

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

CARLOS ALBERTO BAPTISTA

**ESTUDO DA PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE
SOCIAL EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS**

RIBEIRÃO PRETO
2006

CARLOS ALBERTO BAPTISTA

**ESTUDO DA PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE
SOCIAL EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Saúde Mental.

Área de Concentração: Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr. José Alexandre de Souza
Crippa

RIBEIRÃO PRETO

2006

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Baptista, Carlos Alberto.

Estudo da prevalência do transtorno de ansiedade social em estudantes universitários/Carlos Alberto Baptista; Orientador: Crippa, José Alexandre de Souza-- Ribeirão Preto, 2006.

111f

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

1. Transtorno de ansiedade social. 2. Fobia social.
3.Epidemiologia. 4.Prevalência.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Carlos Alberto Baptista

Estudo Da Prevalência Do Transtorno De Ansiedade Social Em Estudantes

Universitários

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Saúde Mental.

Área de Concentração: Saúde Mental

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIAS

À Ana Laura, minha esposa, com amor, admiração e gratidão por sua compreensão, carinho, presença e incansável apoio durante todos os momentos.

Aos meus queridos pais, José Mário e Eunice, alicerces da minha vida e exemplos de luta, carinho, dedicação e doação.

Aos meus queridos filhos, Pedro, Ana Beatriz e Davi, fontes de maravilhosa inspiração para este trabalho e para a minha vida.

AGRADECIMENTOS

Especialmente ao Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa, orientador desta dissertação, pela enorme disponibilidade para orientação das minhas dúvidas e pelo apoio, nos momentos mais difíceis, durante a realização deste estudo. Pela confiança depositada e amizade que muito me auxiliaram no desenvolvimento pessoal e do trabalho.

Especialmente ao amigo Dr. Rafael Faria Sanches, grande incentivador e um dos grandes responsáveis pelo início dessa jornada.

Agradeço a Prof. Dra. Rocio Martin-Santo, pelas valiosas sugestões e auxílio na idealização e execução deste projeto.

Às Professoras Dra. Cristina Marta Del-Ben e Dra. Sonia Regina Loureiro, pelas valiosas sugestões, disponibilidade, amizade e apoio contínuo.

A amiga Flávia de Lima Osório, grande amiga, presente em todas etapas deste estudo, sempre disponível e otimista.

Aos professores da UNIFRAN e USP, que colaboraram na aplicação em sala de aula, tornando possível a execução da primeira fase do estudo, sem ocorrências.

Aos coordenadores de curso e reitores da USP e UNIFRAM que permitiram a aplicação das escalas dentro destas instituições.

A secretária da Pós-Graduação em Saúde Mental, Sra. Sônia Mitiko T. Bueno, pela amizade, orientações e empenho na agilização dos trâmites burocráticos. E também a Sra. Ivana Geraldo Cintra Faria, atual secretária, que desde o início sempre esteve muito disponível, atenta aos prazos, e amiga.

Ao amigo Dr. José Antonio Alves Vilela, pela disponibilidade e apoio, em treinar os aplicadores da SCID, neste trabalho.

Ao Prof. Dr. Afonso Dinis Costa Passos, pelas valiosas contribuições ao estudo.

Aos colegas da Pós-Graduação e aos professores do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, pela amizade e incentivo.

À amiga, Sandra A. Bernardo, muito importante na etapa de organização e tabulação dos dados, pela colaboração, apoio e amizade.

À minha sogra, Maria, pelo apoio, confiança e incentivo constantes, minha segunda mãe.

À minha irmã, Ana Paula, que sempre acreditou em mim e me incentivou.

À amiga Carolina Menezes Gaya, pela colaboração, incentivo e apoio na execução deste trabalho.

Ao colega Marcelo Mazza, pela formatação das escalas.

Aos colegas Alaor Santos Filho, Stella Cristina Vasconcelos Mesquita, Maria Cecília S. Freitas e Moyses Chaves, pelo auxílio na aplicação da SCID.

À Marilene Pinho, pelo auxílio na aplicação das escalas em sala de aula.

À Prefeitura Municipal de Franca, na pessoa de Iara Moema, pela compreensão e apoio para realização deste trabalho.

Ao Hospital Psiquiátrico de Franca, na pessoa de Lázara Maria Batista, pelo incentivo e permanente apoio nesta jornada.

Aos voluntários, pela paciência, interesse e participação, sem os quais não seria possível este estudo.

RESUMO

BAPTISTA, C.A. **Estudo da prevalência do transtorno de ansiedade social em estudantes universitários**. 2006. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Objetivos: O estudo avaliou 2319 estudantes universitários de diversos cursos de graduação, visando determinar a prevalência do transtorno de ansiedade social (TAS) e as características demográficas desta população. **Métodos:** Aplicou-se coletivamente em sala de aula a escala SPIN (Inventário de Fobia Social), em todos os sujeitos presentes que aceitaram participar. Após esta primeira fase da pesquisa, foram selecionados os indivíduos com escores ≥ 6 na versão abreviada da SPIN (Mini-SPIN), e contatados por telefone para responderem ao módulo de ansiedade da SCID-IV. Foram realizadas análises descritivas (média, desvio padrão e frequência) e inferências sobre as variáveis estudadas. **Resultados:** Na primeira fase com a Mini-SPIN obtivemos uma prevalência aparente de 20,6% para o TAS. Após a aplicação da SCID, confirmou-se o diagnóstico em 56,3% da amostra selecionada pela Mini-SPIN, representando 11,6% da amostra total, considerada a prevalência real do transtorno. Quanto aos tipos de medos, a maioria dos sujeitos com TAS apresentavam medo de falar em público (91,6%), seguido do medo de comer em público (28,3%) e do medo de escrever em público (16,5%). Em relação à instituição e área dos cursos freqüentados; 7,7% dos alunos da FMRP-USP, 13,3% da FFCLRP-USP e 10,3% da UNIFRAN foram classificados como portadores do transtorno, não havendo diferenças significativas ($\chi^2=0,02$; $p=0,9$). Verificou-se que os sujeitos do sexo feminino apresentaram significativamente maior prevalência TAS (N=161 ou 12,5%) do que os indivíduos do sexo masculino (N=76 ou 7,4%) ($\chi^2=15,8$, $p<0,0001$). A idade média de início do TAS foi de 11,4 anos ($\pm 0,27$) e o tempo médio de doença foi de 10,2 anos ($\pm 0,3$). Apenas dois sujeitos (0,8%) identificados como apresentando TAS, referiram terem sido diagnosticados previamente por um profissional de saúde como portadores do transtorno. Apenas seis indivíduos com TAS (2,5%) tomavam alguma medicação que poderia ser útil no tratamento farmacológico do transtorno. A maioria dos pacientes (N=151 ou 63,7%) foi classificada como apresentando TAS moderado, seguido por grau leve (N= 21 ou 21,9%) e grave (N= 34 ou 14,3%). Os indivíduos com TAS usavam com maior frequência (N=55 ou 23,2%) medicações gerais do que os não casos (N= 311 ou 14,8%) ($\chi^2=10,9$; $p<0,001$). Não foram encontradas diferenças significativas ($t=0,98$; $p=0,33$) no desempenho acadêmico, avaliado por meio da média ponderada das notas, entre sujeitos com (7,04; $\pm 1,05$) e sem TAS (7,12; $\pm 1,02$). Entretanto, as estudantes do sexo feminino com TAS apresentaram significativamente ($t=3,29$; $p<0,001$) menores médias (7,06; 1,01) do que as sem o transtorno (7,36; 0,98). **Conclusão:** O TAS foi identificado como uma condição com prevalência elevada em estudantes universitários, mais comum em mulheres, com um início precoce, curso crônico e sem remissões espontâneas. Da mesma forma, demonstrou ser um transtorno sub-reconhecido, sub-diagnosticado, associado à incapacidade sociais importantes e raramente submetido a tratamento. Estratégias que objetivem a detecção precoce do TAS, possivelmente diminuiriam os custos sociais e individuais deste importante transtorno.

Palavras-chaves: Transtorno de ansiedade social; fobia social; epidemiologia; prevalência.

ABSTRACT

BAPTISTA, C.A. **Study of the prevalence of social anxiety disorder among university students.** 2006. 111 f. Dissertation (Master's) – School of Medicine, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Purpose: The study evaluated 2319 university students of several undergraduate courses with the purpose of determining prevalence of social anxiety disorder (SAD) and the demographic characteristics of this population. **Methods:** The Social Phobia Inventory (SPIN) was collectively administered in the classroom in all subjects who agreed to participate. Following this first research phase, individuals with scores ≥ 6 in the brief version of the SPIN (Mini-SPIN) were selected. All selected individuals were contacted by telephone and asked to answer the anxiety module of the SCID-IV. Descriptive analyses were performed (mean, standard deviation, and frequency) and inferences on variables were studied. **Results:** In the first phase, using the Mini-SPIN, we obtained an apparent prevalence of 20.6% for SAD. After applying the SCID, diagnosis was confirmed for 56.3% of the sample selected with Mini-SPIN. This represents 11.6% of the total sample, therefore the real prevalence of the disorder. Regarding the types of fear, most of the subjects with SAD had fear of public speaking (91.6%), followed by eating in public (28.3%) and fear of writing in public (16.5%). Concerning universities and courses attended, 7.7% were students from the School of Medicine of Ribeirão Preto at the University of São Paulo (USP), 13.3% from the Faculty of Philosophy, Sciences and Languages of Ribeirão Preto (USP), and 10.3% were from University of Franca (UNIFRAN); with no significant differences ($\chi^2=0.02$; $p=0.9$). It was observed that female subjects showed significantly higher SAD prevalence (N=161 or 12.5%) compared to male subjects (N=76 or 7.4%) ($\chi^2=15.8$; $p<0.0001$). Average age at SAD onset was 11.4 years (± 0.27) and the average time of disease was 10.2 years (± 0.3). Only two subjects identified as having SAD (0.8%), reported having been previously diagnosed with SAD by a healthcare professional. Only six individuals with SAD (2.5%) took any medication that was useful for the pharmacological treatment of the disorder. Most patients (N=151 or 63.7%) were classified as having moderate SAD, followed by mild (N= 21 or 21.9%), and severe (N= 34 or 14.3%). Individuals with SAD used general medications more frequently (N=55 or 23.2%) than non-cases (N= 311 or 14.8%) ($\chi^2=10.9$; $p<0.001$). No significant differences were found in academic performance ($t=0.98$; $p=0.33$), evaluated by weighted average grades between subjects with (7.04; ± 1.05) and without SAD (7.12; ± 1.02). However, female students with SAD showed significantly ($t=3.29$; $p<0.001$) lower grade averages (7.06; 1.01) compared to those without SAD (7.36; 0.98). **Conclusion:** SAD was identified as a highly prevalent condition among university students. It is more common among women, with early onset, chronic course, and no spontaneous remissions. Moreover, it is an under-recognized and under-diagnosed disorder, associated with relevant social incapacities and is rarely submitted to treatment. Strategies aiming at early detection of SAD would probably reduce social and individual costs regarding this important disorder.

Keywords: Social anxiety disorder; social phobia; epidemiology; prevalence.

Sumário

1- INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Diagnóstico.....	1
1.1.1 Perspectiva histórica sobre o diagnóstico	1
1.1.2 Definição	3
1.1.3 Subtipos de TAS	6
1.1.4 Observações clínicas	6
1.2 Sintomatologia	7
1.2.1 Aspectos cognitivos.....	7
1.2.2 Aspectos comportamentais	9
1.2.3 Aspectos fisiológicos	10
1.3 Psicopatologia	11
1.3.1 Situações temidas	11
1.4 Comorbidades	12
1.4.1 Transtorno de personalidade de esquiva	13
1.4.2 Timidez.....	13
1.5 Epidemiologia	14
1.5.1 Prevalência.....	16
1.5.2 Aspectos culturais	17
1.5.3 Curso natural.....	18
1.5.4 Instrumentos diagnósticos.....	19
1.5.5 Critério diagnóstico.....	21
1.5.6 Distribuição por sexo	22

1.5.7 Estado civil	22
1.5.8 Idade de início	23
1.5.9 Idade à avaliação	23
1.6 Prejuízos no funcionamento social e ocupacional.....	23
1.6.1 Impacto no desempenho educacional.....	23
1.6.2 Impacto no desempenho laboral	25
1.6.3 Relacionamentos sociais e familiares	25
1.7 JUSTIFICATIVA.....	26
2 OBJETIVOS.....	27
2.1 Objetivo geral	27
2.2 Objetivos específicos	27
3. MÉTODOS	29
3.1 Caracterização da situação de estudo	29
3.2 Critérios para composição da amostra.....	30
3.3 Instrumentos de avaliação.....	31
3.4 Projeto piloto e treinamento na SPIN	33
3.5 Treinamento dos avaliadores na SCID-IV	34
3.6 Aplicação coletiva dos instrumentos	36
3.7 Confirmação diagnóstica pela SCID.....	38
4. RESULTADOS.....	42
4.1 Características sócio-demográficas da amostra total.....	42
4.2 Comparabilidade da SCID por telefone e " ao vivo"	46
4.3 Prevalência de TAS.....	47
4.4 Tipos de medos sociais.....	50

4.5 Características sócio-demográficas/descriptivas.....	52
4.6 Sexo	54
4.7 Idade de início e tempo de doença	54
4.8 Gravidade.....	54
4.9 Diagnóstico prévio e reconhecimento do transtorno	55
4.10 Uso de medicação.....	56
4.11 Atividade laboral	56
4.12 Universidade	57
4.13 Ano da graduação	57
4.14 Área do curso	58
4.15 Curso superior	58
4.16 Desempenho acadêmico.....	58
5 DISCUSSÃO	61
6 CONCLUSÃO	89
7 REFERÊNCIAS.....	91
8 ANEXOS	112

Lista de quadros

Quadro 1 - Critérios Diagnósticos para Fobia Social segundo o DSM-IV.....	4
---	---

Lista de ilustrações

Figura 1 – Localização das cidades de Franca e Ribeirão Preto no Estado de São Paulo.....	30
Figura 2 – Fluxograma das etapas para identificação dos sujeitos com TAS	49
Figura 3 – Escores médios dos fatores da escala SPIN em relação à gravidade do TAS	55

Lista de tabelas

Tabela 1 – Estudos sobre a prevalência do Transtorno de Ansiedade Social	15
Tabela 2 – Número de sujeitos contatados, excluídos e incluídos em relação à instituição de ensino freqüentada	43
Tabela 3 – Distribuição da amostra em função da instituição e sexo.....	43
Tabela 4 – Distribuição da amostra em função da instituição e curso da graduação freqüentado.....	44
Tabela 5 - Distribuição da amostra em função da universidade e atividade exercida	45
Tabela 6 - Distribuição da amostra em função do sexo e atividade exercida.....	45
Tabela 7 – Prevalência de medos sociais; i.é. proporção de indivíduos que pontuaram situações potencialmente fóbicas como > 3 na escala SPIN (0-4).....	51
Tabela 8 – Escore médio nos diferentes itens da escala SPIN em pacientes com TAS e indivíduos sem o transtorno.	52
Tabela 9 – Distribuição da amostra estudada e dos indivíduos com TAS, em função da idade, instituição e área do curso freqüentado.	53
Tabela 10 - Distribuição da amostra estudada em função do tipo de medicação usada e o diagnóstico.	56
Tabela 11 - Distribuição da amostra estudada em função do ano cursado e o diagnóstico.	57
Tabela 12 - Distribuição da amostra estudada em função do curso e o diagnóstico	59
Tabela 13 – Características da amostra de TAS identificada pela MINI-SPIN e confirmada pela SCID e controles sadios	60

1- INTRODUÇÃO

A experiência de ansiedade em situações sociais é muito comum, mas geralmente não é suficientemente grave para interferir no funcionamento psicossocial, algumas vezes podendo até melhorar o desempenho (DELL'OSSO et al., 2003). Entretanto, para as pessoas com transtorno de ansiedade social (TAS), este medo pode ser muito intenso levando a evitar ou vivenciar com extrema ansiedade a maioria das situações sociais. Este medo freqüentemente está associado a sintomas físicos como ruborização, sudorese, tremores e palpitações. Além disso, o TAS pode causar uma série de prejuízos em muitos aspectos da vida, incluindo atividades educacionais, ocupacionais e habilidades para o estabelecimento e manutenção de relacionamentos.

Devido às altas prevalências descritas para o TAS, seu reconhecimento como um importante problema de saúde pública e ao elevado grau de prejuízo associado, ocorreu um substancial aumento de pesquisas sobre este transtorno. Os estudos mais recentes têm demonstrado que as prevalências são elevadas tanto em amostras da comunidade como em serviços de atendimento primário (LANG; STEIN, 2001).

1.1 Diagnóstico

1.1.1 Perspectiva histórica sobre o diagnóstico

O termo fobia tem sua origem na palavra grega *phobos*, que significa terror ou medo extremo. Na Antigüidade, acreditava-se que o deus *Phobos* causava intenso medo e terror nos inimigos dos gregos (ERRERA, 1962). As primeiras descrições

literárias de timidez e ansiedade social foram esboçadas por Hipócrates, 400 a.C. (SCHNEIER et al., 1994).

