.

UNIVERSIDADE DE FRANCA. *Graduação e ensino superior*. 2004. Disponível em: <<http://www.unifran.br/site/>>. Acesso em: 10 maio 2004.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Faculdade de Medicina. *Graduação*. 2004a. Disponível em : <<http://www.fmrp.usp.br/portal/>>. Acesso em: 10 maio 2004.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. *Graduação*. 2004b. Disponível em: <<http://www.ffclrp.usp.br>>. Acesso em: 10 maio 2004.

VILETE, L. M. P. *Tradução, adaptação para o português e estudo da qualidade de uma escala para a identificação da fobia social em uma população de adolescentes*. 2002. 59 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

WITTCHEN, H. U.; BELOCH, E. The impact of social phobia on quality of life. *Int. Clin. Psychopathol.*, Munich, v. 11, p. 15-23, 1996. Supplement 3.

WITTCHEN, H. U.; STEIN, B.; KESSLER, R. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence risk factors and comorbidity. *Psychol. Med.*, London, v. 29, p. 309-23, 1999.

WITTCHEN, H. U.; FUETSCH, M.; SONNTAG, H.; MÜLLER, N.; LIEBOWITZ, M. Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *Eur. Psychiatry*, Paris, v. 15, p. 46-58, Mar. 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Tabela 30– Distribuição da amostra estudada em função da instituição, curso e ano da graduação frequentados (n= 2314)

Instituição	Curso	N
FMRP-USP (n=593)	Medicina	301
	Terapia Ocupacional	48
	Fonoaudiologia	41
	Fisioterapia	97
	Nutrição	36
	Informática Biomédica	70
	Psicologia	110
FFCLRP-USP (n=440)	Química	139
	Física Médica	100
	Matemática Aplicada a Negócios	31
	Ciências da Informação e Documentação	60
	Psicologia	133
	Educação Física	161
	Nutrição	87
UNIFRAN (n=1281)	Enfermagem	93
	Medicina Veterinária	92
	Farmácia	99
	Fisioterapia	93
	Sistema da Informação	131
	Química	130
	Direito	171
	Publicidade	81
	Jornalismo	10

APÊNDICE B

Tabela 31- Número de sujeitos selecionados em relação à universidade, ao diagnóstico e ao motivo de exclusão e inclusão

Sujeito	Casos USP	Não casos USP	Casos Unifran	Não casos Unifran	Total
Selecionados	102	125	76	69	372
Não Encontrados	17	24	15	17	73
Desistentes	07	25	31	32	95
Excluídos					
• Comorbidades	12	4	6	1	23
• Preenchimento	03	02	03	0	8
Incluídos	63	70	21	19	173

APÊNDICE C

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 **dificuldade**, 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. **Dificuldade**, 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 **Dificuldade**, 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. **Dificuldade** 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 freqüenta 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 D

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 **a 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 (nunca limitou)	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.R., 09/2004
Tradução e adaptação para o português:
Moraes e col. (09/2004).
Diagramação: Marcelo Mazza (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 **a 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 (nunca limitou)	Levemente (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 Mazza (2004).

APÊNDICE E

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Instruções: “Você participou do estudo sobre Fobia Social respondendo a escalas e questionário e como já conversamos foi identificado como tendo uma timidez exagerada. Como você concordou com essa avaliação gostaríamos de conversar um pouco mais sobre isto. Assim, **o objetivo desta entrevista é ouvi-lo(a) sobre a sua timidez. Gostaria de conversar com você sobre a sua percepção sobre o modo como a timidez exagerada pode estar influenciando a sua vida cotidiana e os seus planos futuros. Podemos começar ? Vou fazer-lhe três perguntas gerais e com base nas suas respostas vamos organizando a entrevista.**

Quadro 4 –Roteiro de entrevista semi-estruturada para os Estudos de Casos.

PERGUNTAS-GUIAS	PERGUNTAS AUXILIARES
1. Fale-me sobre como é conviver com a timidez.	<ul style="list-style-type: none"> • Fale-me como é conviver com a timidez : • Na vida cotidiana? • Nos relacionamentos gerais, sociais, familiares e amorosos ? • Nas atividades acadêmicas e de trabalho?
2. Fale-me sobre os seus projetos/planos que tem para sua vida	Quais são seus projetos/planos para a vida: <ul style="list-style-type: none"> • pessoal ? • afetiva? • trabalho? • social?
3. Fale-me sobre a sua saúde e a sua timidez exagerada relativas à:	A timidez exagerada: <ul style="list-style-type: none"> • Influencia a sua saúde física? • Influencia a sua saúde mental? • Lhe incomoda e requer ajuda? De que forma você considera que poderia ser ajudado(a)? • Se você fosse menos tímido, a sua vida seria diferente ? Em que ?

APÊNDICE F

Quadro 5– Adaptação da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF).
Modificações propostas por profissionais-juízes

Tradução para o Português	Modificações
Na sua avaliação, em que medida o seu problema emocional limita a sua capacidade de agir em cada uma das seguintes situações? Circule 0, 1, 2 ou 3 em cada linha	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 destas situações durante <u>as duas últimas duas semanas</u> e <u>ao longo da vida</u> ou quando você estava em uma fase pior colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada situação.
Não havia a frase no cabeçalho	A ansiedade social limita (ou) sua capacidade de:
O problema não me limita em nada	Nada
O problema me limita levemente	Levemente
O problema me limita moderadamente	Moderadamente
O problema me limita gravemente	Gravemente
Durante as duas últimas semanas	Nas últimas duas semanas
Durante a vida/ Quando eu estava na minha pior fase	Ao longo da vida ou pior fase

APÊNDICE G

Quadro 6- Adaptação da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF).
Modificações propostas por profissionais-juizes

Tradução para o Português	Modificações propostas
Beber álcool com moderação (sem abusar). Circule 0 se você não bebe nada	Ingerir bebidas alcólicas sem exagero (assinale nada se você não consome bebidas alcoólicas)
Evitar o uso de medicação além da prescrita	Evitar o uso de medicação sem prescrição médica
Estar em geral de bom humor quando as coisas estão indo bem.	Manter o bom humor quando as coisas estão indo bem.
Manter um trabalho (em casa ou fora de casa) que me permita um desempenho de acordo com minha maior habilidade	Manter um trabalho (em casa ou fora de casa) que me permita um desempenho de acordo com minhas melhores habilidades
Interagir confortavelmente com os membros de minha família	Manter interações confortáveis com os membros de minha família
Ter um relacionamento romântico/ íntimo satisfatório	Manter um relacionamento romântico/afetivo satisfatório
Ter pelo menos alguns amigos íntimos e um pequeno grupo de conhecidos	Manter pelo menos alguns amigos íntimos e um pequeno grupo de colegas (conhecidos)

APÊNDICE H

Quadro 7 – Adaptação da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF). Alterações propostas com base no estudo piloto

Tradução para o Português	Modificações propostas
O problema não me limita em nada	O problema não me limita em nada (nunca limitou)
O problema me limita levemente	O problema me limita levemente (poucas vezes)
O problema me limita moderadamente	O problema me limita moderadamente (algumas vezes)
O problema me limita gravemente	O problema me limita gravemente (frequentemente)

APÊNDICE I

Quadro 8 – Adaptação da Escala de Liebowitz para Hetero-Avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF). Modificações propostas por profissionais-juízes

Tradução para o Português	Adaptação realizada
<u>Item Escola:</u> *Preencha a avaliação ÚLTIMAS DUAS SEMANAS apenas se o paciente estiver ou deveria estar frequentando a escola (se não estivesse parado por problemas emocionais)	Orientação retirada da escala
<u>Item Trabalho:</u> *Preencha a avaliação ÚLTIMAS DUAS SEMANAS para o item somente se o paciente não estiver estudando (isto é, somente se não foi avaliado ÚLTIMAS DUAS SEMANAS no item 1).	Orientação retirada da escala
<u>Item Trabalho:</u> ____ No curso da vida ____ Nas duas últimas semanas	____ No curso da vida ____ Nas duas últimas semanas ____ Não se aplica.

CASAMENTO/ NAMORO	<ul style="list-style-type: none"> •Você considera que a timidez exagerada influenciou (a) seus relacionamentos afetivos (namoro/ casamento) ao longo do tempo? Como influenciou? Quanto influenciou? E nas últimas duas semanas? Como influenciou? Quanto influenciou? Teve algum momento que foi pior ? •Quando está envolvido em conflitos no relacionamento afetivo, como você reage ? 	<ul style="list-style-type: none"> •Tem dificuldade nos contatos afetivos (gravidade/ intensidade do conflito)? • É capaz de namorar? • A frequência de namoros ou envolvimento é adequada? •Prioriza internet para se relacionar ? •A timidez exagerada influenciou os projetos de namoro e casamento ?
Resposta Negativa	<ul style="list-style-type: none"> •Se você fosse menos tímido, seu relacionamento afetivo seria diferente? 	
AMIZADES	<ul style="list-style-type: none"> •Você considera que a timidez exagerada influenciou (a) iniciar ou manter amizades ao longo do tempo? Como influenciou? Quanto influenciou? E nas últimas duas semanas? Como influenciou? Quanto influenciou? 	<ul style="list-style-type: none"> • Tem relacionamento com colegas/ amigos em quantidade suficiente? • Experimenta satisfação ou desconforto nos contatos? • Tem dificuldade ou evita atividades que envolvam amigos e/ou colegas? • Prioriza a internet para fazer amigos?
Resposta negativa	<ul style="list-style-type: none"> Se você fosse menos tímido, seria mais fácil fazer amigos ? 	
OUTROS INTERESSES	<ul style="list-style-type: none"> •Em atividades de seu interesse, por exemplo: frequentar clubes, atividades esportivas, atividades religiosas ou hobbies/ lazer), você considera que a timidez exagerada influenciou(a) seu desempenho ao longo do tempo? Como influenciou? Quanto influenciou? E nas últimas duas semanas? Como influenciou? Quanto influenciou? 	<ul style="list-style-type: none"> • Com que frequência busca atividades de seu interesse? • Você está satisfeito com o quanto participa destas atividades ? • Você participa menos do que o desejado ?
Resposta negativa	<ul style="list-style-type: none"> Se você fosse menos tímido, seria mais fácil participar de atividades de seu interesse ? 	
ATIVIDADES DE AUTO-CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> •Frente às atividades cotidianas, como por exemplo: cuidar de sua higiene pessoal, fazer compras, fazer as tarefas domésticas, andar de ônibus, falar ao telefone; você considera que a timidez exagerada influenciou(a) seu desempenho ao longo do tempo? Como influenciou? Quanto influenciou? E nas últimas duas semanas? Como influenciou? Quanto influenciou? 	<ul style="list-style-type: none"> •Tem atrasos nas realizações destas atividades ? •Evita a realização destas atividades ? •Necessita de ajuda de outros? (frequência e tipo de ajuda solicitada) •Como se comporta frente à necessidade de fazer compras, ir a supermercado, pedir informações, fazer atividades sendo observado?
Resposta negativa	<ul style="list-style-type: none"> Se você fosse menos tímido, seu desempenho nas atividades do dia a dia seria diferente ? Em que ? 	
COMPORT. SUICIDA	<ul style="list-style-type: none"> •Você considera que a timidez exagerada influenciou (a) seu desejo de viver ao longo do tempo? Como influenciou? Quanto influenciou? E nas últimas duas semanas? Como influenciou? Quanto influenciou? • Pensou em suicídio? Fez planos? Tentou? Como? 	<ul style="list-style-type: none"> •Com que frequência e intensidade você tem desejo de morte? •Você fez planos estruturados?

Legenda: Preto = ELHPF ; Verde = resposta negativa; Vermelho= tempo

APÊNDICE K

Quadro 10- Adaptação do Roteiro de Perguntas-guia para a Escala de Liebowitz para Hetero-Avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF). Alterações propostas pelos avaliadores

Roteiro	Modificações
<u>Cabeçalho</u>	<ul style="list-style-type: none"> Foi inserido como orientação ao avaliador: <p>Seguir o roteiro atendo-se às perguntas do mesmo e realizando apenas as necessárias para a compreensão e pontuação.</p>
<u>Item Escola</u> <ul style="list-style-type: none"> Escolheu o curso em função de sua dificuldade? Foi inserido 	<p>Escolheu o curso em função de sua timidez ?</p> <p>Tem dificuldade para escrever na frente a outras pessoas?</p>
<u>Item Trabalho</u>	<ul style="list-style-type: none"> Foi inserido como orientação ao avaliador: <p>Considerar somente trabalho oficial e remunerado</p>
<u>Item Família</u> Os relacionamentos com os familiares são de dependência ?	Os relacionamentos com os familiares são de dependência (afetiva) ?
<u>Item Outros Interesses</u>	Foram inseridos nas perguntas-guia: <p>Você está satisfeita com o quanto participa destas atividades?</p> <p>Você participa menos do que o desejado ?</p>

APÊNDICE L

Tabela 32. Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF) no **curso da vida** com os itens do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o **grupo TAS** (n=84)