A primeira referência ao termo fobia social ou *phobie des situations sociales* ocorreu por volta de 1900 por Janet. Em 1930, Schilder usava o termo “neurose social” para descrever indivíduos extremamente tímidos (FAHLÉN, 1995, *apud* FURMARK, 2000). Entretanto, somente em 1960, Isaac Marks propôs que a fobia social deveria ser relacionada como uma categoria diagnóstica distinta (MARKS; GELDER, 1966). Esta idéia progressivamente ganhou reconhecimento pela Associação Psiquiátrica Americana (APA). Assim, a fobia social foi oficialmente incluída como um diagnóstico na terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III – APA, 1980). Inicialmente foi descrita de forma semelhante à fobia específica, como um medo circunscrito de situações de desempenho, relacionado a atividades como falar, comer ou urinar na frente de outras pessoas, causando “significante angústia”. Após a revisão dos critérios diagnósticos no DSM-III-R (APA, 1987), este termo foi mudado para “interferência ou marcante angústia”. Além disso, foi admitida a possibilidade de comorbidade entre a fobia social e o transtorno de personalidade evitativo, além da introdução do subtipo generalizado. A atual versão em uso (DSM-IV – APA, 1994), não apresenta modificações substanciais em relação ao DSM-III-R.

Apesar do reconhecido prejuízo social e pessoal e de sua descrição há vários anos, em 1985, a fobia social ainda era considerada como um transtorno de ansiedade “negligenciado” e pouco se sabia sobre sua prevalência, características clínicas e neurobiologia (LIEBOWITZ et al., 1985a). Este cenário tem se modificado na última década com a realização de vários estudos, e foi sugerido o uso do termo

transtorno de ansiedade social (TAS) em lugar de fobia social, para melhor diferenciar das fobias específicas e reforçar a idéia de prejuízo associado ao quadro (LIEBOWITZ et al., 2000).

Apesar de existirem relatos de sintomas clínicos de TAS desde há séculos, somente após sua recente inclusão no DSM-III é que estudos clínicos e epidemiológicos têm contribuído para seu melhor conhecimento em termos de prevalência, incidência, curso e fatores de risco (WITTCHEN; FEHM, 2003).

1.1.2 Definição

Adicionalmente ao TAS, na quarta edição do DSM os transtornos de ansiedade foram divididos em: (i) transtorno de pânico (TP) com ou sem agorafobia; (ii) agorafobia sem história de TP; (iii) fobia específica; (iv) transtorno obsessivo-compulsivo (TOC); (v) transtorno de ansiedade generalizada (TAG); (vi) transtorno de estresse pós-traumático (TEPT); (vii) transtorno de estresse agudo; (viii) transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral; (ix) transtorno de ansiedade induzido por substância e; (x) transtorno de ansiedade sem outra especificação (APA,1994). De modo particular o TAS se destaca por ser um transtorno psiquiátrico comum e incapacitante (LYDIARD, 2001).

O TAS é descrito como um medo circunscrito a situações sociais relacionadas a algum desempenho como falar, comer, beber e escrever em público, caracterizando-se pela presença de ansiedade diante destas situações específicas.

Assim, este transtorno é definido por um medo persistente de embaraço ou de avaliação negativa, durante interação social ou desempenho em público. Atividades

como encontros ou interações com estranhos, apresentações formais e aquelas que requerem um comportamento assertivo são freqüentemente temidas por indivíduos que apresentam este transtorno. Em pessoas com menos do que 18 anos de idade, os sintomas devem ter persistido por pelo menos seis meses antes do diagnóstico de Fobia Social. O quadro 1 apresenta os critérios diagnósticos atuais do DSM-IV para TAS.

Quadro 1 - Critérios Diagnósticos para Fobia Social segundo o DSM-IV.

<p>A. Medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, onde o indivíduo é exposto à pessoas estranhas ou ao possível escrutínio por outras pessoas. O indivíduo teme agir de um modo (ou mostrar sintomas de ansiedade) que lhe seja humilhante e embaraçoso.</p>
<p><i>Nota:</i> Em crianças, deve haver evidências de capacidade para relacionamentos sociais adequados à idade com pessoas que lhes são familiares e a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvem seus pares, não apenas em interações com adultos.</p>
<p>B. A exposição à situação social temida quase que invariavelmente provoca ansiedade, que pode assumir a forma de um Ataque de Pânico ligado a situação ou predisposto por situação.</p>
<p><i>Nota:</i> Em crianças, a ansiedade pode ser expressa por choro, ataques de raiva, imobilidade ou afastamento de situações sociais com pessoas estranhas.</p>
<p>C. A pessoa reconhece que o medo é excessivo ou irracional.</p>
<p><i>Nota:</i> Em crianças, esta característica pode estar ausente.</p>
<p>D. As situações sociais e de desempenho temidas são evitadas ou suportadas com intensa ansiedade ou sofrimento.</p>
<p>E. A esquiva, antecipação ansiosa ou sofrimento na situação social ou de desempenho temida interferem significativamente na rotina, funcionamento ocupacional (acadêmico), atividades sociais ou relacionamentos do indivíduo, ou existe sofrimento acentuado por ter a fobia.</p>
<p>F. Em indivíduos com menos de 18 anos, a duração é de no mínimo 6 meses.</p>
<p>G. O temor ou esquiva não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral nem é melhor explicado por outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Pânico Com ou Sem Agorafobia, Transtorno de Ansiedade de Separação, Transtorno Dismórfico Corporal, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou Transtorno da Personalidade Esquizóide).</p>
<p>H. Em presença de uma condição médica geral ou outro transtorno mental, o medo no Critério A não tem relação com estes; por ex., o medo não diz respeito a Tartamudez, tremor na doença de Parkinson ou apresentação de um comportamento alimentar anormal na Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa.</p>
<p><i>Especificar se:</i> Generalizada: se os temores incluem a maioria das situações sociais (considerar também o diagnóstico adicional de Transtorno da Personalidade Esquiva).</p>

Entretanto, é importante ressaltar que responder com ansiedade a determinadas situações ameaçadoras é algo desejável, pois esta nos alerta para os perigos e nos prepara para tomar decisões e executá-las de forma adequada. Objetivando controlar ou diminuir a ansiedade, geralmente nos preparamos para situações de exposição, tanto na aparência quanto no comportamento – normalmente por meio do treinamento. Dessa forma, podemos distinguir ansiedade social normal – que não acarreta limitações à vida pessoal e profissional –, contrastando com a ansiedade social anormal ou patológica. Esta última paralisa o indivíduo, causando prejuízo ao seu bem estar, ao seu desempenho, e não permite que ele enfrente as situações ameaçadoras, levando à evitá-las ou enfrentá-las com intensa ansiedade.

O evitamento caracteriza a esquiva fóbica, pois o sujeito teme que possa se comportar ou fazer algo de maneira humilhante ou embaraçosa. Tais manifestações ansiosas interferem significativamente no funcionamento ocupacional e social e nas inter-relações do indivíduo, causando importante sofrimento psíquico. Porém, freqüentemente os indivíduos acometidos não procuram tratamento, apesar das dificuldades impostas pelo transtorno.

No DSM-IV (APA, 1994), o TAS é classificado em dois subtipos: (i) generalizado – caracterizado por medo da maioria das situações de interação e de desempenho social e; (ii) circunscrito – caracterizado por medo de uma situação pública de desempenho e de algumas situações de interação social (FALCONE, 2000; MOUTIER; STEIN, 1999; FURMARK, 2000; RAJ; SHEEHAN, 2001).

1.1.3 Subtipos de TAS

O subtipo generalizado é usualmente mais persistente, incapacitante e está associado a maior número de comorbidades psiquiátricas, como depressão e abuso de álcool e outras drogas (TURNER et al., 1992; STEIN; CHAVIRA, 1998). Os indivíduos com TAS generalizado com frequência apresentam idade de início mais precoce o que pode levar a maior comprometimento no funcionamento normal. Do mesmo modo, apresentam maiores limitações e níveis mais altos de ansiedade, relacionadas tanto a situações de desempenho quanto às que requerem interação. Existem várias evidências de que este subtipo tem uma maior ocorrência dentro dos quadros de TAS, alertando para o prejuízo que será mais intenso, podendo levar alguns indivíduos ao completo isolamento social.

O outro subtipo de fobia social tem sido freqüentemente referido como não generalizado ou circunscrito, no qual o medo é restrito a apenas um tipo de situação social. A pessoa teme, por exemplo, escrever na frente de outros, mas no restante das situações sociais não apresenta qualquer tipo de inibição exagerada. Geralmente estes indivíduos são afetados apenas em situações de desempenho, e a literatura sugere que alguns destes pacientes podem responder bem ao tratamento com beta-bloqueadores (LIEBOWITZ et al., 1992).

1.1.4 Observações clínicas

Além dos subtipos generalizado e circunscrito; alguns autores sugerem que existem dois grupos clinicamente distintos de paciente com TAS. Um primeiro é caracterizado por queixas físicas específicas como: tremor; sudorese; diarreia ou

rubor, e apresentam intensa dificuldade no relacionamento social, não interagindo com estranhos, sem conseguir se expor em público e com mal-estar ao serem observados. O segundo grupo se caracteriza por preocupações, ansiedade à exposição social e desconforto semelhante. Porém, relatam medo de que os outros percebam algum sintoma de ansiedade. Diferentemente do primeiro grupo, a preocupação se restringe a um sintoma, enquanto no outro o mal-estar é difuso e incompreensível ao paciente. Sudorese e rubor sugerem alterações no sistema nervoso autônomo; o tremor no sistema extrapiramidal, este último evidenciado pela associação da esquiva na doença de Parkinson (OBERLANDER, 1994).

1.2 Sintomatologia

A descrição da sintomatologia pode ser distinguida em três aspectos: cognitivos, comportamentais e psicológicos. Os sintomas característicos do TAS podem estar presentes antes, durante e após a situação fóbica (WELLS et al., 1998).

1.2.1 Aspectos cognitivos

Praticamente todos os modelos cognitivos enfatizam que os indivíduos com fobia social estão extremamente preocupados como estão sendo percebidos e avaliados em situações sociais (BECK, 1993). Do ponto de vista cognitivo, a ansiedade tem origem no excesso de pensamentos negativos, percepção de falhas

personais, cobrança de um padrão de desempenho excessivamente alto, e crenças irreais sobre o desempenho. Do mesmo modo, os pacientes com TAS apresentam medo central de ser o foco da atenção, de expor suas “fraquezas” e, em consequência, ter seu desempenho avaliado de forma negativa.

De acordo com a teoria da representação do *self*, a ansiedade social se inicia quando o indivíduo é motivado a deixar impressões particulares em outros. Entretanto, desconfianças dele próprio sobre suas habilidades para obter sucesso completo, prejudicam seu desempenho (LEARY; KOWALSKI, 1993).

Antes de uma situação social problemática, os pacientes com fobia social freqüentemente revisam em detalhes o que eles pensam sobre o que poderia acontecer e como eles poderão lidar com as várias dificuldades que surgirem. Estas rumações podem sensibilizar o indivíduo, de forma que ao entrar mais uma vez em contato com a situação, estes pensamentos disfuncionais a respeito do seu desempenho serão novamente vivenciados com grande intensidade.

Durante situações estressantes, os indivíduos com TAS relatam mais pensamentos negativos e menos positivos do que os indivíduos com poucos níveis de ansiedade. Esses pensamentos negativos às vezes se mantêm mesmo após a situação estressante cessar. Assim, os indivíduos com fobia social constantemente revisam mentalmente em detalhes o que aconteceu, por meio de rumações negativas. Esta forma de pensar gera um ciclo vicioso em que a antecipação de um desempenho negativo inevitável proporciona níveis elevados de ansiedade a cada novo confronto com a situação temida.

A reação de ansiedade pode ser explicada por falhas no processamento cognitivo dos indivíduos com TAS, que acabam distorcendo suas experiências interpessoais. Buscam formas de reafirmar seus pensamentos negativos, reforçando e perpetuando os sintomas cognitivos, fisiológicos e comportamentais. Apesar dos fatos reais não confirmarem estas crenças, elas se mantêm devido a erros sistemáticos do processamento da informação (WELLS et al., 1998).

1.2.2 Aspectos comportamentais

Os princípios do condicionamento operante definem fobias como pensamentos que serão mantidos por comportamentos de esquiva ou fuga. Por exemplo, quando um indivíduo com medo de aranha corre após ver o animal, o comportamento de fuga é negativamente reforçado. No futuro, o indivíduo se esquia na possibilidade de entrar em contato com situação aversiva semelhante. Porém, ao mesmo tempo em que estas estratégias reduzem a ansiedade em curto prazo, o indivíduo com fobia nunca mais terá uma oportunidade de aprender a lidar com o objeto fóxico de uma forma adequada e menos estressante. Por isso é que exposição aos eventos temidos é uma característica essencial em tratamentos de comportamentos fóxicos. Fuga e evitação também são proeminentes no TAS, embora situações sociais sejam talvez mais difíceis de evitar completamente quando comparadas com outras situações, como nos casos da fobia específica e agorafobia.

Sair da sala de aula quando teria que falar em classe, ir para casa mais cedo de uma festa, ou desligar o telefone antes de responder, são alguns exemplos de

comportamentos de fuga no TAS. A esquivia também pode ser manifestada de incontáveis maneiras. Por exemplo, quando um estudante talentoso se abstém de entrar em uma universidade por causa de medo de falar em classe ou, empregados habilitados rejeitam uma promoção porque a nova posição impõe maior ênfase em contatos sociais.

Alguns autores argumentam que a fobia é mantida por manobras sutis de evitação ou “comportamentos de segurança”, praticado por indivíduos socialmente ansiosos quando as situações fóbicas são enfrentadas (WELLS et al., 1998). Como exemplos de tais comportamentos de segurança, que objetivam reduzir o risco de fracasso social, estão: (i) evitar contato visual ao falar em classe; (ii) usar roupas frescas para evitar suar, e (iii) manter os braços rígidos, evitando aparentar o tremor. Conseqüentemente, as limitações sociais e ocupacionais sofridas pelos indivíduos com TAS resultam de sua freqüente esquivia das situações sociais ou de desempenho.

1.2.3 Aspectos fisiológicos

Pacientes com TAS manifestam os mesmos sintomas somáticos durante ou em antecipação à exposição à situação ansiogênica, assim como observado em outros transtornos de ansiedade. Estes sintomas são produzidos pela atividade exagerada do sistema nervoso autônomo simpático e são característicos da resposta de "luta-ou-fuga" (CANNON, 1927). A estimulação autonômica é

acompanhada por aumento da pressão sangüínea e da secreção de hormônios relacionados ao estresse, no eixo hipotálamo-pituitário-adrenocortical.

Por outro lado, o rubor facial e os sintomas somáticos de embaraço, que são freqüentes no TAS, não poderiam ser mediados simplesmente por atividade simpática aumentada. Sendo assim, o rubor facial às vezes tem sido associado com diminuição da freqüência cardíaca e da pressão sangüínea e pode se originar da vasodilatação devido ao relaxamento do tônus simpático, estimulação da atividade colinérgica, ou ainda pela estimulação simpática de receptores beta-adrenérgicos (STEIN; BOUWER, 1997).

1.3 Psicopatologia

1.3.1 Situações temidas

Conforme descrito no DSM-IV (APA, 1994), indivíduos com fobia social temem e evitam situações nas quais eles podem ser avaliados negativamente, principalmente por pessoas pouco conhecidas. Praticamente todas as situações nas quais a pessoa pode ser observada por outros ou possa se tornar o foco das atenções, são vivenciadas como algo problemático. Porém, sabe-se que o falar em público é o medo social mais prevalente mesmo em diferentes culturas (LIEBOWITZ et al., 1985a).

Na literatura de fobia social, situações de desempenho são geralmente distintas de situações de interação. Falar em público envolve um desempenho na frente de outras pessoas, tanto como comer, beber, escrever, atuar, tocar um

instrumento, e urinar em um banheiro público. O medo que surge em tais situações pode ser classificado como de desempenho. Por outro lado, medos de interação podem acontecer em festas, reuniões sociais, encontros de negócios, e conversações com estranhos ou autoridades.

1.4 Comorbidades

O TAS raramente surge de forma isolada, pois geralmente é acompanhado por outras desordens psiquiátricas, que ocorrem em torno de 70 a 80% dos pacientes (SCHNEIER et al., 1992). O TAS freqüentemente está associado a outros transtornos de ansiedade, depressivos e abuso de substâncias (SCHNEIER et al., 1992; LECRUBIER, 1998). Magee et al., (1996) relataram que outros transtornos de ansiedade estavam presentes em 57% dos indivíduos portadores do TAS; transtornos afetivos em 41% e abuso de substância em 40%.