ITENS da SPIN***	ITENS da ELHPF- Curso da vida						
	1-Escola	3-Família	4- Casamento/ Namoro	5- Amizade	6- Outros Interesses	7- AVD	8- Comp. Suicida
1-	0,34**	0,21	0,29**	0,29**	0,10	0,31**	0,24*
2-	0,04	0,25*	0,22*	0,14	0,06	0,32**	0,37**
3-	-0,06	0,07	0,27*	0,28**	0,23	0,30**	0,39**
4-	0,20	0,18	0,18	0,33*	0,20	0,18	0,22*
5-	0,10	0,19	0,39**	0,32**	0,08	0,22*	0,15
6-	0,15	0,07	0,18	0,08	0,06	0,16	0,11
7-	0,06	0,12	-0,04	0,13	0,09	0,26*	0,10
8-	-0,03	0,10	0,28**	0,26*	0,17	0,36**	0,44**
9-	-0,03	-0,09	0,11	0,11	-0,16	0,15	0,11
10-	0,23*	0,15	0,22*	0,27*	0,18	0,18	0,21
11-	0,21*	0,21*	0,11	0,07	-0,05	0,06	0,03
12-	0,16	0,16	0,18	0,16	0,08	0,08	0,16
13-	0,27*	0,27*	0,11	0,06	0,16	0,11	0,10
14-	0,08	0,08	0,00	0,09	0,01	0,19	0,04
15-	0,06	0,06	0,08	0,24*	0,05	0,15	0,14
16-	0,28**	0,30**	0,10	0,25*	0,02	0,10	0,26*
17-	0,10	0,10	0,01	0,19	0,06	0,03	0,13

Coeficiente de Correlação de Spearman; *p≤ 0,05; **p≤0,01;*** 1- Medo DE autoridades; 2- ficar vermelho na frente de pessoas; 3- Festas e eventos sociais me assustam; 4- evito falar com pessoas desconhecidas; 5- fico assustado ao ser criticado; 6- evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado; 7- transpirar na frente de pessoas me incomoda; 8- evito ir à festas; 9- evito atividades onde sou o centro das atenções; 10- conversar com estranhos me assusta; 11- evito falar com platéia ou dar discurso; 12- faço qualquer coisa para não ser criticado; 13- palpitações cardíacas me incomodam quando estou na frente de pessoas; 14- tenho receio de fazer coisas quando observado; 15- temores de ficar envergonhado ou parecer bobo; 16- evito falar com autoridade; 17- tremer na frente de pessoas me assusta.

APÊNDICE M

Tabela 33-. Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF) nas **duas últimas semanas** com os itens do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o **grupo TAS** (n=84)

ITENS da SPIN***	ITENS da ELHPF Últimas duas semanas						
	1-Escola	3-Família	4- Casamento/ Namoro	5- Amizade	6- Outros Interesses	7- AVD	8- Comp. Suicida
1-	0,22*	0,20	0,25*	0,21*	0,08	0,33**	0,13
2-	0,07	0,21	0,25*	0,08	0,10	0,27*	0,22*
3-	-0,09	0,07	0,31**	0,20	0,25*	0,31*	0,26*
4-	0,10	0,18	0,27*	0,38**	0,16	0,20	0,09
5-	0,21*	0,24*	0,26*	0,34**	0,18	0,31**	0,20
6-	0,15	0,06	0,20	0,15	0,19	0,24*	0,05
7-	0,23*	0,10	0,05	0,15	0,18	0,30**	0,16
8-	-0,03	0,14	0,32**	0,21	0,24*	0,30**	0,28**
9-	0,13	-0,05	0,12	0,19	-0,08	0,14	0,03
10-	0,29**	0,16	0,27*	0,34**	0,19	0,24*	0,17
11-	0,37**	0,14	0,17	0,22*	-0,09	0,07	-0,07
12-	0,21	0,21*	0,16	0,45**	0,12	0,11	0,23
13-	0,30**	0,12	0,10	0,22*	0,09	0,21	0,01
14-	0,29**	0,04	0,10	0,36**	0,02	0,32**	0,10
15-	0,15	0,12	0,27*	0,37**	0,23*	0,21*	0,23*
16-	0,33**	0,33**	0,20	0,30**	0,19	0,12	0,19
17-	0,34**	0,15	0,14	0,35**	0,12	0,12	0,04

Coeficiente de Correlação de Spearman; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** 1- Medo DE autoridades; 2- ficar vermelho na frente de pessoas; 3- Festas e eventos sociais me assustam; 4- evito falar com pessoas desconhecidas; 5- fico assustado ao ser criticado; 6- evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado; 7- transpirar na frente de pessoas me incomoda; 8- evito ir à festas; 9- evito atividades onde sou o centro das atenções; 10- conversar com estranhos me assusta; 11- evito falar com platéia ou dar discurso; 12- faço qualquer coisa para não ser criticado; 13- palpitações cardíacas me incomodam quando estou na frente de pessoas; 14- tenho receio de fazer coisas quando observado; 15- temores de ficar envergonhado ou parecer bobo; 16- evito falar com autoridade; 17- tremer na frente de pessoas me assusta.

APÊNDICE N

Tabela 34-. Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF) no **curso da vida** com os itens do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o **grupo Não-TAS** (n=89)

ITENS da SPIN***	ITENS da ELHPF Curso da vida						
	1-Escola	3-Família	4- Casamento/ Namoro	5- Amizade	6- Outros Interesses	7- AVD	8- Comp. Suicida
1-	0,16	0,63	-0,02	0,13	0,13	0,08	0,33**
2-	0,15	0,13	0,31*	0,18	0,34**	0,11	0,22*
3-	0,39**	0,37**	0,14	0,35**	0,39**	0,19	0,21*
4-	0,30**	0,21*	0,26*	0,32**	0,17	0,23*	0,24*
5-	0,20	0,38	0,25*	0,15	0,09	0,22*	0,02
6-	0,16	0,18	0,33	0,19	0,17	0,19	0,11
7-	0,02	0,11	-0,03	0,02	-0,10	-0,06	0,14
8-	0,14	0,28**	0,17	0,11	0,15	0,29**	-0,05
9-	0,11	0,30**	0,19	0,19	0,31**	0,12	0,11
10-	0,31**	0,26*	0,07	0,34**	0,10	0,02	0,24*
11-	0,29**	0,27*	0,19	0,27*	0,28	0,07	0,32**
12-	0,21*	0,40**	0,14	0,25*	0,14	0,15	0,04
13-	0,18	0,04	0,17	0,22*	0,03	0,01	0,12
14-	0,26*	0,35**	0,16	0,25*	0,29**	0,34**	0,06
15-	0,14	0,24*	0,26*	0,29**	0,15	0,12	0,14
16-	0,28**	0,23*	0,07	0,25*	0,12	0,15	0,23*
17-	0,06	0,17	0,12	0,19	0,06	0,10	0,19

Coefficiente de Correlação de Spearman; *p≤ 0,05; **p≤0,01;*** 1- Medo DE autoridades; 2- ficar vermelho na frente de pessoas; 3- Festas e eventos sociais me assustam; 4- evito falar com pessoas desconhecidas; 5- fico assustado ao ser criticado; 6- evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado; 7- transpirar na frente de pessoas me incomoda; 8- evito ir à festas; 9- evito atividades onde sou o centro das atenções; 10- conversar com estranhos me assusta; 11- evito falar com platéia ou dar discurso; 12- faço qualquer coisa para não ser criticado; 13- palpitações cardíacas me incomodam quando estou na frente de pessoas; 14- tenho receio de fazer coisas quando observado; 15- temores de ficar envergonhado ou parecer bobo; 16- evito falar com autoridade; 17- tremer na frente de pessoas me assusta.