Como já relatado, o TAS se inicia tipicamente na infância ou na adolescência, o que sugere que os outros transtornos comórbidos sejam cronologicamente secundários a este transtorno (BRUNELLO et al., 2000). Convém assim ressaltar, que o curso do TAS geralmente é crônico e sem remissão, e que as comorbidades surgem devido aos prejuízos causados pelo TAS (SCHNEIER et al., 1992b). Dessa forma, acredita-se que a intervenção e tratamento precoce do TAS podem prevenir o desenvolvimento destas condições.

As comorbidades são mais freqüentes em pacientes com o subtipo generalizado, no qual os prejuízos são maiores e o início é mais precoce. A associação entre o TAS e o abuso de álcool, descrito em vários estudos, sugere que

os pacientes freqüentemente usam o álcool como uma forma de “automedicação” de seus sintomas (MERIKANGAS et al., 1998).

1.4.1 Transtorno de personalidade esquiva

O transtorno de personalidade esquiva (TPE) – diagnóstico presente nas classificações do DSM-IV e da CID-10 – tem sido relatado em vários estudos como comorbidade altamente prevalente com o TAS. As taxas têm variado de 25 a 89% para o subtipo generalizado e de até 44% para o não generalizado (HEIMBERG; LLIEBOWITZ, 1996; HOLT et al., 1992; SCHNEIER et al., 1991; TURNER et al., 1992). Entretanto, devido à grande sobreposição dos critérios diagnósticos, a validade discriminante entre os dois transtornos tem sido muito debatida, pois na prática clínica é muito difícil distinguir o TPE do TAS generalizado. Assim, alguns autores chegam a considerar que ambos os transtornos na verdade fariam parte de um mesmo quadro que pode ser diagnosticado em dois eixos distintos. De acordo com esta visão dimensional, o TPE e o TAS representariam arbitrariamente pontos de corte ao longo de um *continuum* de severidade. Alguns pesquisadores defendem que o TPE nada mais é do que uma forma mais grave de TAS (HOLT et al., 1992), sendo que outros autores (STEIN et al., 1998), sugerem a sua retirada das futuras revisões das classificações.

1.4.2 Timidez

Indivíduos com TAS, geralmente descrevem-se como tímidos, sendo que o medo de uma avaliação negativa pelos outros é um aspecto central para ambas as condições. Entretanto, deve-se ressaltar que a timidez não é um diagnóstico

psiquiátrico, não tendo critérios específicos e freqüentemente a sua definição é muito subjetiva. Além disso, sabe-se que o TAS não torna possível que o indivíduo treine seu desempenho de forma eficaz como no caso da timidez. Do mesmo modo, a ansiedade antecipatória, juntamente com a riqueza de sintomas físicos, promovem a fuga ou esquiva das situações sociais no TAS, o que necessariamente não ocorre na timidez (HOFMANN et al., 2005). Por fim, o TAS está associado a um comprometimento significativo na vida diária de forma persistente, ao contrário da timidez que geralmente é transitória e com impacto menor sobre a qualidade de vida (STOPA; CLARK, 1993).

1.5 Epidemiologia

Desde a introdução oficial do TAS no DSM-III, como diagnóstico psiquiátrico independente, vários estudos epidemiológicos têm estimado as prevalências deste transtorno na população geral. Observa-se grande variabilidade nas prevalências encontradas, provavelmente secundárias às diferentes metodologias utilizadas; área geográfica; cultura; critérios diagnósticos e instrumentos de avaliação utilizados; período da prevalência e níveis de gravidade (tabela 1).

Tabela 1 – Estudos sobre a prevalência do Transtorno de Ansiedade Social.

Estudo/País	Instrumento	n	Idade	Porcentagem	Referência/Ano
Suíça	SPIKE (DSM-III)	3547	19-30	3,8	Degonda e Angst, 1993; Angst e Dobler-Mikola, 1985
EUA	DIS (DSM-III)	13537	18+	2,4	Schneller et al., 1992; Regier et al., 1990
Alemanha	DIS (DSM-III)	483	25-64	2,5	Wittchen et al., 1992
Taiwan	DIS (DSM-III)	5005		0,6	Hwu et al., 1989
Pequenas cidades	DIS (DSM-III)	3004	18+	0,5	
Área rural		2995		0,4	
Coreia					Lee et al., 1990a; Lee et al., 1990b
Seul	DIS (DSM-III)	3314	18-65	0,5	
Área rural		1996		0,7	
Canadá	DIS (DSM-III)	3258	18+	1,7	Bland et al., 1988
Itália	SPS-L (DSM-III)	1110	15+	1,0	Faravelli et al., 1989
EUA	ASI (DSM-III)	500	21+	2,0	Pollard e Henderson, 1988
Nova Zelândia	DIS (DSM-III)	1498	18-64	3,0	Wells et al., 1989
Porto Rico	DIS (DSM-III)	1551	17-64	1,6	Carino et al., 1987
Islândia	DIS (DSM-III)	862	55-57	3,5	Lindal e Stefansson, 1993
França	DISCIDI (DSM-III)	1746	18+	4,1	Lépine e Lellouch, 1994
Suíça	CIDI (DSM-III-R)	470	18-64	16,0	Wacker et al., 1992
Canadá	CIDI (DSM-III-R)	8116	15-64	6,7	Boyle et al., 1996
EUA	CIDI (DSM-III-R)	8098	15-54	13,3	Kessler et al., 1994; Magee et al., 1996
Canadá	CIDI (DSM-III-R)	526	18+	7,1	Stein et al., 1994
Alemanha	CIDI (DSM-IV)	1035	12-17	1,6	Essau et al., 1999
Suécia					Furmark et al., 1999
Estocolmo	Pesquisa pelo correio (DSM-IV)	621	18-70	14,2	
Gotland		581		17,2	
Total		1202		15,6	
Austrália	CIDI (DSM-IV)	10641	18+	2,7	Andrews et al., 1999
Espanha	GHQ-28 e SCAN (CID-10)	697	15-60	0,9	Roca et al., 1999
Alemanha	CIDI (DSM-IV)	3021	14-24	7,3	Wittchen et al., 1999
Canadá	CIDI (DSM-IV)	1956	16+	7,2	Stein et al., 2000
França	CIDI-Q (DSM-IV)	12873	18+	7,3	Pellissolo et al., 2000
Alemanha	F-DIPS (DSM-IV)	1538	18-25	12,0	Becker et al., 2000
Alemanha	CIDI (DSM-IV)	4181	18-65	2,0	Wittchen, 2000
Itália	FPI (DSM-IV)	2500	Não informado	4,0	Faravelli et al., 2000
Emirados Árabes Unidos	CIDI (CID-10)	1394	18+	0,4	Abou-Saleh et al., 2001
Canadá	DISC-2.25 (DSM-III-R)	1201	14-17	4,6	Romano et al., 2001
Alemanha	CIDI (DSM-III-R)	2548	14-24	7,2	Stein et al., 2001
Brasil	CIDI (DSM-IV)	1464	18+	3,5	Andrade et al., 2002
Suíça	SCL-90-R e SPIKE (DSM-III-R)	4547	18-35	5,6	Merikangas et al., 2002
Itália	SHY-SR (DSM-IV)	520	18+	17,7	Dell'Osso et al., 2003
Chile	CIDI (DSM-III-R)	2987	15+	6m (5,9); 1m (4,5)	Vicente et al., 2004
EUA	SPAI (DSM-IV)	601	60-94	18,7	Gretarsdotti et al., 2004
			17-55	24,8	
Itália	CIDI (CID-10)	1040	16+	2,2	Carra et al., 2004
Brasil	CIDI (DSM-IV)	1037	18+	1m (7,9); 1a (9,1); Na vida (11,8)	Vorcaro et al., 2004
EUA	AUDADIS-IV (DSM-IV)	43093	18+	1a (2,8); Na vida (5,0)	Grant et al., 2005
Hong Kong (China)	CIDI (DSM-IV)	3006	15-45	3,2	Lee et al., 2005
Irã	SADS (DSM-IV)	25180	18+	Na vida (0,82)	Mohammadi et al., 2006
Israel	LSAS (DSM-IV)	850	18+	4,5	Iancu et al., 2006

1.5.1 Prevalência

Entre os primeiros estudos destaca-se o *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) que, de acordo com o DSM-III, estimou uma prevalência em torno de 2-3% para o TAS nos Estados Unidos (BOURDON et al.; 1988). De forma semelhante, estudos realizados na Europa e Oceania, utilizando o DSM-III, também encontraram baixas prevalências. Ainda de acordo com este sistema diagnóstico, na Coreia e em Taiwan, foram encontradas taxas em torno de 0,5% (LEE et al., 1990a; 1990b; HWU et al., 1989).

Após estes primeiros estudos, seguiram-se trabalhos que se baseavam na versão revisada do DSM-III (DSM-III-R), nos quais maiores prevalências para o TAS foram identificadas. O *National Comorbidity Survey* (NCS), um grande estudo populacional nos Estados Unidos, encontrou uma prevalência ao longo da vida de 13,3%, utilizando o DSM-III-R. Neste mesmo estudo, o TAS apareceu como o terceiro transtorno psiquiátrico mais comum, atrás apenas da dependência ao álcool e de depressão (KESSLER et al., 1994). Outros trabalhos realizados na Europa, Oceania e América do Norte (Canadá) baseados no DSM-III, confirmaram o TAS como uma desordem de alta prevalência.

Com a introdução do DSM-IV, altas taxas de prevalências continuaram a serem observadas. Entretanto, estudos realizados no Brasil, Austrália e nos Emirados Árabes Unidos, utilizando a décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), relatam prevalências significativamente menores (ANDREWS et al., 2001; ABOU-SALEH et al., 2001; ANDRADE et al., 2002).

1.5.2 Aspectos culturais

As sociedades podem diferir na forma em que avaliam e aceitam comportamentos socialmente reservados (KERR et al., 1996). Como esperado, existem variações culturais na percepção da fobia social quando comparamos sociedades individualistas e coletivistas, ou regiões geográficas que diferem notadamente com respeito à densidade de população ou clima, que podem afetar a forma como as pessoas se relacionam.

Assim, prevalências muito baixas do TAS têm sido verificadas em alguns países. Nos Emirados Árabes Unidos, por exemplo, a prevalência de 0,4% destaca-se por ser muito inferior a encontrada nos países europeus, e também por predominar em homens, muito diferente do que ocorre nos países ocidentais (ABOU-SALEH et al., 2001). Não foi possível afirmar com clareza se tais diferenças refletem a variabilidade na coleta de dados, diferenças na vulnerabilidade para a condição ou variações na aceitação cultural do TAS como “patológico” (FURMARK, 2002). Sabe-se, entretanto, que determinados comportamentos, como certo grau de timidez é algo valorizado como norma cultural em alguns países, sendo que em outros pode ser muito prejudicial ao ajustamento social do indivíduo, causando grande sofrimento. Contrastando com este estudo, um recente trabalho realizado no Irã, encontrou maior prevalência de TAS em mulheres (1,3%) do que em homens (0,4%), apesar de que a prevalência para amostra total (0,82%) também foi relativamente baixa neste outro país do Oriente Médio (MOHAMMADI et al., 2006). Um outro recente estudo verificou prevalência de 4,5% de TAS em Israel (IANCU et al., 2006). De modo interessante, este é um estado localizado na Ásia com características da cultura Ocidental, o

que poderia explicar esta prevalência mais semelhante à encontrada em países ocidentais.

Assim, têm sido observadas prevalências muito mais baixas na Ásia (LEE et al., 1990; ABOU-SALEH, 2001) do que nos países ocidentais (VEGA et al., 1998; SCHNEIER et al., 1992; KESSLER et al., 1994). Por outro lado, entre os países ocidentais foram encontradas maiores taxas de prevalências na Escandinávia (KRINGLEN et al., 2001; FURMARK et al., 1999) do que na Itália ou Espanha (LECRUBIER et al., 2000; ROCA et al., 1999), países de clima mais quente.

Entretanto, estas diferenças podem representar apenas distorções decorrentes das diferentes metodológicas entre a maioria dos estudos e não uma verdadeira diferença cultural. A forma como os testes foram administrados e como o instrumento foi traduzido e adaptado, poderia explicar as variadas prevalências.

Conclui-se que as diferenças culturais podem ser responsáveis pelas divergências nas taxas de prevalência do TAS, mas lembramos que mesmo instrumentos semelhantes podem não serem capazes de avaliar um determinado transtorno com a mesma confiabilidade e sensibilidade em diferentes culturas (FURMARK, 2000).

1.5.3 Curso natural

Na maioria dos indivíduos o transtorno de ansiedade social tem início entre 11 e 16 anos de idade, sendo que os trabalhos mostram uma prevalência aumentada já nesta faixa etária (WITTCHEN et al., 1999). O início precoce é um fator determinante ao grande prejuízo no desempenho acadêmico e nos

relacionamentos sociais e afetivos que os indivíduos acometidos pelo TAS normalmente apresentarão. Geralmente com curso crônico sem remissões, os indivíduos com TAS apresentam tendência em permanecerem solteiros, com baixos níveis de realização educacional e menor *status* sócio-econômico. Portanto, comparado com a população geral, pacientes com TAS subjetivamente referem uma qualidade de vida inferior.

1.5.4 Instrumentos diagnósticos

A forma de avaliação do TAS entre os diferentes estudos de prevalência variou muito: entrevistas individuais “face-a-face” e por telefone; envio de questionários pelo correio e aplicações coletivas. Além disso, participaram dos estudos como avaliadores, desde clínicos experientes até leigos no assunto. Estes fatores acima podem influenciar no número de casos identificados, modificando as prevalências em uma mesma população (LECRUBIER et al., 2000).

Embora a SCID tenha sido inicialmente desenvolvida para uso no formato “face-a-face”, entrevistas para o diagnóstico do TAS também têm sido realizadas por telefone (CONNOR et al., 2001; BAILEY; COHEN, 1999; KATZELNICK et al., 2001; LEE et al., 2005). Entre as muitas vantagens da entrevista por telefone em relação à interpessoal, destacam-se: (i) menor custo; (ii) logisticamente mais simples, especialmente no caso do sujeito residir em um local distante; (iii) maiores índices de resposta (ROHDE et al, 1997). Considerando a natureza do TAS que faz com que os indivíduos evitem situações em que há potencial para avaliação “negativa” pelos outros, a maioria dos pacientes pode, de fato, preferir entrevistas diagnósticas administradas por telefone. Isto é especialmente válido

em estudos epidemiológicos em que o entrevistador aparenta representar uma autoridade para os sujeitos com TAS, em uma situação em que eles estão expostos a observação ou escrutínio. Esta situação poderia aumentar consideravelmente o número de sujeitos não incluídos, especialmente os casos mais graves, levando a um viés de seleção.

O amplo uso de entrevistas telefônicas para pesquisa e na prática clínica pressupõe que a informação diagnóstica obtida por telefone seja tão válida quanto a obtida interpessoalmente. Estudos anteriores comparando a confiabilidade de entrevistas 'face-a-face' e por telefone para transtornos de ansiedade, como uma categoria geral, demonstraram altos índices de concordância; levando a conclusão de que os dois métodos são comparáveis para este diagnóstico (PAULSEN et al., 1988; ROHDE et al., 1997). Entretanto, não se sabe se a SCID aplicada por telefone e 'ao-vivo' podem ser consideradas comparáveis para avaliar pacientes com TAS como uma categoria diagnóstica independente.

Além disso, parece que a avaliação em poucas situações fóbicas pode levar a perda de um número grande de casos. Isto pôde ser observado quando se compara o estudo do ECA com o do NCS. No primeiro foram avaliadas três situações fóbicas, por meio do *Diagnostic Interview Schedule* (DIS), e suas prevalências foram bem inferiores às encontradas no NCS onde foram avaliadas seis situações por meio do *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI). Dessa forma, pode-se esperar que os instrumentos que avaliam maior número de situações fóbicas, apresentarão maior sensibilidade, com menor perda de casos.

1.5.5 Critério diagnóstico

No DSM III, o TAS era conceitualizado como um medo circunscrito de situações de desempenho como falar, comer e urinar na frente de outras pessoas, tal qual uma fobia específica. No DSM-III-R, o conceito foi ampliado e foi reconhecido que o indivíduo com TAS pode exibir medo em várias situações de interação social, sendo que o subtipo generalizado foi incluído na nomenclatura. Ainda nesta classificação, em contraste com o DSM-III, foi permitida a comorbidade entre o TAS e o TPE. Com estas mudanças, portanto, ocorreu um aumento nas taxas de prevalência do TAS.

Já entre o DSM-III-R e o DSM-IV, não ocorreram mudanças importantes, e por isto constantemente os estudos mostram prevalências semelhantes quando estes critérios foram utilizados. Observam-se também diferenças entre as prevalências dos estudos baseados na CID-10 e no DSM-IV, com valores mais altos para aqueles baseados neste último (tabela 1). A CID-10 especifica que o medo de escrutínio é associado a situações envolvendo um pequeno grupo de pessoas, e enfatiza a importância de três sintomas físicos específicos da ansiedade social: ruborização, tremor e náusea (LECRUBIER et al., 2000).