APÊNDICE O

Tabela 35- Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Hetero-avaliação do Prejuízo Funcional (ELHPF) nas **duas últimas semanas** com os itens do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o **grupo Não-TAS** (n=89)

ITENS da SPIN***	ITENS da ELHPF Últimas duas semanas						
	1-Escola	3-Família	4- Casamento/ Namoro	5- Amizade	6- Outros Interesses	7- AVD	8- Comp. Suicida
1-	0,23*	0,18	0,04	0,11	0,23**	-0,04	0,20
2-	0,22*	0,28**	0,20	0,02	0,39**	0,08	0,04
3-	0,07	0,33**	0,13	0,44**	0,54**	0,01	-0,05
4-	0,29**	0,38**	0,29**	0,29**	0,19	0,06	0,15
5-	0,05	0,40**	0,28**	0,28**	0,21*	0,22*	0,18
6-	0,19	0,31**	0,14	0,19	0,19	0,25*	0,09
7-	0,07	0,21*	-0,11	-0,02	0,04	-0,06	-0,10
8-	0,07	0,35**	0,26*	0,23*	0,24*	0,11	-0,02
9-	0,32**	0,31**	0,10	0,14	0,34**	0,16	0,08
10-	0,18	0,35**	0,24*	0,42**	0,22*	0,02	0,23*
11-	0,37*	0,26	0,26*	0,20	0,28**	0,01	0,17
12-	0,12	0,40**	0,17	0,42**	0,25*	0,04	0,04
13-	0,12	0,11	0,26*	0,10	0,03	-0,08	0,11
14-	0,05	0,31**	0,26*	0,39	0,37**	0,24*	0,03
15-	0,18	0,30**	0,11	0,21*	0,21*	0,14	0,11
16-	0,26*	0,29*	0,14	0,22*	0,25*	0,23*	0,25*
17-	0,23*	0,30**	0,14	0,22*	0,15	0,10	0,16

Coeficiente de Correlação de Spearman; *p≤ 0,05; **p≤0,01; *** 1- Medo DE autoridades; 2- ficar vermelho na frente de pessoas; 3- Festas e eventos sociais me assustam; 4- evito falar com pessoas desconhecidas; 5- fico assustado ao ser criticado; 6- evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado; 7- transpirar na frente de pessoas me incomoda; 8- evito ir à festas; 9- evito atividades onde sou o centro das atenções; 10- conversar com estranhos me assusta; 11- evito falar com platéia ou dar discurso; 12- faço qualquer coisa para não ser criticado; 13- palpitações cardíacas me incomodam quando estou na frente de pessoas; 14- tenho receio de fazer coisas quando observado; 15- temores de ficar envergonhado ou parecer bobo; 16- evito falar com autoridade; 17- tremer na frente de pessoas me assusta.

APÊNDICE P

Tabela 36- Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF) no **curso da vida** com os itens do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o **grupo TAS** (n=84)

SPIN ****	ITENS da ELAPF***										
	Curso da vida										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	-0,17	-0,01	0,02	0,01	0,11	0,05	0,21*	0,24*	0,07	0,17	0,14
2	-0,02	0,05	0,13	0,03	0,18	0,23*	0,22*	0,15	0,25*	0,04	0,16
3	-0,14	0,07	0,08	-0,04	-0,02	0,04	0,26*	0,30**	0,43**	0,12	0,13
4	0,13	0,08	0,25*	0,09	0,18	0,24*	0,34**	0,12	0,15	0,14	0,15
5	-0,11	-0,01	0,12	0,11	0,19	0,27*	0,15	0,23*	0,23	0,15	0,13
6	-0,14	0,04	0,06	0,05	0,18	0,07	0,00	0,14	0,27**	0,09	-0,02
7	-0,14	0,01	-0,09	0,09	0,07	0,08	0,10	0,09	0,10	0,14	0,07
8	-0,09	0,18	0,17	0,08	0,24*	0,12	0,34**	0,37	0,42**	0,10	0,25**
9	-0,06	-0,02	0,05	-0,11	0,14	0,01	0,12	0,12	0,11	0,10	-0,07
10	-0,07	0,06	0,10	0,09	0,19	0,16	0,20	0,08	0,21	-0,07	0,11
11	-0,13	-0,09	0,00	0,01	0,02	0,07	0,20	-0,09	-0,08	0,11	-0,08
12	0,09	-0,03	0,06	0,19	0,15	0,25*	0,24*	0,16	0,11	0,27*	0,10
13	0,03	0,12	0,03	0,07	0,27*	0,16	0,11	0,16	0,16	0,09	-0,05
14	0,07	-0,06	0,10	0,19	0,22*	0,21*	0,08	0,11	0,04	0,21*	-0,03
15	-0,04	-0,06	0,06	0,10	0,18	0,06	0,17	0,16	0,13	0,32**	-0,11
16	-0,12	0,10	0,15	0,18	0,28**	0,22	0,23*	0,16	0,15	0,15	0,11
17	0,02	-0,05	0,08	0,09	0,22*	0,15	0,12	0,12	0,20	0,04	-0,12

Coefficiente de Correlação de Spearman; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; ***1-Não exagerar em bebidas alcóolicas; 2- Evitar medicação sem prescrição; 3- manter bom humor; 4- permanecer na escola; 5- manter um trabalho; 6- manter interação com família; 7- manter relacionamento romântico; 8- manter pelo menos um amigo íntimo; 9- manter hobbies e outros interesses; 10- Cuidar das atividades praticas e de auto cuidado; 11- desejar viver .
 ****1- Medo DE autoridades; 2- ficar vermelho na frente de pessoas; 3- Festas e eventos sociais me assustam; 4- evito falar com pessoas desconhecidas; 5- fico assustado ao ser criticado; 6- evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado; 7- transpirar na frente de pessoas me incomoda; 8- evito ir à festas; 9- evito atividades onde sou o centro das atenções; 10- conversar com estranhos me assusta; 11- evito falar com platéia ou dar discurso; 12- faço qualquer coisa para não ser criticado; 13- palpitações cardíacas me incomodam quando estou na frente de pessoas; 14- tenho receio de fazer coisas quando observado; 15- temores de ficar envergonhado ou parecer bobo; 16- evito falar com autoridade; 17- tremer na frente de pessoas me assusta.

APÊNDICE Q

Tabela 37- Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF) nas **últimas duas semanas** com os itens do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o **grupo TAS** (n=84)

SPIN ****	ITENS da ELAPF***										
	Curso da vida										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	-0,13	0,03	0,13	0,07	0,20	0,01	0,22*	0,07	0,13	-0,01	0,19
2	-0,03	-0,04	0,18	-0,01	0,23*	0,21*	0,38**	0,15	0,23	0,00	0,25*
3	-0,08	0,00	0,17	-0,00	0,10	0,00	0,32**	0,19	0,25	0,12	0,27*
4	0,15	0,10	0,15	0,02	0,15	0,25*	0,38**	0,15	0,13	0,06	0,09
5	-0,07	-0,05	0,10	0,06	0,18	0,11	0,14	0,13	0,10	0,09	0,24*
6	-0,12	-0,03	0,08	-0,02	0,16	0,01	0,17	0,10	0,22	0,06	-0,01
7	-0,13	-0,02	-0,00	0,05	0,02	-0,00	0,08	-0,07	0,02	0,12	0,58
8	-0,03	0,05	0,25*	0,10	0,34**	0,04	0,42**	0,18	0,30	0,10	0,33**
9	-0,06	-0,00	0,13	-0,11	0,17	-0,03	0,31**	0,10	0,00	-0,16	-0,14
10	-0,07	-0,00	0,16	0,26	0,13	0,11	0,33**	0,02	0,12	-0,00	0,10
11	-0,20	-0,01	0,07	-0,01	0,06	0,06	0,17	-0,04	-0,05	-0,02	-0,20
12	-0,02	-0,00	0,14	0,12	0,17	0,16	0,25*	0,15	0,14	0,17	0,11
13	0,02	0,13	0,21	0,09	0,29*	0,11	0,27*	-0,01	0,10	0,02	-0,05
14	0,01	-0,01	0,17	0,00	0,20	0,05	0,27*	0,12	0,05	0,07	-0,14
15	-0,02	-0,07	0,08	0,04	0,22*	-0,00	0,25*	0,19	0,13	0,25*	0,05
16	-0,16	0,08	0,29*	0,19	0,33**	0,15	0,24*	0,06	0,13	0,06	0,10
17	-0,00	-0,11	0,15	0,08	0,23	0,03	0,21*	0,16	0,11	0,01	-0,07

Coeficiente de Correlação de Spearman; *p≤0,05; **p≤0,01; ***1-Não exagerar em bebidas alcóolicas; 2- Evitar medicação sem prescrição; 3- manter bom humor; 4-permanecer na escola; 5- manter um trabalho; 6- manter interação com família; 7- manter relacionamento romântico; 8- manter pelo menos um amigo íntimo; 9- manter hobbies e outros interesses; 10- Cuidar das atividades praticas e de auto cuidado; 11- desejar viver . ****1- Medo DE autoridades; 2- ficar vermelho na frente de pessoas; 3- Festas e eventos sociais me assustam; 4- evito falar com pessoas desconhecidas; 5- fico assustado ao ser criticado; 6- evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado; 7- transpirar na frente de pessoas me incomoda; 8- evito ir à festas; 9- evito atividades onde sou o centro das atenções; 10- conversar com estranhos me assusta; 11- evito falar com platéia ou dar discurso; 12- faço qualquer coisa para não ser criticado; 13- palpitações cardíacas me incomodam quando estou na frente de pessoas; 14- tenho receio de fazer coisas quando observado; 15- temores de ficar envergonhado ou parecer bobo; 16- evito falar com autoridade; 17- tremer na frente de pessoas me assusta.

APÊNDICE R

Tabela 38- Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF) no **curso da vida** com os itens do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o **grupo Não-TAS** (n=89)

SPIN ****	ITENS da ELAPF*** Curso da vida										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	0,20	0,10	0,37**	0,25*	0,35**	0,24*	0,08	0,30**	0,32**	0,24*	0,25*
2	0,16	0,21*	0,34**	0,30**	0,34**	0,24*	0,19	0,37**	0,27**	0,24*	0,14
3	-0,11	0,34	0,19	0,25**	0,22*	0,18	0,08	0,19	0,22*	0,21*	0,08
4	0,19	0,19	0,29**	0,39**	0,40**	0,35*	0,30**	0,41**	0,32**	0,32**	0,17
5	0,19	0,09	0,38**	0,23*	0,35**	0,23*	0,24*	0,16	0,31**	0,23*	0,00
6	0,21*	0,26*	0,41*	0,35**	0,42**	0,41**	0,40**	0,26*	0,31**	0,26*	0,23*
7	0,08	0,25*	0,21*	0,27**	0,25*	0,33**	0,11	0,13	0,17	0,08	0,00
8	-0,18	0,10	0,13	0,33**	0,26*	0,23*	0,19	0,13	0,22*	0,13	-0,09
9	-0,09	0,08	0,17	0,07	0,18	0,20	0,15	-0,01	0,10	-0,01	-0,12
10	0,21*	-0,06	0,13	0,14	0,22*	0,17	0,11	0,15	0,20	0,16	0,03
11	0,14	0,11	0,32**	0,19	0,30**	0,29**	0,16	0,17	0,16	0,14	0,13
12	0,21*	0,12	0,36**	0,21*	0,25*	0,29**	0,27**	0,16	0,24*	0,25*	0,07
13	0,21*	0,17	0,30**	0,30**	0,28**	0,23**	0,25*	0,20	0,27**	0,24*	0,23*
14	-0,04	0,21*	0,25*	0,12	0,18	0,27*	0,22*	0,19	0,24*	0,22*	0,05
15	0,19	0,17	0,38**	0,28**	0,37**	0,34**	0,32**	0,17	0,31**	0,22*	0,09
16	0,24*	0,21*	0,34**	0,18	0,31**	0,31**	0,25*	0,10	0,33**	0,18	0,18
17	0,30**	0,30**	0,32**	0,28*	0,33	0,38**	0,38**	0,23*	0,25*	0,28**	0,25*

Coefficiente de Correlação de Spearman; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; ***1-Não exagerar em bebidas alcóolicas; 2- Evitar medicação sem prescrição; 3- manter bom humor; 4- permanecer na escola; 5- manter um trabalho; 6- manter interação com família; 7- manter relacionamento romântico; 8- manter pelo menos um amigo íntimo; 9- manter hobbies e outros interesses; 10- Cuidar das atividades praticas e de auto cuidado; 11- desejar viver. ****1- Medo DE autoridades; 2- ficar vermelho na frente de pessoas; 3- Festas e eventos sociais me assustam; 4- evito falar com pessoas desconhecidas; 5- fico assustado ao ser criticado; 6- evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado; 7- transpirar na frente de pessoas me incomoda; 8- evito ir à festas; 9- evito atividades onde sou o centro das atenções; 10- conversar com estranhos me assusta; 11- evito falar com platéia ou dar discurso; 12- faço qualquer coisa para não ser criticado; 13- palpitações cardíacas me incomodam quando estou na frente de pessoas; 14- tenho receio de fazer coisas quando observado; 15- temores de ficar envergonhado ou parecer bobo; 16- evito falar com autoridade; 17- tremer na frente de pessoas me assusta.