Existem estudos baseados no DSM-III-R, DSM-IV e CID-10, além de uma grande variedade de instrumentos utilizados com diversas metodologias de coleta. Estas variáveis somadas dificultam a comparabilidade entre os diferentes estudos. Como já relatado, as prevalências dos estudos baseados no CID-10 consistentemente têm sido relatadas como mais baixas do que nos estudos que utilizaram o DSM-IV. Sendo assim, podemos afirmar que o DSM-IV tem critérios

mais amplos e uma sensibilidade maior ao TAS, fato que nos alerta para uma melhor normatização dos critérios diagnósticos entre si.

1.5.6 Distribuição por sexo

Os estudos na comunidade indicam que as mulheres são mais vulneráveis ao TAS, numa proporção de 3:2 (FURMARK, 2002; LIEBOWITZ et al., 1985). Por outro lado, resultados de estudos em amostras clínicas indicam uma prevalência maior para homens na proporção de 2:1. Isto seria reflexo de prejuízo social mais marcante causado pelo transtorno em homens, provavelmente devido às exigências culturais e sociais de maior exposição social que não permitem uma adaptação. Paralelamente, as mulheres parecem procurar menos tratamento para o TAS por encontrarem melhores meios de esquia às situações sociais temidas.

1.5.7 Estado civil

Vários estudos epidemiológicos identificaram predomínio de indivíduos solteiros entre os portadores de TAS (DAVIDSON et al., 1993; MAGEE et al., 1996; SCHNEIER et al., 1992). Homens tímidos tendem a casar e ter o primeiro filho três anos mais tarde do que os não tímidos (BARROS NETO, 2000). Ressalta-se também que em amostras clínicas os indivíduos com fobia social são mais freqüentemente solteiros em relação aos indivíduos com outros transtornos.

Devido ao surgimento do quadro no início da adolescência, estes indivíduos muito precocemente afastam-se de relacionamentos com pessoas que não fazem parte do núcleo familiar. Este isolamento parece ser um dos principais fatores relacionados à tendência a manterem-se solteiros (SCHNEIER et al., 1992).

1.5.8 Idade de início

O TAS geralmente surge na infância ou adolescência, onde ocorre maior proporção de início. Raramente começa após os 20 anos, e em torno de 40% dos casos o transtorno teve início provavelmente antes dos 10 anos de idade. É importante ressaltar que o TAS afeta diversas áreas do desenvolvimento, interferindo na educação e nos relacionamentos sociais. Assim, quanto mais precoce o surgimento maior serão os prejuízos e maior o risco de desenvolvimento de comorbidades (MERIKANGAS et al., 1994).

1.5.9 Idade à avaliação

Vários estudos epidemiológicos têm relatado que a fobia social apresenta prevalências ao longo da vida mais altas para indivíduos jovens do que para indivíduos idosos (MAGEE et al., 1996; SCHNEIER et al., 1992). É possível que fobia social apresente taxas mais elevadas entre os jovens, embora, isto possa refletir falha na coleta de dados ou na acurácia dos instrumentos utilizados entre os indivíduos mais velhos, além de maior exclusão da amostra de pacientes com TAS com maior idade (HEINBERG et al., 2000).

1.6 Prejuízos no funcionamento social e ocupacional

1.6.1 Impacto no desempenho educacional

O TAS parece interferir no desempenho profissional e acadêmico (TURNER et al., 1986). SCHNEIER et al. (1992) observaram que o TAS é associado com baixa realização educacional quando comparado com a população geral e com uma redução de um a dois anos no período gastos na educação. Entre os indivíduos

acometidos, cerca de 85% relatam que sentiram que o transtorno prejudicou seu funcionamento educacional (DAVIDSON et al., 1994).

Existem evidências de que níveis elevados de ansiedade social podem contribuir com desconforto e descontentamento durante a experiência universitária (DAVIDSON et al., 1994). Beidel et al. (1989) verificaram que 19% dos estudantes universitários preenchiam critérios para um diagnóstico de fobia social, sugerindo a alta prevalência deste transtorno nesta população.

Evidência mais direta sobre o impacto do TAS sobre o desempenho acadêmico foi demonstrado no estudo de Weiller et al. (1996), no qual foi verificado que 91% dos indivíduos com fobia social informaram que o transtorno interferiu no ajuste acadêmico. Estes evitavam falar em classe, esquivavam de trabalhos orais, preferiam permanecer com uma dúvida a questionar o professor, tinham pouca integração social e não participavam de atividades extracurriculares e outros eventos. Um outro estudo também relatou que estudantes do sexo masculino com níveis elevados de ansiedade social apresentavam auto-imagem prejudicada, e notas baixas em avaliações (KAGAN et al., 1988).

Assim, sugere-se que níveis elevados de ansiedade social podem ter um efeito prejudicial no ajuste de um estudante à faculdade. Os indivíduos com fobia social sofrem o isolamento social e a falta de integração na vida do *campus*. Vivem constantemente de forma desconfortável devido à necessidade de interação social inevitável (aulas, corredores, residências e outras situações), e também apresentaram altos níveis de ansiedade ao interagir com figuras de autoridade (p.ex. professores e diretores), fatores que podem contribuir para o abandono universitário (FURMARK, 2000).

1.6.2 Impacto no desempenho laboral

O TAS tem sido associado com substancial prejuízo na produtividade no trabalho. Os portadores estão mais sujeitos a ter instabilidade no emprego, além de maior absenteísmo, demissões e maiores taxas de desemprego em relação à população geral. Em vista destas dificuldades sabe-se que mais do que 70% dos indivíduos com TAS encontram-se nos setores menos produtivos da sociedade nos Estados Unidos (LIEBOWITZ et al., 1985; MAGEE et al., 1996).

Além disso, tem sido notado que as pessoas tímidas possuem menor probabilidade de se comportar de forma a obter uma promoção no serviço (LIEBOWITZ et al., 1985). Os pacientes com TAS desenvolvem mecanismos para evitar a exposição social no local de trabalho, mesmo que esta esquivas lhes custe menores salários e dificuldades de promoção. Estes dados sugerem que a ansiedade social excessiva pode impedir a progressão na carreira profissional.

1.6.3 Relacionamentos sociais e familiares

O TAS está associado a grande prejuízo nos relacionamentos sociais e familiares. Além disso, o fato do transtorno habitualmente ter início na adolescência — uma fase de importantes aquisições e aprendizado de habilidades sociais — acentua estas dificuldades. O isolamento social pode acarretar dificuldades em iniciar e manter relacionamentos, permanecendo estes indivíduos com quase nenhum contato social fora do meio familiar (WEILLER et al., 1996).

Adicionalmente, o TAS está associado com redução da qualidade de vida, com prejuízos em áreas vitais como funcionamento familiar e relacionamentos sociais e românticos (WITTCHEN et al., 2000).

1.7 JUSTIFICATIVA

Considerando-se que o início do TAS concentra-se no período da adolescência e começo da vida adulta, e que tanto os pacientes como os clínicos têm dificuldade de reconhecer os sintomas como parte de um transtorno que requer e responde a tratamentos, torna-se crucial a identificação destes indivíduos ainda nesta faixa etária. Assim, seria possível prevenir o desenvolvimento de comorbidades e de déficits funcionais ao longo da vida, evitando prejuízos pessoais, profissionais e para a comunidade como um todo (BLANCO et al., 2001).

A justificativa para o desenvolvimento deste estudo está fundamentada na importância do diagnóstico precoce do TAS. Igualmente, de nosso conhecimento não foram realizados de estudos relacionados à prevalência do TAS em amostras exclusivamente de estudantes universitários no nosso meio. Isto pode ser particularmente importante por este ser o momento no qual o TAS impõe grandes limitações ao indivíduo sendo freqüente causa de abandono acadêmico.

Dessa forma, pretende-se fazer um estudo detalhado da prevalência em universitários, analisando-se possíveis diferenças com relação a sexo, faixa etária, idade de início e a opção do curso superior.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

O objetivo geral deste projeto foi identificar a prevalência do TAS em uma população de adultos jovens brasileiros, estudantes universitários (região nordeste do estado de São Paulo).

2.2 Objetivos específicos

1) Descrever e caracterizar os sujeitos com TAS segundo:

- Variáveis sócio-demográficas: gênero; idade; atividade laboral; uso de medicações (psicotrópicas e gerais); tempo e idade de início do transtorno;
- O impacto do transtorno no desempenho acadêmico, avaliado por meio da média ponderada das notas;
- Os principais tipos de medos sociais na população de casos e não casos;
- Diagnóstico prévio de TAS por um profissional de saúde e reconhecimento dos casos de que são portadores do transtorno.

2) Verificar se pacientes com TAS diferem de voluntários saudáveis quanto à:

- Variáveis sócio-demográficas: gênero; idade; atividade laboral; uso de medicações (psicotrópicas e gerais); tempo e idade de início do transtorno;
- Desempenho acadêmico e escolha do curso;
- Tipos de medos sociais.

- 3) Verificar a possível associação da prevalência e gravidade do TAS e do medo de falar em público com a opção dos diferentes cursos universitários (ano, área e universidade) pelos participantes;**
- 4) Verificar a confiabilidade do diagnóstico de TAS obtido por meio da entrevista telefônica.**

3. METÓDOS

3.1 Caracterização da situação de estudo

O presente estudo foi realizado na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP); na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) e na Universidade de Franca (UNIFRAN). O período de coleta de dados da primeira fase (aplicação da escala de triagem para o TAS) foi de fevereiro a dezembro de 2004 e da segunda fase (confirmação diagnóstica pela SCID) foi de janeiro a julho de 2005.

A FMRP e a FFCLRP caracterizam-se como Faculdades pertencentes a uma instituição universitária pública, situada na cidade de Ribeirão Preto, no nordeste do estado de São Paulo – Brasil (Figura 1). A FMRP-USP oferece os seguintes cursos: Medicina, Fonoaudiologia, Nutrição e Metabolismo, Terapia Ocupacional, Fisioterapia e Informática Biomédica, este último curso, oferecido em conjunto com a FFCLRP - USP, totalizando assim 260 vagas ao ano.

A FFCLRP-USP oferece os seguintes cursos: Psicologia, Biologia, Química (bacharelado e licenciatura), Física Médica, Pedagogia, Ciências da Documentação e Informação e Matemática Aplicada a Negócios, que totalizam 375 vagas ao ano.

A UNIFRAN é uma instituição universitária particular, localizada na cidade de Franca, também interior do estado de São Paulo, distante aproximadamente 80 km de Ribeirão Preto (Figura 1). Oferece 11 cursos na área de Ciências Biológicas e da Saúde, 8 cursos na área de Ciências Humanas e Artes, 7 cursos na área de

Ciências Exatas e Tecnológicas e 5 cursos na área de Ciências Jurídicas e Sociais, totalizando 1060 vagas ao ano.



Figura 1 – Localização das cidades de Franca e Ribeirão Preto no Estado de São Paulo.

Neste estudo foram examinados alunos dos seguintes cursos:

a) Medicina, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Nutrição e Informática Biomédica da FMRP-USP;

b) Psicologia, Química, Física Médica, Ciências da Informação e Documentação e Matemática Aplicada a Negócios da FFCLRP-USP;

c) Psicologia, Direito, Sistema da Informação, Química, Publicidade, Educação Física, Nutrição, Enfermagem, Medicina Veterinária, Farmácia, Fisioterapia e Jornalismo da UNIFRAN.

3.2. Critérios para composição da amostra

Os critérios utilizados para a inclusão de sujeitos foram: indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 17 e 35 anos, que aceitaram participar do estudo,

assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – ANEXO 1), presentes em sala de aula no momento da aplicação e regularmente matriculados nas instituições de ensino acima citadas. Foram excluídos os sujeitos que preencheram os instrumentos de forma incompleta ou errada (p.ex., mais do que uma resposta em cada um dos itens).

3.3 Instrumentos de avaliação

Os seguintes instrumentos foram empregados na avaliação dos sujeitos, nas diferentes etapas do estudo:

A) Inventário de Fobia Social (*Social Phobia Inventory*, SPIN – ANEXO 2), de autoria de Connor et al. (2000), é um instrumento auto-aplicável, recentemente desenvolvido com base na Escala Breve de Fobia Social (*Brief Social Phobia Scale* – DAVIDSON et al., 1997). Esta é uma escala breve e de fácil aplicação, que avalia os sintomas fisiológicos, de medo e evitação relacionados ao TAS. É composta por 17 itens avaliados em uma escala de cinco pontos (0-4; de 'nada' até 'extremamente'), sendo o escore total máximo 68. Quanto às suas qualidades psicométricas, demonstrou confiabilidade teste-reteste adequada (0,78-0,89), consistência interna (alfa de Cronbach) de 0,87-0,94 para pacientes identificados com TAS e de 0,82-0,90 para o grupo controle. Quanto à validade convergente, demonstrou correlação significativa com a escala BSPS ($r = 0,57-0,80$). A validade de critério, tendo-se como "padrão ouro" a entrevista clínica estimou sensibilidade de 0,73-0,85, e especificidade de 0,69-0,84 (DAVIDSON et al., 1997).

A análise fatorial da SPIN (CONNOR et al., 2000) revelou cinco fatores assim distribuídos:

- **FATOR I** (Inadequação Social) – representado pelos itens 3, 4, 8 e 10
- **FATOR II** (Auto-estima) – itens 5, 6, 12 e 15
- **FATOR III** (Sintomas fisiológicos) – itens 2, 7, 13, e 17
- **FATOR IV** (Inferioridade social) – itens 1 e 16
- **FATOR V** (Desempenho enquanto sendo observado) – itens 9, 11 e 14

Um outro aspecto interessante deste instrumento é a possibilidade de utilização de uma forma reduzida, composta por três de seus itens que, com base em estudo empírico mostraram-se indicativos de TAS, constituindo a denominada MINI-SPIN.

Dos 17 itens da escala, foram selecionados com base na análise fatorial um sub-grupo de três itens (6, 9 e 15 da SPIN), que alcançaram a mais alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico. Um escore igual ou maior que 6 (de um total possível de 12) é utilizado para indicar TAS generalizado atual. Este instrumento de rastreamento demonstrou sensibilidade de 88,7%, especificidade de 90%, valor preditivo positivo de 52,6%, valor preditivo negativo de 98,5% e eficiência de diagnóstico de 89,9% (CONNOR et al., 2001).

A SPIN e a MINI-SPIN foram traduzidas e adaptadas para o português por Osório et al. (2003), sendo que o estudo de suas qualidades psicométricas é objeto de outra pesquisa em andamento.

B) Protocolo de coleta de dados – relativo ao registro da situação de avaliação e pós-avaliação (ANEXO 3).

C) Questionário de identificação – composto por itens que visam a caracterização sócio-demográfica dos participantes (ANEXO 4).

D) Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID-IV) (FIRST et al, 1997), traduzida e adaptada para o português por Tavares et al. (1998) – Este é um instrumento utilizado para a elaboração de diagnósticos clínicos psiquiátricos baseados no DSM IV (APA, 1994). É composto por módulos, em um total de dez, que podem ser aplicados de forma independente ou combinada, conforme os objetivos desejados. Neste estudo foi utilizado apenas o Módulo de Ansiedade Social (incluído no módulo F), visando à confirmação diagnóstica do TAS nos participantes identificados na primeira fase do estudo.

E) Protocolo para registro da entrevista telefônica (ANEXO 5).

3.4 Projeto piloto e treinamento na SPIN

Após a aprovação do estudo, iniciou-se o treinamento dos avaliadores na aplicação das escalas. Participaram do projeto duas psicólogas e três psiquiatras, na condição de colaboradores para aplicação do instrumento, na primeira fase. Os aplicadores foram treinados pelos pesquisadores para procederem à aplicação coletiva dos instrumentos; “SPIN”, “Questionário de Identificação” e “Protocolo de coleta de Dados”. O treinamento desta fase constou de leitura conjunta e discussão do “TCLE”, no qual também constava normas e orientações quanto o preenchimento, seguidas de atividades de *role-play*, nas quais foram simuladas situações envolvendo perguntas e dúvidas. Além disso, foram treinados quanto ao preenchimento do “Protocolo de Coleta de Dados”; envolvendo número de estudantes presentes; número dos que aceitaram participar; tempo utilizado pelo primeiro que concluiu e tempo utilizado pelo último participante a concluir a avaliação.

Dessa forma, buscou-se estabelecer o nível de compreensão e o significado de cada item, frente às várias possibilidades de questionamento durante a aplicação. As definições foram discutidas até que se obtivesse um nível de compreensão em que as possibilidades de respostas e sua relação com estas definições estivessem claras para os avaliadores. Procurou-se identificar as dificuldades passíveis de ocorrerem durante a aplicação do instrumento através da exemplificação de situações.

Realizou-se, também, um projeto piloto com 30 alunos de graduação da FMRP-USP, onde foi determinado o tempo médio de aplicação, bem como as dificuldades e dúvidas surgidas durante o processo.