APÊNDICE S

Tabela 39- Validade Concorrente: Correlações entre os itens individuais da Escala de Liebowitz para Auto-avaliação do Prejuízo Funcional (ELAPF) nas **duas últimas semanas** os itens do Inventário de Fobia Social (SPIN) para o **grupo Não-TAS** (n=89)

SPIN ****	ITENS da ELAPF*** Curso da vida										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	0,07	0,05	0,37**	0,19	0,26*	0,21*	0,22*	0,23*	0,26*	0,22*	0,22*
2	0,01	0,22*	0,35**	0,28**	0,28**	0,11	0,23*	0,32**	0,37**	0,20	0,12
3	-0,15	0,03	0,19	0,33**	0,27**	0,26*	0,21*	0,17	0,29*	0,20	0,15
4	0,24*	0,26*	0,33**	0,31**	0,41**	0,33**	0,24*	0,43**	0,31**	0,25**	0,27*
5	0,12	0,09	0,38**	0,30**	0,28*	0,19	0,23*	0,16	0,30**	0,26*	-0,05
6	0,20*	0,23*	0,46**	0,43**	0,46**	0,38**	0,45**	0,35**	0,26*	0,26*	0,18
7	-0,07	0,29**	0,24*	0,29*	0,22*	0,28*	0,23*	0,14	0,11	0,09	-0,03
8	-0,15	0,15	0,23*	0,26	0,26*	0,14	0,11	0,11	0,13	0,08	-0,00
9	-0,15	0,13	0,20	0,08	0,16	0,09	0,22*	0,06	0,11	-0,03	-0,08
10	0,18	-0,02	0,11	0,12	0,14	0,07	0,11	0,04	0,06	0,10	-0,01
11	0,08	0,06	0,22*	0,15	0,20	0,19	0,20*	0,16	0,17	0,15	0,08
12	0,12	0,19	0,35**	0,15	0,21*	0,19	0,10	0,15	0,20	0,26*	0,06
13	0,10	0,14	0,27*	0,17	0,17	0,10	0,01	0,04	0,09	0,14	0,18
14	-0,00	0,24*	0,31**	0,15	0,27**	0,25*	0,25*	0,20*	0,27*	0,19	0,10
15	0,08	0,18	0,44**	0,29**	0,38**	0,30**	0,35**	0,24*	0,24*	0,24*	0,07
16	0,17	0,14	0,38**	0,24*	0,30**	0,23*	0,36**	0,08	0,24*	0,24*	0,10
17	0,18	0,35**	0,32**	0,31**	0,29**	0,24*	0,28**	0,18	0,12	0,26*	0,17

Coefficiente de Correlação de Spearman; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; ***1-Não exagerar em bebidas alcóolicas; 2- Evitar medicação sem prescrição; 3- manter bom humor; 4- permanecer na escola; 5- manter um trabalho; 6- manter interação com família; 7- manter relacionamento romântico; 8- manter pelo menos um amigo íntimo; 9- manter hobbies e outros interesses; 10- Cuidar das atividades praticas e de auto cuidado; 11- desejar viver. ****1- Medo DE autoridades; 2- ficar vermelho na frente de pessoas; 3- Festas e eventos sociais me assustam; 4- evito falar com pessoas desconhecidas; 5- fico assustado ao ser criticado; 6- evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado; 7- transpirar na frente de pessoas me incomoda; 8- evito ir à festas; 9- evito atividades onde sou o centro das atenções; 10- conversar com estranhos me assusta; 11- evito falar com platéia ou dar discurso; 12- faço qualquer coisa para não ser criticado; 13- palpitações cardíacas me incomodam quando estou na frente de pessoas; 14- tenho receio de fazer coisas quando observado; 15- temores de ficar envergonhado ou parecer bobo; 16- evito falar com autoridade; 17- tremer na frente de pessoas me assusta.

APÊNDICE T

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) -

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 as dificuldades psicossociais vivenciadas no dia a dia por pessoas portadoras de Ansiedade Social, estamos solicitando sua participação em responder alguns instrumentos, do tipo escala, que têm por objetivo identificar tal dificuldade. Com isto, conheceremos se estes instrumentos são adequados para identificar as dificuldades no desempenho das atividades cotidianas de pessoas diagnosticadas como portadoras de Ansiedade Social.

Sua participação consistirá em responder por escrito a dois instrumentos diferentes, nos quais você estará avaliando as suas dificuldades no desempenho das atividades da vida cotidiana e a percepção de bem estar psicológico. Posteriormente, será combinado, conforme a sua disponibilidade, uma entrevista com um profissional de saúde mental (psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional) para uma breve entrevista sobre o seu desempenho nas atividades cotidianas

A sua participação não acarretará ônus ou risco para você ou para a sua saúde. Caso no decorrer das atividades desista de participar, poderá entregar os questionários antes de terminar de respondê-los, sem qualquer constrangimento.

Sem qualquer identificação dos participantes, nos comprometemos com a divulgação científica das informações colhidas e assumimos a responsabilidade por qualquer ônus que a participação no estudo possa acarretar.

Qualquer dúvida que você tenha poderá entrar em contato conosco.

Luciene Vaccaro de Moraes
Terapeuta Ocupacional
CREFITO 3/3961-TO
Telefone: 602-2837

Sonia Regina Loureiro
Psicóloga
CRP 06/0347
Telefone: 625-0309

Eu, _____, tendo sido devidamente esclarecida sobre os objetivos, procedimentos e as condições sobre minha participação no estudo “**Transtorno de ansiedade social: a vida cotidiana e as dificuldades psicossociais**”, realizado pela terapeuta ocupacional Luciene Vaccaro de Moraes, que consistirá em responder a três instrumentos .

Declaro que estou ciente de que:

1. Minha participação é voluntária e contribuirá para melhorar os serviços de saúde;
2. Não terei nenhum prejuízo ou punição por participar, ou deixar de participar deste estudo;
3. Terei a liberdade de não responder alguma ou algumas das questões se assim o desejar, bem como terei a liberdade de desistir de minha participação no estudo, sem sofrer punição ou prejuízo por isso;
4. Minha participação na entrevista não me prejudicará na forma de atendimento médico que utilizo;
5. As informações que darei serão confidenciais e minha identidade jamais será conhecida ou divulgada para outra pessoa;
6. Todas as informações que fornecer serão anotadas em um formulário, mantendo o meu anonimato, e que posteriormente serão codificadas e analisadas de uma forma coletiva, agrupando todos os participantes;
7. Não recebi qualquer incentivo direto pela minha participação na entrevista.