O estudo foi dividido em duas etapas; sendo que a primeira consistiu da aplicação coletiva dos instrumentos na sala de aula; e a segunda correspondeu à confirmação diagnóstica pela entrevista com a SCID naqueles sujeitos que apresentaram escore ≥ 6 na MINI-SPIN (MS-positiva).

3.5 Treinamento dos avaliadores na SCID-IV

Quatro psiquiatras e uma psicóloga clínica com razoável prática clínica (2 a 11 anos) e com experiência no uso da SCID, foram cuidadosamente treinados em um extensivo curso didático e experimental sobre a SCID, conforme descrito previamente (DEL-BEN et al., 2001).

O treinamento constou de leitura e discussão do módulo de ansiedade da versão para o Português (TAVARES, 1998) da SCID-IV (FIRST et al., 1996), seguidas de atividades de *role-play*, simulando possíveis respostas, chegando-se a um consenso das respostas pontuadas como positivas e negativas. Também foi

realizado um treinamento na realização de diagnósticos de acordo com os critérios do DSM-IV, através do estudo sistemático de casos clínicos e aplicações conjuntas em sala com espelho unidimensional em pacientes internados. Esta fase continuou até que houvesse pelo menos 70% de nível de concordância diagnóstica.

A amostra para o treinamento dos avaliadores e para as entrevistas dos estudos de confiabilidade (telefone-telefone e telefone-‘ao-vivo’ – VER DETALHAMENTO ABAIXO) foi selecionada por um técnico de pesquisa que não estava envolvido na aplicação da SCID e sem nenhum contato prévio com os sujeitos. Os avaliadores identificavam-se como pertencentes ao grupo de pesquisa, perguntavam sobre a disponibilidade em continuar participando do estudo, afirmando novamente que a participação era absolutamente voluntária. Foi-lhes então dada uma breve explicação a respeito dos objetivos desta parte da pesquisa, mas os sujeitos não foram informados que a segunda entrevista era para avaliar a concordância, e eles também não sabiam dos seus diagnósticos originais ou dos escores na MINI-SPIN.

Posteriormente, para verificar a confiabilidade interavaliadores na aplicação da SCID por telefone, os entrevistadores foram então distribuídos em pares de forma que cada um formasse par com todos os demais, chegando-se a um total de dez pares. Em média, cada avaliador realizou 28,5 entrevistas (mínimo de 20, máximo de 44).

Nesta fase de treinamento foram selecionados 57 sujeitos (39 com MS positiva e 18 com MS negativa); com média de idade de 21,05 (SD=2,57), sendo 22 do sexo masculino e 35 do sexo feminino. Os sujeitos foram entrevistados

independentemente duas vezes por telefone, com um intervalo mínimo de uma semana e máximo de um mês. Quando agendava para a avaliação pelo telefone, o entrevistador marcava um horário em que os participantes pudessem falar de modo privado, sem nenhuma outra pessoa estando presente durante a entrevista. Os avaliadores se alternaram na função de primeiro e segundo entrevistador e não receberam qualquer informação a respeito do tipo, nível de sintomatologia e categoria na MS (positiva ou negativa) apresentados pelos participantes antes das entrevistas, nem sobre o diagnóstico encontrado pelo outro avaliador. Assim, a entrevista com o paciente foi à única fonte de informação utilizada para a elaboração da presença ou ausência do diagnóstico de TAS.

Para os sujeitos com MS positiva ocorreu um acordo de 92% entre os avaliadores (36 de 39) e para os indivíduos com MS negativa verificou-se um acordo de 89% (16 de 18) entre os avaliadores; obtendo-se assim um kappa de 0,80; o que permitiu dar continuidade ao estudo.

3.6 Aplicação coletiva dos instrumentos (SPIN e Questionário de identificação)

A aplicação dos instrumentos, nesta fase, foi conduzida em sala de aula, evitando-se a coleta de dados em dias de prova e priorizando as aulas de disciplinas com maior número de alunos matriculados. Em todas as aplicações mantiveram-se dois avaliadores, de forma a garantir a pronta assistência aos participantes quando solicitado.

Após contato e autorização com o docente responsável pela disciplina, dirigiu-se diretamente aos alunos, informando-os sobre os objetivos do estudo e

convidando-os a participar. Em seguida os alunos receberam o TCLE, que foi lido pelo aplicador e acompanhado pelos estudantes. Após o término da leitura, foi pedido para permanecerem na sala apenas os que concordaram em participar do estudo. Estes assinaram o TCLE, entregando uma cópia ao aplicador e permanecendo com a outra. Os universitários que não concordaram em participar do estudo, por qualquer motivo, foram dispensados da atividade. Permaneceram na sala de aula apenas os estudantes que assinaram o TCLE.

Os estudantes receberam então, um caderno contendo os instrumentos e o aplicador informou que as instruções estavam especificadas por escrito, que o tempo para responder era livre, e que na medida em que terminassem poderiam entregar o caderno e deixar a sala. Quando tivessem dúvida deveriam levantar a mão para que fossem atendidos individualmente pelo aplicador ou pelo auxiliar.

Foi realizado um total de 89 sessões de aplicação, sendo 42 na USP (25 na FMRP e 17 na FFCLRP) e 47 na UNIFRAN, sem nenhum tipo de intercorrência que as inviabilizassem. O tempo mínimo gasto pelos indivíduos variou de 4 a 18 minutos (média = 11 minutos) o máximo de 7 a 40 minutos (média = 24 minutos). Não foi anotado o tempo de cada um dos indivíduos, registrando-se apenas o tempo gasto pelo primeiro e pelo último participante a entregar o material, em cada sessão.

Ocorreram poucas dúvidas durante o processo de aplicação do instrumento. As perguntas mais freqüentes relacionaram-se em sua maioria quanto ao significado da palavra 'procedência', a curiosidades sobre o TAS e a dúvidas quanto referir ou não os medicamentos que faziam uso.

3.7 Confirmação diagnóstica pela SCID

Procedimento diagnóstico

Nesta fase foram selecionados os sujeitos que apresentaram MINI-SPIN positivo (valores iguais ou maiores que seis) na fase 1; incluindo os indivíduos com MS-positiva que participaram da fase de treinamento e da confiabilidade da SCID. No caso destes sujeitos, o resultado da primeira entrevista telefônica foi considerado para o diagnóstico.

Os participantes desta fase da pesquisa foram contatados por telefone para responder ao módulo de ansiedade social da SCID-IV. Os avaliadores, que desconheciam a pontuação dos sujeitos nos instrumentos previamente aplicados, identificavam-se como pertencentes ao grupo de pesquisa e perguntavam sobre a disponibilidade para continuar participando do estudo, afirmando novamente que a participação era voluntária e sem qualquer ônus para o mesmo. Prosseguiu-se apenas com aqueles sujeitos que continuaram concordando em participar. Então, foi-lhes dada uma breve explicação dos objetivos da entrevista, passando-se à aplicação do Módulo de Ansiedade Social da SCID-IV. Para os sujeitos com menos do que 18 anos, a duração dos sintomas necessária para o diagnóstico de fobia social foi de no mínimo 6 meses, conforme descrito no item F do DSM-IV.

Para os estudantes que não foram contatados por telefone por estar desligado ou o número não ser mais o mesmo, foi enviado e-mail e/ou carta, solicitando um novo número de telefone de contato.

Média ponderada das notas

Conforme sugestão da Comissão de Graduação da FMRP e FFCL da USP, a média ponderada das notas (incluindo a dos alunos da UNIFRAN) foi calculada a partir da seguinte fórmula:

$$\frac{[\text{SOMATÓRIO (nota * (crédito-aula + crédito-trabalho))}]}{\text{SOMATÓRIO (crédito-aula + crédito-trabalho)}}$$
 das Disciplinas que estão aprovadas.

As dispensas não entraram no cômputo da Média Ponderada.

Exemplo:

Disciplina	Nota	Crédito-aula	Crédito-trabalho	Resultado
A	5,0	2	0	A
B	8,0	4	1	A
C	2,0	2	0	RN

$$A = 5 * (2 + 0) = 10$$

$$B = 8 * (4 + 1) = 40$$

$$\text{SOMA} = 50$$

$$\text{SOMA DOS CRÉDITOS} = 7$$

$$\text{Média Ponderada} = 50 / 7 = 7,1$$

Análise estatística

Foram realizadas análises descritivas (média, desvio padrão e frequência) e inferências sobre as variáveis estudadas. A prevalência total do diagnóstico de TAS foi realizada por meio de porcentagem simples. No caso das variáveis categóricas nominais, como p.ex. gênero, foi utilizado o teste do χ^2 para comparar os diferentes grupos.

Para a comparação das médias para dados contínuos como no caso da avaliação do desempenho acadêmico por meio das notas ponderadas, escalas e instrumentos de avaliação, foi utilizado o teste *t* de *student* ou foi realizada uma Análise de Variância (ANOVA), seguido do teste *post hoc* de Duncan, obedecendo aos pressupostos de distribuição normal e homogeneidade de variância.

A correlação entre os escores totais das escalas aplicadas e a média ponderada das notas foi realizada por meio do teste de Spearman, uma vez que a amostra não apresentou distribuição normal para estas variáveis.

As análises estatísticas foram realizadas usando-se o pacote estatístico SPSS, versão 11.0 (SSPS-Incorporation, 2001). O nível de significância considerado foi de $p \leq 0,05$.

Considerações éticas

O presente projeto foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica da FMRP – USP (ANEXO 6). Do mesmo modo, houve concordância da Comissão de Graduação e Diretoria da FMRP-USP, da FFCL-USP (ANEXO 7, 8,9) e da Pró-reitoria de Pesquisa e Extensão da UNIFRAN (ANEXO 10).

A todos os participantes foram entregues duas vias do TCLE (ANEXO 1), fornecendo-lhes informações sobre as justificativas, objetivo, procedimento, riscos e benefícios do estudo ao qual foram convidados a participarem. Somente foram aceitos no estudo, aqueles participantes que devidamente assinaram o TCLE.

A participação foi absolutamente voluntária. Os universitários foram esclarecidos que a não disponibilidade em participar, não implicaria em nenhum

tipo de prejuízo, tendo também a liberdade de retirarem seu consentimento a qualquer momento no transcorrer da pesquisa, sem o risco de qualquer prejuízo ou constrangimento. Foram assegurados a não identificação dos participantes e o sigilo das informações.

Os dados relativos às notas de cada aluno foram acessados apenas pelos pesquisadores principais do Projeto e os nomes de cada sujeito foram transformados em 'números', de modo que os indivíduos não pudessem ser identificados, garantindo-se assim o sigilo e privacidade. Após este procedimento, a lista com as médias ponderadas e notas foram imediatamente destruídas.

Aos universitários diagnosticados como portadores de TAS, foram oferecidos esclarecimentos sobre o transtorno (sinais, sintomas, curso, prognóstico, tratamento), por meio de material informativo especialmente desenvolvido para o presente estudo (ANEXO 11). Foi também oferecido encaminhamento para tratamento psicoterápico e/ ou medicamentoso em serviço específico do HC da FMRP-USP, de acordo com a vontade dos participantes.

4. RESULTADOS

4.1 Características sócio-demográficas da amostra total

Composição da amostra

Para composição da amostra foram contatados 2613 alunos sendo 1181 (45,2%) alunos da USP (667 da FMRP e 514 da FFCLRP), e 1432 (54,8%) alunos da UNIFRAN, os quais estavam presentes em sala de aula no dia da aplicação dos instrumentos.

Desses 2613 alunos inicialmente contatados, 200 (7,6%) não aceitaram participar do estudo, alegando não ter interesse ou disponibilidade, sendo 64 da FMRP; 66 da FFCLRP e 70 da UNIFRAN. Foram excluídos 53 (2,2%) sujeitos pelo critério idade e 41 (1,7%) pelo preenchimento de forma incompleta ou errada dos instrumentos, totalizando 94 alunos (3,9%).

Sendo assim, obteve-se uma amostra final de 2319 sujeitos (88,7% do total inicialmente avaliado), sendo 1038 (44,7%) da USP e 1284 (55,3%) da UNIFRAN. A Tabela 2 ilustra o número de sujeitos contatados, os que responderam aos instrumentos, os excluídos e o número final da amostra em relação à instituição de ensino freqüentada.

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

Situação dos alunos	USP		UNIFRAN	TOTAL
	FMRP	FFCLRP		
Presentes em sala de aula	667	514	1432	2613
Responderam questionários	603	448	1362	2413
Excluídos: ▪ Idade	0	1	52	53
▪ Preenchimento incorreto	9	5	27	41
Incluídos	594	442	1283	2319

Com relação à caracterização demográfica, observou-se que a amostra estudada foi composta por: 1294 (55,8%) sujeitos do sexo feminino, sendo 560 (43,2%) da USP e 735 (56,8%) da UNIFRAN; e 1025 (44,2%) do sexo masculino, sendo 477 (46,5%) da USP e 548 (53,5%) da UNIFRAN (Tabela 3). Não ocorreram diferenças significativas entre essa variável considerando-se a instituição estudada ($\chi^2=2,577$; $p= 0,108$). A idade média da amostra foi de 21,4 anos ($\pm 3,26$).

Tabela 3 – Distribuição da amostra em função da instituição e sexo.

SEXO		UNIVERSIDADE		Total N (%)
		USP	UNIFRAN	
SEXO	Feminino	559 (43,2)	735 (56,8)	1294 (55,8)
	Masculino	477 (46,5)	548 (53,5)	1025 (44,2)
Total		1036 (44,7)	1283 (55,3)	2319 (100)

A distribuição dos sujeitos em função da instituição, curso e ano da graduação freqüentado é apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição da amostra em função da instituição e curso da graduação freqüentado.

Área / Curso	UNIVERSIDADE		TOTAL
	USP	UNIFRAN	
Ciências Exatas	140	130	270
Química	140	130	270
Informática Biomédica	70	—	70
Física Médica	100	—	100
Matemática Aplicada a Negócios	33	—	33
Sistema da Informação	—	131	131
SUBTOTAL	343	261	604
Ciências Humanas			
Direito	—	171	171
Publicidade	—	81	81
Jornalismo	—	10	10
Ciências da Informação e Documentação	57	—	57
SUBTOTAL	57	262	319
Ciências Biológicas			
Medicina	302	—	302
Nutrição	37	87	124
Terapia Ocupacional	48	—	48
Fonoaudiologia	41	—	41
Fisioterapia	97	93	190
Psicologia	110	135	245
Educação Física	—	161	161
Enfermagem	—	93	93
Farmácia	—	100	100
Medicina Veterinária	—	92	92
SUBTOTAL	635	761	1396
TOTAL	1035	1284	2319

Atividade profissional

Em relação à atividade profissional, 1832 sujeitos (78,1%) estudavam e os demais 488 (21,1%) mantinham, além do estudo, algum tipo de vínculo empregatício.

Quanto à universidade observamos que 35,2% (N=452) dos alunos da instituição particular exerciam alguma atividade laboral contra apenas 3,5% (N=36) dos alunos da pública (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição da amostra em função da universidade e atividade exercida.

		UNIVERSIDADE		Total N (%)
		USP	UNIFRAN	
ATIVIDADE	Apenas estuda	1000 (96,5)	831 (64,8)	1831 (78,9)
	Estuda e trabalha	36 (3,5)	452 (35,2)	488 (21,1)
Total		1036 (44,7)	1283 (55,3)	2319 (100)

Ainda em relação à atividade laboral, foi encontrada diferença significativa em relação ao sexo. Trabalhavam além de estudarem, o dobro dos indivíduos do sexo masculino em relação aos do sexo feminino (29,65 *versus* 14,3%, respectivamente) ($\chi^2=347,860$; $p<0,0001$) (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição da amostra em função do sexo e atividade exercida.

		SEXO		Total N (%)
		FEMININO	MASCULINO	
ATIVIDADE	Apenas estuda	1110 (85,7)	721 (70,3)	1831 (78,9)
	Estuda e trabalha	184 (14,3)	304 (29,7)	488 (21,1)
Total		1294 (55,8)	1025 (44,2)	2319 (100)

4.2 Comparabilidade da SCID por telefone e 'ao vivo' no diagnóstico de TAS

Visto que, não se sabe se a SCID aplicada por telefone e 'ao-vivo' podem ser consideradas comparáveis para avaliar pacientes com TAS como uma categoria diagnóstica independente, procurou-se verificar esta questão para dar continuidade ao estudo.

Foram selecionados randomicamente 100 sujeitos, sendo 56 MS positiva e 44 MS negativa, com média de idade de 20,8 anos (SD=2,06); 37 do sexo masculino e 63 do sexo feminino. Estes eram representativos quanto ao sexo e idade, da amostra total de 2319 sujeitos inicialmente avaliados. Os indivíduos selecionados foram entrevistados por telefone pelos avaliadores que participaram do treinamento, sendo que em média cada avaliador realizou 25 entrevistas. Posteriormente, os participantes foram re-entrevistados de modo 'face-a-face' por uma psicóloga clínica, experiente no uso da SCID-IV, com um intervalo mínimo de um e máximo de três meses. Nestas duas entrevistas (telefone e 'ao vivo') foram adotados os mesmos procedimentos descritos para as entrevistas telefônicas da fase de treinamento, em que os avaliadores estavam cegos quanto os escores na MS e ao diagnóstico encontrado pelo outro avaliador.