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que foram apresentadas e que, livremente, manifesto minha vontade em participar do referido projeto.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 200__.

ANEXOS

ANEXO A

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

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 15 de dezembro de 2003

Ofício nº 3708/2003
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado **"TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE AUTO E HETERO-AVALIAÇÃO"**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 171ª Reunião Ordinária realizada em 15/12/2003, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 11570/2003.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
FLÁVIA DE LIMA OSÓRIO
PROFª DRª SONIA REGINA LOUREIRO (Orientadora)
Depto. de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica
Em mãos

ANEXO B

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.

8003002324617

	nada	um pouco	moderadamente	bastante	extremamente
1. Tenho medo de autoridades	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2. Incomodo-me por ficar vermelho na frente das pessoas	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3. Festas e eventos sociais me assustam	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
4. Evito falar com pessoas que não conheço	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
5. Fico muito assustado ao ser criticado	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
6. Evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
7. Transpirar na frente das pessoas me incomoda	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
8. Evito ir a festas	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
9. Evito atividades nas quais sou o centro das atenções	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
10. Conversar com estranhos me assusta	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
11. Evito falar para uma platéia ou dar discursos (ex. apresentações em sala de aula)	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
12. Faço qualquer coisa para não ser criticado	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
13. Sentir palpitações cardíacas me incomoda quando estou no meio de outras pessoas	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
14. Tenho receio de fazer coisas quando posso estar sendo observado	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
15. Ficar envergonhado ou parecer bobo são meus maiores temores	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
16. Evito falar com qualquer autoridade	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
17. Tremar ou estremecer na frente das outras pessoas me angustia	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

COPYRIGHT Jonathan Davidson (1995)
Tradução e adaptação para o Português:
Crippa JAS, Graeff FG, Zuardi AW,
Hefem LA, Busatto GF, Loureiro SR (2003).
Diagramação: Marcelo Mazza (2004).

ANEXO C

==== QSG =====

INSTRUÇÕES. Gostaríamos de saber se você tem tido algumas enfermidades ou transtornos e como tem estado sua saúde nas últimas semanas. Por favor, marque simplesmente com um **X** a resposta que a seu ver corresponde mais com o que você sente ou tem sentido. Lembre que queremos conhecer os problemas recentes e atuais, não os que você tenha sentido no passado. É importante que você **RESPONDA A TODAS AS PERGUNTAS.**

VOCÊ ULTIMAMENTE...**1 – Tem podido concentrar-se bem no que faz?**

(1) Mais do que o de costume	(3) Menos que o de costume
(2) Igual ao de costume	(4) Muito menos que o de costume

2 – Suas preocupações lhe têm feito perder muito sono?

(1) Absolutamente, não	(3) Um pouco mais do que o costume
(2) Não mais que o de costume	(4) Muito mais que o costume

3 – Tem sentido que tem um papel útil na vida?

(1) Mais útil que o de costume	(3) Menos útil que o de costume
(2) Igual ao de costume	(4) Muito menos útil que o de costume

4 – Tem se sentido capaz de tomar decisões?

(1) Mais que o de costume	(3) Menos que o de costume
(2) Igual ao de costume	(4) Muito menos capaz que o de costume

5 – Tem notado que está constantemente agoniado e tenso?

(1) Absolutamente, não	(3) Um pouco mais do que o costume
(2) Não mais que o de costume	(4) Muito mais que o costume

6 – Tem tido a sensação de que não pode superar suas dificuldades?

(1) Absolutamente, não	(3) Um pouco mais do que o costume
(2) Não mais que o de costume	(4) Muito mais que o costume

7 – Tem sido capaz de desfrutar suas atividades normais de cada dia?

(1) Mais que o de costume	(3) Menos que o de costume
(2) Igual ao de costume	(4) Muito menos capaz que de costume

8 – Tem sido capaz de enfrentar adequadamente os seus problemas?

(1) Mais que o de costume	(3) Menos que o de costume
(2) Igual ao de costume	(4) Muito menos capaz que de costume

9 – Tem se sentido pouco feliz e deprimido(a)?

(1) Absolutamente, não	(3) Um pouco mais do que o costume
(2) Não mais que o de costume	(4) Muito mais que o costume

10 – Tem perdido confiança em si mesmo?

(1) Absolutamente, não	(3) Um pouco mais do que o costume
(2) Não mais que o de costume	(4) Muito mais que o costume

11 – Tem pensado que você é uma pessoa que não serve para nada?

(1) Absolutamente, não	(3) Um pouco mais do que o costume
(2) Não mais que o de costume	(4) Muito mais que o costume

12 – Sente-se razoavelmente feliz considerando todas as circunstâncias?

(1) Mais que o de costume	(3) Menos que o de costume
(2) Igual ao de costume	(4) Muito menos capaz que de costume

ANEXO D

Appendix 1. Disability Profile/Clinician-Rated: (Revised 12/92):

A. Main disorder being rated: _____

B. Rate impairment due to the disorder relative to the patient's desired/potential level of functioning. Use all available information.

Sample probes: "If you were free of this problem, would anything be different in your [work] performance? If you didn't have this problem, would you still [be at the same job]?"

Lifetime	Past 2 weeks ^a
(worst impairment)	
_____	_____

1. SCHOOL

- 0. No impairment from this disorder
- 1. Distress but not clear impairment
- 2. Moderate: Impaired performance (e.g., lower grades), but disorder does not prevent completing desired level of education
- 3. Severe: Dropped out temporarily, but able to complete desired level of education
- 4. Extreme: Dropped out, unable to complete desired level of education

^aComplete PAST 2 WEEKS rating for item 1 only if patient is now in school full time or if would be in school full time if had not dropped out due to emotional problem.

Lifetime	Past 2 weeks ^b
(worst impairment)	
_____	_____

2. WORK (OUTSIDE OR INSIDE THE HOME)

- 0. No impairment from this disorder
- 1. Distress but not clear impairment in job appropriate for patient's abilities
- 2. Moderate impairment in job appropriate for patient's abilities (e.g., occasional absenteeism, moderate criticism from boss, avoidance of seeking an appropriate promotion, failing to do various household chores or doing them poorly)
- 3. Severe impairment in job appropriate to patient's ability (e.g., frequent absenteeism or other behavior that could jeopardize employment, largely unable to complete household chores); or Underemployed (employed at a job beneath patient's abilities/ qualifications)
- 4. Extreme: Unemployed or completely unable to function as homemaker or severe impairment in job beneath abilities

^bComplete PAST 2 WEEKS rating for item 2 only if patient is not a full-time student (i.e., only if you do not rate PAST 2 WEEKS for item 1).