Para os sujeitos que apresentavam MS positiva ocorreu um acordo de 89% entre os avaliadores (50 de 56) e para os indivíduos com MS negativa verificou-se um acordo de 95% (42 de 44). A prevalência de TAS por telefone foi de 56% (56 de 100), enquanto que a prevalência da entrevista interpessoal foi de 52% (52 de 100). A concordância teste-reteste obtida para as 200 entrevistas (100 'ao vivo' e 100 por telefone, obtidas de 100 sujeitos) foi de um kappa de 0,84, um índice que

indica excelente concordância (Fleiss, 1981). Dessa forma, concluímos que a SCID aplicada por telefone parece ser um método confiável para avaliação diagnóstica do TAS.

4.3 Prevalência de TAS

Um total de 478 sujeitos preencheu critérios para MS positiva, com base nas proposições de Connor et al. (2001) (resposta positiva ≥ 6 pontos] aos itens 6, 9 e 15 da SPIN). Sendo assim, nesta fase obtivemos uma prevalência aparente de 20,6% para o TAS.

Estes indivíduos foram contatados por telefone, para responderem ao módulo de ansiedade social da SCID. Aos sujeitos inicialmente não localizados após mais de quatro tentativas de contato telefônico (N=66), foi enviado e-mail e/ou carta, solicitando-lhes que enviassem um telefone atual de contato e melhor horário para serem contatados. Um total de 18 e-mails e/ou cartas foram respondidos. Foi possível a localização e realização da entrevista telefônica com mais 11 sujeitos, sendo que outros sete localizados não participaram desta fase (quatro alegaram não ter mais interesse ou disponibilidade para continuar participando e três haviam desistido do curso). Sendo assim, um total de 55 sujeitos não participou desta fase. A idade média desses indivíduos foi de 21,7 anos ($DP \pm 3,4$); sendo que 20 eram do sexo masculino e 35 do sexo feminino; e quanto à universidade de origem 25 eram da USP e 30 da UNIFRAN.

Após entrevista telefônica com os 423 sujeitos incluídos, confirmou-se o diagnóstico de TAS por meio da SCID para 56,3% dos 423 sujeitos incluídos que atingiram o critério para a MS positiva ($N_{++} = 237$), o que não ocorreu para 43,7%

desses ($N^+ = 186$). A Figura 2 apresenta fluxograma das etapas para detecção dos sujeitos com TAS.

Sendo assim, confirmamos o diagnóstico com a SCID em 237 sujeitos, o percentual de positivos encontrados foi de 10,21%, com uma perda de 55 sujeitos, pois não foram entrevistados.

Os 55 sujeitos que não foram incluídos não diferiram dos 423 indivíduos entrevistados em relação à idade ($t=-0,45$; $p=0,66$); sexo ($\chi^2=0,09$; $p=0,92$) e universidade de origem ($\chi^2=0,12$; $p=0,73$). Estes também não diferiram da amostra total estudada em relação à idade ($t=-0,55$; $p=0,58$); sexo ($\chi^2 = 1,40$; $p=0,24$) e universidade de origem ($\chi^2=0,14$; $p=0,91$). Consideramos, assim, que os indivíduos não encontrados eram representativos da amostra total estudada e da amostra de sujeitos MS positivos cujo diagnóstico de TAS pôde ser avaliados por meio de entrevista estruturada. Dessa forma, inferimos que 56,3% destes indivíduos preencheriam os critérios pela SCID, ou seja, em torno de 31 destes 55 sujeitos também apresentariam TAS por este critério.

Dessa forma, o número de sujeitos com TAS aumentaria para 268 (237+31) na amostra total ($N= 2319$), e o percentual de positivos confirmado por meio da SCID será de 11,6%.

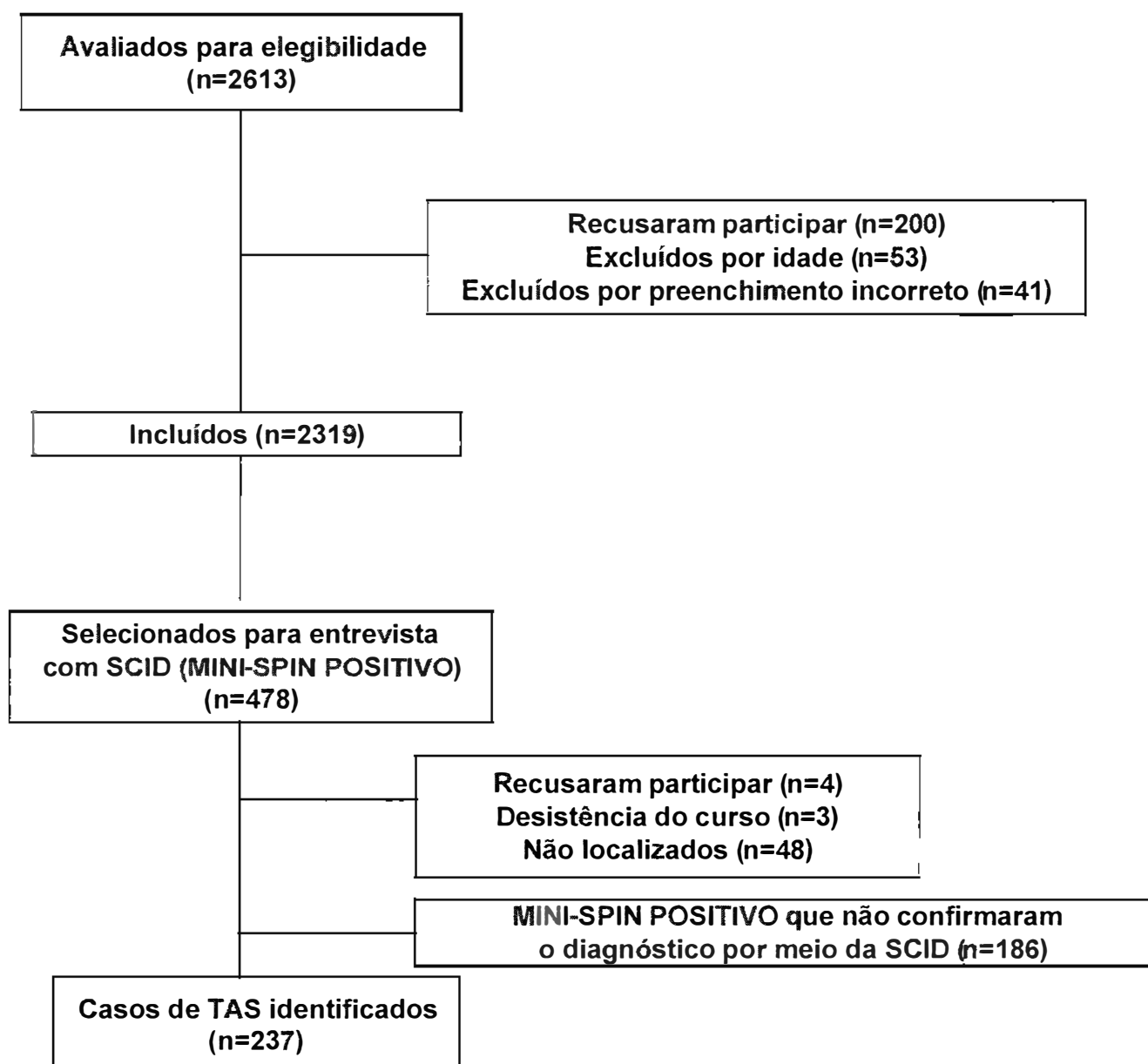


Figura 2- Fluxograma das etapas para identificação dos sujeitos com Transtorno de Ansiedade Social

4.4 Tipos de medos sociais

Os tipos de medos sociais foram categorizados por meio dos itens F48 a F52 da SCID (incluídos no critério A do DSM-IV) (Anexo 12). A grande maioria dos sujeitos com TAS (N=217, 91,6%) referiram mais frequentemente apresentar medo de falar em público; seguido do medo de comer em público (N=67, 28,3%) e do medo de escrever em público (N=39, 16,5%).

Para avaliar a prevalência de medos sociais em um número maior de situações e também nos não casos, usamos o mesmo método conforme descrito previamente com a *Social Distress Scale* por Fumark et al. (1999). Avaliamos a proporção de indivíduos que pontuaram as situações potencialmente fóbicas com escore 3 ou mais (dentro da faixa possível de 0-4) em cada um dos itens da escala SPIN. Assim, como para os sujeitos com TAS, observamos que mesmo entre os indivíduos sem o transtorno, evitar falar em público é o medo mais prevalente na população (tabela 7). Para todas as situações os sujeitos com TAS apresentaram significativamente maior prevalência do que nos indivíduos sem o transtorno.

Tabela 7 – Prevalência de medos sociais; i.é. proporção de indivíduos que pontuaram situações potencialmente fóbicas como ≥ 3 na escala SPIN (0-4).

Situação (número do item da SPIN)	TAS (237)	Não-TAS (2082)
	N (%)	N (%)
Evitar falar para uma platéia ou dar discursos (11)	186 (78,5)*	504 (24,2)
Evitar ficar envergonhado (6)	168 (70,9)*	156 (7,5)
Medo de ficar envergonhado (15)	157 (66,2)*	223 (10,7)
Evitar ser o centro das atenções (9)	151 (63,7)*	221 (10,6)
Medo de fazer coisas quando sendo observado (14)	148 (62,4)*	208 (10)
Medo de ser criticado (5)	145 (61,2)*	291 (14,0)
Incômodo por ficar vermelho na frente das pessoas (2)	117 (49,4)*	268 (12,9)
Angústia por tremer na frente das outras pessoas (17)	117 (49,4)*	170 (8,2)
Evitar ser criticado (12)	116 (48,9)*	328 (15,8)
Incômodo por apresentar palpitações cardíacas (13)	89 (37,6)*	106 (5,1)
Evitar falar com pessoas desconhecidas (4)	86 (36,3)*	143 (6,9)
Incômodo por transpirar na frente das pessoas (7)	85 (35,9)*	235 (11,3)
Evitar falar com autoridades (16)	49 (20,7)*	40 (1,9)
Medo de conversar com pessoas desconhecidas (10)	47 (19,8)*	35 (1,7)
Medo de autoridades (1)	46 (19,4)*	46 (2,2)
Medo de ir a festas e eventos sociais (3)	40 (16,9)*	36 (1,7)
Evitar ir a festas (8)	41 (17,3)*	72 (3,5)

* $p < 0,001$

Comparado com os não casos, os sujeitos com TAS também apresentaram maiores escores médios em todos os itens da SPIN, sendo que para o item 11 ('evitar falar para uma platéia ou dar discursos') foi verificado maiores escores tanto nos casos como nos sujeitos sem o transtorno (tabela 8). As listas das situações nas tabelas 7 e 8 são ordenadas das mais para menos amedrontadoras.

Tabela 8 – Escore médio nos diferentes itens da escala SPIN em pacientes com TAS e indivíduos sem o transtorno.

Situação (número do item da SPIN)	TAS (237)	Não-TAS (2082)
	Média (+DP)	Média (+DP)
Evitar falar para uma platéia ou dar discursos (11)	3,16 (1,08)*	1,46 (1,30)
Medo de ficar envergonhado (15)	2,85 (1,03)*	0,94 (1,07)
Evitar ficar envergonhado (6)	2,81 (0,96)*	0,90 (0,96)
Evitar ser o centro das atenções (9)	2,79 (1,16)*	0,91 (1,07)
Medo de fazer coisas quando sendo observado (14)	2,71 (0,97)*	1,11 (0,98)
Medo de ser criticado (5)	2,69 (1,11)*	1,29 (1,04)
Angústia por tremer na frente das outras pessoas (17)	2,40 (1,21)*	0,85 (0,98)
Incômodo por ficar vermelho na frente das pessoas (2)	2,39 (1,23)*	1,12 (1,06)
Evitar ser criticado (12)	2,34 (1,29)*	1,20 (1,17)
Evitar falar com pessoas desconhecidas (4)	2,03 (1,25)*	0,93 (0,93)
Incômodo por apresentar palpitações cardíacas (13)	1,86 (1,39)*	0,61 (0,89)
Incômodo por transpirar na frente das pessoas (7)	1,76 (1,42)*	0,86 (1,09)
Medo de autoridades (1)	1,51 (1,03)*	0,75 (0,80)
Evitar falar com autoridades (16)	1,45 (1,12)*	0,41 (0,73)
Medo de conversar com pessoas desconhecidas (10)	1,42 (1,18)*	0,43 (0,69)
Medo de ir a festas e eventos sociais (3)	1,34 (1,16)*	0,30 (0,65)
Evitar ir a festas (8)	1,16 (1,26)*	0,33 (0,76)

* $p < 0,001$

4.5 Características sócio-demográficas/descritivas

As principais características sócio-demográficas e descritivas dos sujeitos com e sem TAS são apresentadas na tabela 13.

Nos sujeitos com TAS, identificados pela MS positiva e Módulo de Fobia Social da SCID-IV (++) , verificamos que a grande maioria (N=161; 67,9%) era do sexo feminino e 76 (32,1%) do masculino. Ocorreu predomínio de sujeitos na faixa etária entre 17 e 25 anos (N= 202; 85,2%). Quanto à universidade freqüentada, 46 (19,4%) eram da FMRP; 59 (24,9%) da FFCLRP; e 132 (55,7%) da UNIFRAN

(N=132). Quanto à área do curso, 134 (56,5%) faziam cursos na área de Biológicas; 70 (29,5%) na área de Exatas; e 33 (14%) na de Humanas (tabela 9).

Quanto à instituição e área dos cursos freqüentados; 7,7% dos alunos da FMRP-USP, 13,3% da FFCLRP-USP e 10,3% da UNIFRAN foram classificados como portadores do transtorno, não havendo diferença significativa ($\chi^2=0,02$; $p=0,9$). Considerando-se a amostra quanto ao âmbito público e privado; 10,1% (105) dos alunos da universidade pública e 10,3% (132) dos da instituição privada apresentaram indicadores positivos para TAS, compreendendo 9,6% (134) dos alunos dos cursos da área de Biológicas, 11,6% (70) dos alunos da área de Exatas e 10,3% (33) dos alunos da área de Humanas (tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição da amostra estudada e dos indivíduos com TAS, em função da idade, instituição e área do curso freqüentado.

		Amostra estudada (N=2319)	TAS (N++ = 237)
Idade	17-20 anos	1041	59
	21-25 anos	1052	143
	26-30 anos	162	30
	> ou = 31 anos	64	5
Instituição	FMRP-USP	594	46
	FFCLRP-USP	442	59
	UNIFRAN	1283	132
Área do Curso	Biológicas	1396	134
	Exatas	604	70
	Humanas	319	33

4.6 Sexo

Verificou-se que os sujeitos do sexo feminino apresentaram proporcionalmente mais TAS (N=161 ou 12,5%) do que os indivíduos do sexo masculino (N=76 ou 7,4%), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=15,8$, $p<0,0001$).

Do mesmo modo, quando avaliamos a amostra total, independentemente do diagnóstico de TAS, o escore médio na escala SPIN dos sujeitos do sexo feminino (17,63; \pm 11,73) foi significativamente maior ($p=0,002$) do que os sujeitos do sexo masculino (15,32; \pm 10,92).

4.7 Idade de início e tempo de doença

A idade média de início do TAS foi de 11,4 anos (\pm 0,27). A idade mínima encontrada foi de 5 anos e a idade máxima de início foi de 24 anos.

O tempo médio de doença foi de 10,2 anos (\pm 0,3). O tempo mínimo de presença do transtorno foi de um ano e o tempo máximo foi de 24 anos.

4.8 Gravidade

A gravidade do transtorno foi categorizada por meio do item F64 da SCID (Anexo 12). A maioria dos pacientes (N=151 ou 63,7%) foi classificada como apresentando TAS moderado, seguido por grau leve (N= 21 ou 21,9%) e grave (N= 34 ou 14,3%).

Em relação aos escores médios nos diferentes fatores da SPIN, verifica-se que os pacientes com TAS grave apresentaram diferenças significativas ($p>0,05$)

em relação aos pacientes com TAS leve e moderado, para os fatores 'sintomas fisiológicos' e 'medo de ser observado' (Figura 3).

4.9 Diagnóstico prévio e reconhecimento do transtorno

Apenas dois sujeitos (0,8%) identificados como apresentando TAS, referiram terem sido diagnosticados previamente por um profissional de saúde como portadores do transtorno. Nenhum outro indivíduo, apesar de notarem os prejuízos causados pela condição, referiu reconhecer ser portador de TAS.