Lifetime	Past 2 weeks
(worst impairment)	
_____	_____

3. FAMILY

- 0. No impairment from this disorder in relationships with relatives
- 1. Distress but not clear impairment
- 2. Moderate: Intact but impaired relationships with relatives (e.g., argues, too dependent, avoids contacts)
- 3. Severe: Severed relationships with a close relative or avoids most contacts
- 4. Extreme: Severed relationships with most of family

continued

Schneier et al.

Appendix 1. Disability Profile/Clinician-Rated: (Revised 12/92): (Cont'd.)

Lifetime Past 2 weeks
(worst impairment) _____

4. MARRIAGE/DATING

- 0. No impairment from this disorder
- 1. Distress but no impairment in dating or marriage
- 2. Moderate impairment (e.g., dating somewhat less frequently than desired, mildly impaired functioning on dates, or minor marital problems)
- 3. Severe impairment (e.g., dating infrequently, markedly impaired functioning on dates, major marital problems, separation or divorce)
- 4. Extreme: Unable to date or marry

Lifetime Past 2 weeks
(worst impairment) _____

5. FRIENDSHIPS

- 0. No impairment from this disorder
- 1. No clear impairment, but distress in initiating or maintaining friendship
- 2. Moderate: Has a few close friends and more acquaintances, but fewer than desired
- 3. Severe: No close friends or distress in most activities with acquaintances
- 4. Extreme: No close friends and distress in almost all activities with acquaintances

Lifetime Past 2 weeks
(worst impairment) _____

6. OTHER INTERESTS (RELIGIOUS ACTIVITIES, CLUBS, HOBBIES, SPORTS, ETC.)

- 0. No impairment from this disorder in pursuing other interests
- 1. Distress, but no impairment
- 2. Moderate impairment: Participates in activities but avoids some or does not participate fully
- 3. Severe impairment: Participates in far fewer activities than desired, is quite limited in ability to participate (e.g., attends church only sporadically despite desire to be active)
- 4. Extreme: Unable to pursue any interests

Lifetime Past 2 weeks
(worst impairment) _____

7. ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADL; E.G., PERSONAL HYGIENE, SHOPPING, HOUSEHOLD CHORES)

- 0. No impairment from this disorder in ADL
- 1. Distress, but no impairment
- 2. Moderate impairment: Delays in ADL, minor dysfunction or avoidance of ADL
- 3. Severe impairment: Major dysfunction or avoidance. Needs some assistance
- 4. Extreme: Needs assistance in most ADL tasks

Lifetime Past 2 weeks
(worst impairment) _____

8. SUICIDAL BEHAVIOR

- 0. Never considered suicide due to this disorder
 - 1. Considered suicide, but no intent
 - 2. Seriously considered suicide
 - 3. Attempted suicide—nonlethal gesture
 - 4. Attempted suicide—potentially lethal method
-

ANEXO E

Functional Impairment in Social Phobia

Appendix 2. Liebowitz Disability Self-Rating Scale (Revised 12/92):

How much does your emotional problem limit your ability to do each of the following? Circle 0, 1, 2, or 3 on each line.

	Problem does not limit me at all	Problem limits me slightly	Problem limits me a moderate extent	Problem limits me severely
1. Drinking alcohol in moderation (without overdoing it)? <i>Circle (0) if you do not drink at all.</i>				
During the past 2 weeks:	0	1	2	3
Lifetime/When I was at my worst:	0	1	2	3
2. Avoiding use of nonprescribed drugs?				
During the past 2 weeks:	0	1	2	3
Lifetime/When I was at my worst:	0	1	2	3
3. Mainly being in a good mood when things are going well?				
During the past 2 weeks:	0	1	2	3
Lifetime/When I was at my worst:	0	1	2	3
4. Going as far in school as my money and intelligence permit?				
During the past 2 weeks:	0	1	2	3
<i>Complete this item for the past 2 weeks only if you are currently a full-time student.</i>				
Lifetime/When I was at my worst:	0	1	2	3
5. Keeping a job (housework or work out- side of the home) that allows me to work to my highest ability?				
During the past 2 weeks:	0	1	2	3
<i>Complete this item for the past 2 weeks only if you are not a full-time student.</i>				
Lifetime/When I was at my worst:	0	1	2	3
6. Having mostly comfortable interactions with the members of my family?				
During the past 2 weeks:	0	1	2	3
Lifetime/When I was at my worst:	0	1	2	3
7. Having a satisfying romantic/intimate relationship?				
During the past 2 weeks:	0	1	2	3
Lifetime/When I was at my worst:	0	1	2	3
8. Having at least a few close friends and a small group of acquaintances?				
During the past 2 weeks:	0	1	2	3
Lifetime/When I was at my worst:	0	1	2	3
9. Pursuing hobbies and other interests (e.g., religion, sports, etc.)?				
During the past 2 weeks:	0	1	2	3
Lifetime/When I was at my worst:	0	1	2	3
10. Taking care of personal shopping, house- hold chores and personal hygiene (e.g., bathing, showering, brushing your teeth, etc.)?				
During the past 2 weeks:	0	1	2	3
Lifetime/When I was at my worst:	0	1	2	3
11. Wanting to live and not thinking about suicide for more than a rare moment?				
During the past 2 weeks:	0	1	2	3
Lifetime/When I was at my worst:	0	1	2	3

ANEXO F

Michael R. Liebowitz, M.D.
Professor of Clinical Psychiatry
New York State Psychiatric Institute
Research Foundation for Mental Health
1051 Riverside Drive
New York, New York 10032
212-543-5370
Liebowitz@nyspi.cpmc.columbia.edu

quinta-feira, maio 07, 2009

Luciene Vaccaro de Moraes
Departamento de Neuropsiquiatria e Psicologia Medica
Faculdade de Medicina de Ribeirao Preto
Universidade de Sao Paulo

As per your request I am granting you and your facility the permission to use and study the scales. I will be looking forward to the updates of your result.

Sincerely

Michael R. Liebowitz, M.D.

ANEXO G

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**CAMPUS UNIVERSITÁRIO – MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 30 de maio de 2005

Ofício nº 1429/2005
CEP/SPC**Prezada Senhora:**

O trabalho intitulado **“TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL: A VIDA COTIDIANA E AS DIFICULDADES PSICOSSOCIAIS”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 202ª Reunião Ordinária realizada em 23/05/2005, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 4388/2005.

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
LUCIENE VACCARO DE MORAIS
PROFª DRª SONIA REGINA LOUREIRO(Orientadora)
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras-USP
Pós-Graduação em Psicologia
Em mãos