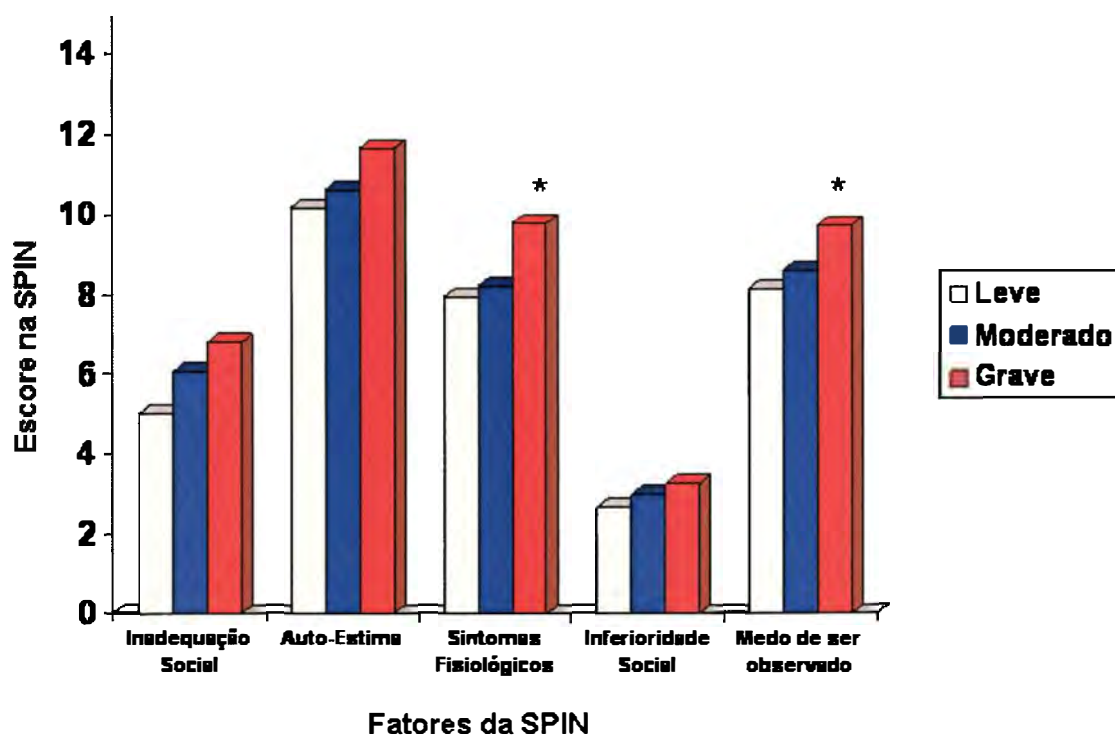


Figura 3 – Escores médios dos fatores da escala SPIN em relação à gravidade do TAS.

4.10 Uso de medicação

Os indivíduos com TAS usavam com maior frequência (N=55 ou 23,2%) medicações gerais do que os não casos (N= 311 ou 14,8%), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=10,9$; $p<0,001$). As medicações mais usadas incluíam mais constantemente analgésicos, anti-inflamatórios e anti-eméticos, entre outros.

Ainda em relação à classe da droga utilizada, os indivíduos com TAS também usavam mais medicações psicotrópicas (N=14 ou 5,5%) do que os sujeitos sem o transtorno (N=45 ou 2,2%), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=17,11$; $p=0,001$). Entretanto, apenas seis indivíduos com TAS (2,5%) tomavam alguma medicação que poderia ser útil no tratamento farmacológico do transtorno (cinco com antidepressivos ISRS e um com ansiolítico benzodiazepínico) (tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição da amostra estudada em função do tipo de medicação usada e o diagnóstico.

Medicamento	Diagnóstico		TOTAL
	TAS N (%)	Não-TAS N (%)	
Não toma medicação	182(76,8)	1771(85,1)	1953(84,2)
Psicotrópico	14(5,9)	45(2,2)	59(2,5)
Outros	38(16)	252(12,1)	290(12,5)
Psicotrópico+outros	3(1,3)	14(0,6)	17(0,8)
SUBTOTAL	237(10,3)	2082(89,7)	2319(100)

4.11 Atividade laboral

Em relação à atividade profissional entre os portadores de TAS, 193 sujeitos (81,4%) estudavam e os demais 44 (18,5%) mantinham, além do estudo,

algum tipo de vínculo empregatício. Entretanto, entre os não portadores do TAS mais sujeitos trabalhavam e estudavam (N=444 ou 21,3). Porém, esta diferença não foi estatisticamente significativa ($\chi^2= 0,98$; $p=0,32$).

4.12 Universidade

Com relação a instituição de ensino não foram verificadas diferenças significativas em relação a prevalência de TAS ($\chi^2=10,95$; $p=0,904$) (Tabela 13).

4.13 Ano da graduação

Quanto ao ano cursado foi encontrada a maior prevalência entre os alunos do quinto ano (16,7%) e a menor entre os alunos do primeiro ano (9,3%), mas não existe um aumento progressivo nas prevalências a cada ano, sendo que a menor prevalência foi encontrada no quarto ano (Tabela 11). Ao agruparmos os alunos em três categorias (1º; 2º-3º; 4º-5º) observamos que não ocorreram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=4,48$; $p=0,106$).

Tabela 11 - Distribuição da amostra estudada em função do ano cursado e o diagnóstico.

ANO	Diagnóstico		TOTAL
	TAS N (%)	Não-TAS N (%)	
1º	74(9,3)	725	799
2º e 3º	130(11,5)	995	1125
4º e 5º	33(8,3)	362(12,1)	395
SUBTOTAL	237(10,3)	2082(89,7)	2319(100)

4.14 Área do curso

Não ocorreu diferença para presença de TAS entre as diferentes áreas (biológicas, exatas e humanas) ($\chi^2=1,83$; $p=0,40$). Do mesmo modo, não foram verificadas diferenças no escore total da escala SPIN (ANOVA, $F= 0,33$; $p=0,72$) ou em qualquer um dos seus cinco fatores da SPIN entre as diferentes áreas.

4.15 Curso superior

Em relação ao curso freqüentado, observamos que alguns cursos apresentam uma freqüência aumentada, mas como as amostras não foram emparelhadas por sexo e idade, e com "N" muito variável, e em alguns casos muito pequeno, não foi possível fazer generalizações (tabela 12).

4.16 Desempenho acadêmico

Não foram encontradas diferenças significativas ($t=0,98$; $p=0,33$) no desempenho acadêmico, avaliado por meio da média ponderada das notas, entre sujeitos com ($7,04$; $\pm 1,05$) e sem TAS ($7,12$; $\pm 1,02$). Do mesmo modo, não ocorreram correlações significativas entre as médias ponderadas e o escore total da SPIN na amostra total ou entre os indivíduos com ($r=0,03$; $p=0,62$) e sem TAS ($r=0,06$; $p=0,70$). Também não houve correlações entre as notas e qualquer um dos diferentes fatores da SPIN. Entretanto, estudantes do sexo feminino com TAS apresentaram significativamente ($t=3,29$; $p< 0,001$) menores médias ponderadas das notas ($7,06$; $\pm 1,01$) do que as alunas sem o transtorno ($7,36$; $\pm 0,98$). Por outro lado, os estudantes do sexo masculino com TAS apresentaram maiores

notas (7,00; 1,04) do que os alunos sem o transtorno (6,82; 0,99); porém esta diferença não foi estatisticamente significativa ($t=-1,28$; $p=0,82$).

Tabela 12 - Distribuição da amostra estudada em função do curso e o diagnóstico.

Área / Curso	Diagnóstico		TOTAL
	TAS N(%)	Não-TAS N(%)	
Ciências Exatas			
Química	40 (14,8)	230 (85,2)	270
Informática Biomédica	9 (12,9)	61 (87,1)	70
Física Médica	11 (11)	89 (89)	100
Matemática Aplicada a Negócios	2 (6)	31 (94)	33
Sistema da Informação	8 (6,1)	123 (93,9)	131
SUBTOTAL	70 (11,6)	534 (88,4)	604
Ciências Humanas			
Direito	18 (10,5)	153 (89,5)	171
Publicidade	6 (7,4)	75 (92,6)	81
Jornalismo	0 (0)	10 (100)	10
Ciências da Informação e Documentação	9 (15,8)	48 (84,2)	57
SUBTOTAL	33 (10,3)	286 (89,7)	319
Ciências Biológicas			
Medicina	18 (6)	284 (94)	302
Nutrição	13 (10,5)	111 (89,5)	124
Terapia Ocupacional	2 (4,2)	46 (95,8)	48
Fonoaudiologia	2 (4,9)	39 (95,1)	41
Fisioterapia	24 (12,6)	166 (87,4)	190
Psicologia	28 (11,4)	217 (88,6)	245
Educação Física	12 (7,5)	149 (92,5)	161
Enfermagem	17 (18,3)	76 (81,7)	93
Farmácia	11 (11)	89 (89)	100
Medicina Veterinária	7 (7,6)	85 (92,4)	92
SUBTOTAL	134 (9,6)	1262 (90,4)	1396
TOTAL	237 (10,2)	2082 (89,8)	2319

Tabela 13 – Características da amostra de TAS identificada pela MINI-SPIN e confirmada pela SCID e controles saudáveis.

Característica	TAS (n=237)	Não-TAS (n=2082)	Significância Estatística
Gênero			
Feminino(%)	161 (68)	1133 (54,1)	$\chi^2 = 15,8; p<0,0001$
Masculino(%)	76 (32)	949 (45,9)	
Idade Média (\pm d.p.)	21,4 (3,2)	21,6 (\pm 3,1)	NS
Atividade Laboral (%)	44 (18,5)	444 (21,3)	NS
Uso de Medicamentos (%)	55 (23,2)	311 (14,9)	$\chi^2 = 10,9; p<0,001$
Desempenho Acadêmico			
Média ponderada das notas (\pm d.p.)	7,04 (\pm 1,05)	7,12 (\pm 1,02)	NS
Feminino (\pm d.p.)	7,35 (\pm 0,98)	7,06 (\pm 1,06)	$\chi^2 = 3,29; p<0,001$
Masculino (\pm d.p.)	7,00 (\pm 1,04)	6,82 (\pm 0,99)	NS
Universidade privada (%)			NS
Pública	105 (45)	931 (44,7)	
Privada	132 (55)	1151 (55,3)	
Tempo de doença			
Média em anos (\pm d.p.)	10,3 (\pm 4,9)	—	
Idade de início			
Média em anos (\pm d.p.)	11,4 (\pm 4,3)	—	
Gravidade			
Leve (%)	52 (21,9)	—	
Moderado (%)	151 (63,7)	—	
Grave (%)	34 (14,3)	—	

NS (Não Significante) = $p \geq 0,05$

5 DISCUSSÃO

Prevalência

O objetivo primário do presente estudo foi determinar a prevalência do TAS usando os critérios do DSM-IV e delinear as características sócio-demográficas associadas com este transtorno, em uma população de estudantes universitários.

Em nossa amostra, encontramos uma prevalência de 11,6% para o TAS, confirmando a hipótese que este transtorno apresenta prevalências elevadas na comunidade e mais especificamente, na população de estudantes universitários. Convém ressaltar que a prevalência aparente encontrada inicialmente por meio da MINI-SPIN foi de 20,4%. Esta taxa é muito semelhante à observada em outros estudos nos quais o diagnóstico não foi confirmado por meio de entrevista estruturada (FURMARK et al., 2000; BECKER et al., 2000). Por exemplo, Gretarsdottir et al. (2003), utilizando a *Social Phobia and Anxiety Inventory* (SPAI), entrevistaram 601 sujeitos divididos em duas faixas etárias: entre 17 a 55 anos que demonstraram uma prevalência de 24,8% e entre 60 e 94 anos com uma prevalência estimada de 18,7%. De forma semelhante, Beidel et al. (1989) verificaram que 19% dos estudantes universitários preenchiem critérios para um diagnóstico de fobia social, sugerindo a alta prevalência deste transtorno nesta população. Também utilizando a SPAI, estes autores encontraram uma prevalência aparente próxima à verificada no presente estudo, porém assim como no estudo anterior, os autores não confirmaram o diagnóstico por meio de uma entrevista estruturada.

Após a aplicação da SCID com critérios do DSM-IV nesta população, obtivemos a prevalência real de 11,6%, sendo esta taxa muito semelhante à encontrada em vários estudos mais recentes realizados em outros países (BECKER et al., 2000; FURMARK et al., 1999; WITTCHEN et al., 1999; STEIN et al., 2001).

É importante salientar, que o TAS é um transtorno que apenas recentemente vem sendo estudado mais sistematicamente. Vários trabalhos demonstram, de acordo com os critérios atuais, que este transtorno apresenta prevalências elevadas, com importante prejuízo social (BRUNELLO et al., 2000). Estas afirmações são confirmadas à medida que novos estudos são publicados. A elevação nas taxas de prevalência descrita mais recentemente pode refletir um aumento da consciência em relação ao TAS e um maior empenho na discussão e na detecção do transtorno por parte dos clínicos e pesquisadores.

Apesar de o TAS ser considerado um transtorno comum, atualmente existe uma grande variabilidade nas prevalências encontradas na literatura. Entretanto, diferenças nas taxas de prevalência podem ser atribuídas parcialmente às diferentes metodologias usadas e a fatores culturais que também parecem exercer importante influência.

No primeiro grande estudo epidemiológico do ECA realizado nos Estados Unidos, foi encontrada uma prevalência ao longo da vida de 2,7%, usando o DSM-III (SHNEIER et al., 1992). Entretanto, posteriormente outro importante estudo epidemiológico no mesmo país, usando o DSM-III-R, encontrou uma prevalência de 13,3% (KESSLER et al., 1994). Estas diferenças podem ter ocorrido devido ao uso de diferentes critérios diagnósticos e de entrevistas estruturadas. No estudo

do ECA foi utilizado a *Diagnostic Interview Schedule* (DIS), enquanto que no estudo do NCS, foi utilizado a *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI). Este último instrumento foi baseado no DSM-III-R e é menos restritivo, o que provavelmente levou à identificação de mais casos do que no estudo anterior. Os critérios do DSM-III-R e DSM-IV para o TAS especificam que o medo deve causar uma “interferência OU marcada angústia”, enquanto o DSM-III requer “angústia significativa”.

Diferenças estimadas na prevalência também dependem do período considerado: ao longo da vida, seis meses e um ano. Quanto maior o tempo considerado, maiores prevalências são encontradas, sendo que em nosso estudo avaliamos apenas a prevalência atual do transtorno. Assim, provavelmente teríamos maior taxa de prevalência caso tivéssemos investigado a ocorrência do transtorno ao longo da vida.

Vários estudos encontraram prevalências semelhantes ao do presente estudo como o do NCS (KESSLER et al., 1994; MAGEE et al., 1996) no qual foram entrevistadas 8098 pessoas entre 15 e 54 anos e foi encontrada uma prevalência ao longo da vida de 13,3%, com taxas maiores em mulheres (15,5 %) do que nos homens (11,1%). Neste estudo a prevalência em doze meses foi de 7,9%, mantendo o predomínio no sexo feminino com 9,1% e no masculino de 6,6%.

Foram identificados quatro estudos realizados no Canadá que também encontraram elevadas prevalências para o TAS. No primeiro, utilizando a CIDI baseado nos critérios do DSM-III-R, foram entrevistados 8116 sujeitos que apresentaram uma prevalência de 6,7% (BOYLE et al., 1996). Em um estudo

conduzido nas cidades de Alberta, Manitoba, Calgary e Edmonton, 1956 sujeitos com mais de 18 anos foram entrevistados por telefone, utilizando a CIDI com critérios do DSM-IV, tendo sido encontrado uma prevalência de 7,2% (STEIN et al., 2000). Em Quebec, utilizando o *Diagnostic Interview Schedule for Children-2.25* (DISC-2.25), foram avaliados 1201 sujeitos entre 14 e 17 anos, e foi encontrada uma prevalência de 4,6%, com predomínio no sexo feminino (6,5%) em relação ao masculino (2,6%) (ROMANO et al., 2001).

Tal qual o presente estudo, a maior parte dos estudos epidemiológicos conduzidos na Europa, também confirmaram que o TAS é uma condição altamente prevalente. Estes estudos igualmente sugeriram que o TAS é um diagnóstico dificilmente identificado na prática clínica, uma vez que o transtorno poucas vezes é submetido a tratamento (DELL'OSSO et al., 2003; MERIKANGAS et al., 2002; FARAVELLI et al., 2000; FURMARK et al., 1999; WITTCHEN et al., 1999; DEGONDA; ANGST, 1993; WITTCHEM et al., 1992; LEPINE et al., 1994; BECKER et al., 2000). Seis trabalhos Europeus utilizaram a entrevista diagnóstica CIDI, baseada no DSM. No primeiro estudo utilizando este instrumento diagnóstico na Europa, baseado nos critérios do DSM-III-R, os autores entrevistaram 470 sujeitos entre 18 e 64 anos, na Suíça, e identificaram uma prevalência de 16% para TAS ao longo da vida (WACKER et al., 1992). Mais recentemente, Wittchen et al. (1999) entrevistaram 3021 sujeitos residentes na região metropolitana de Munique (Alemanha), com idade entre 14 e 24 anos, relatando uma prevalência de 7,3%. Neste mesmo ano, Pélissolo (1999) em Paris, baseando-se nos critérios do DSM-IV, elaborou e enviou questionário para 16000 sujeitos, acima de 14 anos. Os autores receberam 12873 questionários corretamente respondidos,

encontrando assim uma prevalência idêntica (7,3%) a do estudo anterior. Furmark et al. (2000), avaliaram a prevalência de TAS em duas cidades suecas, Gotland e Estocolmo. Os autores enviaram questionários para as residências e encontraram prevalências de 17,2% e 14,2% respectivamente em cada cidade. Na cidade de Dresden (Alemanha), Becker et al. (2000), entrevistaram 1538 sujeitos entre 18 e 25 anos, utilizando o *Diagnostisches Interview bei Psychischen Stoerungen, Forschungsversion* (F-DIPS) e encontraram uma prevalência de 12% para TAS. Utilizando o *Florence Psychiatric Interview* (FPI), Faravelli et al. (2000) entrevistaram 2355 sujeitos na cidade de Florença (Itália) e encontraram uma prevalência de 4%. Mais recentemente, em Zurique (Suíça), Merikangas et al. (2002), utilizando *Symptom Checklist 90-R* (SCL-90-R) e a entrevista semi-estruturada *Structured Psychopathological Interview and Rating of the Social Consequences for Epidemiology* (SPIKE), entrevistaram 4547 sujeitos entre 18 e 35 anos, e encontraram prevalência de 5,6%, com predomínio no sexo feminino.

Assim como nestes dois últimos estudos europeus, menor prevalência de TAS foi identificada em um estudo realizado no Chile. Os autores entrevistaram, utilizando a CIDI com critérios do DSM-III-R, 2987 sujeitos com mais do que 15 anos, de forma representativa de todo o país. Foi encontrada uma prevalência de TAS em 6 meses de 5,9% e em 1 mês de 4,5% (VICENTE et al., 2004).

No Brasil, Vorcaro et al. (2004), em estudo com 1037 sujeitos na cidade de Bambuí, no estado de Minas Gerais, utilizaram a CIDI de acordo com os critérios do DSM-III-R. Os autores verificaram a prevalência de TAS de 11,8% ao longo da vida e novamente confirmaram a observação de que as mulheres (13%) apresentam predomínio deste transtorno em relação aos homens (10%), muito

semelhante aos valores encontrados no nosso estudo. Entretanto, em um estudo anterior na cidade de São Paulo, Andrade et al. (2002), entrevistaram 1464 sujeitos com mais do que 18 anos, encontrando menores valores, mas ainda importantes em termos de saúde pública. Utilizando a CIDI de acordo com os critérios da CID-10, os autores relataram uma prevalência de 3,5% de TAS ao longo da vida, com predomínio no sexo feminino (4,1%) em relação ao sexo masculino (2,6%). Além das diversidades sociodemográficas entre as amostras estudadas, estas diferenças podem refletir uma menor sensibilidade da CID-10 em relação ao DSM-III-R e DSM-IV para a identificação do diagnóstico do TAS, o que também foi verificado na maioria dos trabalhos publicados.

Convém ressaltar que o CID-10 é reconhecidamente identificado como um sistema de classificação mais restritivo do que o DSM-III-R e o DSM-IV para o diagnóstico do TAS. Em relação à sintomatologia ansiosa o CID-10 especifica o tipo e o número de sintomas, enfatizando a importância de três sintomas físicos de ansiedade social (rubor facial, tremores, e náusea), enquanto que o DSM-III-R e o DSM-IV são mais genéricos, valorizando mais o prejuízo e as limitações causadas pelo medo social. Enquanto o CID-10 enfatiza no critério C “a presença de significativa angústia causada pelos sintomas ou pela evitação, e o reconhecimento pelo indivíduo que esta é excessiva ou irracional”, o DSM-IV no critério E afirma que “a esquiva, antecipação ansiosa ou sofrimento na situação social ou de desempenho temida interferem significativamente na rotina, funcionamento ocupacional (acadêmico), atividades sociais ou relacionamentos do indivíduo, ou existe sofrimento acentuado por ter a fobia” e no critério C estabelece que “a pessoa reconhece que o medo é irracional ou excessivo”.

Apesar disto, a influência dos critérios da CID-10 e do DSM sobre as prevalências ainda é controverso (FURMARK, 2002; PAKRIEV et al., 2000; ANDREWS et al., 2001). Por exemplo, Wacker et al. (1992) encontraram uma prevalência de 9,6% para o TAS com o CID-10 e de 16% com o DSM-III-R, numa mesma população adulta residente na cidade de Basel na Suíça. Neste estudo, em torno de 40% dos indivíduos com diagnóstico positivo para o TAS de acordo com o DSM-III-R, foram negativos para o CID-10; pois 57% destes não preenchem o critério C da CID-10 (“significativa angústia causada pelos sintomas ou pela evitação, e o reconhecimento pelo indivíduo que este é excessivo ou irracional”). Em contraste, apenas 3,7% dos indivíduos positivos pela CID-10 foram negativos para a DSM-III-R. Resultados semelhantes foram descritos em um estudo no meio rural em Udmurtia, na Rússia (PAKRIEV et al., 2000). Paradoxalmente, Andrews et al. (2001) na Austrália encontraram prevalências maiores para o TAS pela CID-10 (2,7%) do que pela DSM-IV (1,3%), mas possivelmente as prevalências foram subestimadas neste estudo. Apesar da resolução deste dilema entre os sistemas classificatórios ainda necessitar de novas investigações, podemos concluir que o DSM-III-R e o DSM-IV geralmente determinaram prevalências maiores para o TAS em estudos epidemiológicos, em relação ao CID-10.

Diferentemente da prevalência de TAS encontrada no presente trabalho, existem estudos que verificaram taxas bem menores, geralmente aqueles que utilizaram o DSM-III ou as versões da CID, com importantes diferenças metodológicas e culturais. Entre os estudos com menores taxas de prevalência, destaca-se o estudo populacional do ECA conduzido nos Estados Unidos, o qual

foi baseado no DSM-III. Neste estudo foi encontrada uma prevalência ao longo da vida para o TAS de 2,4%, com uma prevalência maior no sexo feminino (3,1%) do que no sexo masculino (2,0%) (SCHNEIR et al., 1992; REGIER et al., 1990). Em um estudo canadense publicado em 1988, utilizando a entrevista *Diagnostic Interview Schedule* (DIS), também baseada nos critérios do DSM-III, os autores avaliaram 3258 sujeitos tendo identificado uma prevalência de 1,7% para o TAS (BLAND et al., 1988). Esta porcentagem é menor do que as prevalências encontradas nos estudos posteriores neste mesmo país, conforme citado anteriormente. Na Europa, alguns trabalhos como o de Roca et al. (1999), utilizando o *General Health Questionnaire* (GHQ-28) e o *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN), ambos baseados na CID-10, encontraram baixa prevalência para o TAS (0,9%). Wittchen (2000) avaliou na Alemanha 4181 sujeitos, com uma faixa etária mais ampla (18 a 65 anos) encontrando uma prevalência de 2%. Mais recentemente, Carta et al. (2004), entrevistaram 1040 sujeitos, com uma versão simplificada da CIDI (CIDIS), na região italiana da Sardenha, tendo encontrado uma prevalência ao longo da vida para o TAS de 2,4%.

Assim como em alguns trabalhos europeus, as prevalências encontradas na totalidade dos estudos realizados na Ásia identificaram baixas prevalências para o TAS (HWU et al., 1989; LEE et al., 1990a; LEE et al. 1990b e ABOU-SALEH et al., 2001; MOHAMMADI et al., 2006; IANCU et al., 2006). As prevalências identificadas nestes trabalhos variaram de 0,4 a 4,5%, valores extremamente inferiores ao encontrado no presente estudo e em outros estudos mais recentes realizadas em países ocidentais. Isto sugere diferenças culturais na representação

mental de prejuízo social, bem como na dificuldade de adaptação dos instrumentos utilizados, uma vez que estes foram desenvolvidos em sua totalidade baseados em critérios sócio-culturais ocidentais.

Apenas dois trabalhos foram realizados na Oceania, sendo que em ambos também foram identificadas prevalências inferiores às encontradas no presente trabalho. O primeiro foi realizado na Nova Zelândia, no qual 1498 sujeitos foram avaliados por meio do *Diagnostic Interview Schedule* (DIS), utilizando o DSM-III como critério diagnóstico, tendo sido encontrada uma prevalência de 3% (WELLS et al., 1989). Na Austrália, um estudo utilizando a CIDI baseada no DSM-IV, entrevistou 10641 sujeitos, sendo que os autores encontraram prevalência de 2,7% (ANDREWS et al., 1999).

Prevalências mais baixas também foram encontradas em Porto Rico nos dois estudos realizados por Canino et al. (1987, 2004). No primeiro, foram avaliados 1551 sujeitos por meio da DIS, com os critérios da DSM-III e foi encontrada uma prevalência de 1,6%. Posteriormente, utilizando DISC-IV, os autores entrevistaram 1886 sujeitos entre 14 e 17 anos, encontrando uma prevalência de 2,5%.

Desde a introdução do TAS no DSM-III, os critérios diagnósticos têm sido alterados a cada nova edição, existindo diferenças também em relação à CID-9 e CID-10. Portanto, são identificadas diferenças quanto às situações temidas (incluindo as de desempenho), descrição de sintomas e prejuízo, critérios de exclusão e adaptação a adolescentes e crianças. Devido a estas variações podemos observar alterações na estrutura e conteúdo dos instrumentos

diagnósticos, os quais podem ter influenciado na diversidade dos resultados de prevalência encontrados nos diversos estudos, como descrito acima.

Características sociodemográficas

Gênero

Considerando-se os indivíduos quanto ao sexo e ao escore médio na SPIN, observamos que os sujeitos do sexo feminino apresentaram significativamente maiores escores do que os indivíduos do sexo masculino, evidenciando diferenças significativas entre estes dois grupos. Além disto, verificamos significativamente maiores prevalência de TAS nas mulheres (12,4%) do que nos sujeitos do sexo masculino (7,4%).

Estes dados estão de acordo com o que tem sido descrito na literatura, na qual as mulheres geralmente apresentam níveis de ansiedade maiores do que os homens, e apresentam maiores prevalências de transtornos de ansiedade, de forma geral, e de TAS de modo particular (DELL'OSSO et al., 2003; MERIKANGAS et al., 2002; FARAVELLI et al., 2000; FURMARK et al., 1999; WITTCHEN et al., 1999; DEGONDA; ANGST, 1993; WITTCHEN et al., 1996; LEPINE et al., 1994; BECKER et al., 2000)

É importante salientar que a população estudada foi predominantemente feminina (55,8%), como é próprio do conjunto de cursos superiores avaliados, e que o TAS é reconhecidamente mais freqüente nesta população (WITTCHEN; FEHM, 2003). Desta maneira, esta situação poderia implicar em uma redução na prevalência do TAS, a qual poderia ser um pouco menor se a amostra apresentasse um equilíbrio absoluto entre os sexos.

Em vários estudos têm-se evidenciado as diferenças entre os gêneros para o TAS (WITTCHEN; FEHM, 2003). Em uma revisão da literatura de Furmark (1999), foi descrito que razão de homens/mulheres para o TAS em amostras na comunidade é de aproximadamente 2:3. Este achado contrasta com o verificado em amostras clínicas onde esta diferença entre os sexos parece diminuir, ou até existe um predomínio de homens, em torno de 2:1 (BRUNELLO et al., 2000; WITTCHEN et al., 1999; LECRUBIER et al., 2000; LANG; STEIN, 2001; FURMARK, 2002; FARAVELLI et al., 1989; SAREEN; STEIN, 2000). Isto sugere que os homens sofrem maior prejuízo social do que as mulheres, e procuram mais ajuda para os sintomas (STEIN; BOWER, 1997). Dessa forma, podemos confirmar a hipótese de que as mulheres por encontrarem melhores meios de esquivar às situações sociais temidas, procuram tratamento com menos frequência. Além de refletir um prejuízo social mais marcante causado pelo transtorno em homens, aos quais a sociedade geralmente exige maior exposição e de relacionamentos sociais, tanto em nível ocupacional como de relacionamentos íntimos. Esta tendência de predomínio no sexo feminino é observada da mesma forma entre adultos (MERIKANGAS et al., 2002), e em adolescentes (ROMANO et al., 2001) bem como em diferentes países e culturas (VICENTE et al., 2004).

Em apenas um estudo (ABOU-SALEH et al., 2001), nos Emirados Árabes Unidos, foi encontrada uma prevalência na comunidade maior entre os homens (0,6%) do que em mulheres (0,3%), refletindo prováveis determinantes culturais. Isto deve ter ocorrido por ser desejável naquele país uma menor exposição social principalmente da mulher, sendo que a timidez é algo valorizado, diferentemente do que ocorre nos países ocidentais. Apesar disso, um recente estudo realizado

no Irã (MOHAMMADI et al., 2006), um outro país mulçumano do Oriente Médio, em que 25180 sujeitos foram entrevistados, foi encontrada prevalência maior em mulheres (1,3%) do que nos homens (0,4%).

A grande maioria das prevalências de TAS em mulheres mostram diferenças menos pronunciadas, do que para outros transtornos de ansiedade. No NCS, por exemplo, a razão homens/mulheres para o TAS foi de 1:1,4; comparada com 1:2,2 para agorafobia e 1:2,3 para fobias simples (MAGEE et al., 1996). As razões para diferença observada em relação ao gênero são desconhecidas e podem refletir viés de relato, influência clínica, diferenças no papel social e demandas de situações sociais, ou diferenças de gênero na vulnerabilidade para o medo e ansiedade. Entretanto, nenhuma destas razões parecem contemplar plenamente estas diferenças (FURMARK, 1999).

Idade de início

A idade média de início do TAS nos sujeitos identificados foi de 11,4 anos, dado semelhante ao que vem sendo descrito na literatura (WITTCHEN; FEHM, 2003). Este resultado, entretanto, deve ser analisado com cautela, uma vez que o diagnóstico foi feito retrospectivamente, sendo que a idade exata de início é difícil de ser averiguada em todos os casos. A idade média de início do TAS encontrada nos estudos antecedentes variaram de 10 anos (den BÔER, 2000) até 16 anos no NCS (MAGEE et al., 1996). Em todos os estudos epidemiológicos sobre TAS realizados até agora, a informação foi obtida de modo retrospectivo, solicitando que os respondentes refletissem sobre quando os sintomas se iniciaram. Muitas pessoas se lembram de uma situação específica, extremamente embaraçosa,

como falar em público na sala de aula, quando eles se deram conta de forma clara do problema. Entretanto, quando estimulados eles normalmente podem se lembrar de muitos sintomas que aconteceram mais cedo, como dificuldade de levantar a mão e responder perguntas na escola primária.

Este achado, portanto, está de acordo com a noção de que o TAS tem um início precoce, e daí a necessidade de uma abordagem terapêutica o quanto mais cedo, para evitar prejuízos e o surgimento de comorbidades, bem como o agravamento do quadro (den BÔER, 2000; SAREEN; STEIN, 2000; FARAVELLI et al., 2000; MERIKANGAS et al., 2002; WITTCHEN et al., 1999; LANG; STEIN., 2001; LECRUBIER et al., 2000; BRUNELLO et al., 2000; HIDALGO et al., 2001; BLANCO et al., 2001; PURDON et al., 2001; LIEBOWITZ et al., 1985a).

Atualmente existe um consenso entre clínicos e epidemiologistas de que o início do TAS ocorre tipicamente durante a infância e adolescência, sendo relativamente raro o início após este período, quando usualmente é secundário a um outro transtorno mental (WITTCHEN; FEHM, 2003). Esta precocidade de início do TAS é relatada como importante fator de incapacitação social, com grande prejuízo no desempenho acadêmico e diminuição nos anos de estudo, menores probabilidades de relacionamentos amorosos, maiores dificuldades de conseguir e manter empregos, e maior vulnerabilidade para depressão e abuso de substâncias (REGIER et al., 1990; LECRUBIER et al., 2000).

Tempo médio de doença e curso natural

O tempo médio do transtorno foi de 10,2 anos ($\pm 0,3$). Isto está de acordo com a noção de que o TAS tende a ser um distúrbio crônico com períodos de exacerbação dos sintomas. Assim, como avaliamos uma população de universitários com idade média de 21,4 anos ($\pm 3,2$), podemos afirmar que o tempo de doença encontrado está de acordo com o que tem sido descrito na literatura (MOUTIER; STEIN, 1999). Nos estudos prévios, a maioria das pessoas identificadas apresentava TAS há décadas e raramente melhoram espontaneamente (STEIN et al, 1998). Preditores de boa evolução incluem: início após os 11 anos; ausência de comorbidade psiquiátrica e nível mais alto de educação (BRUNELLO et al., 2000). Weiller et al. (1996) relataram em um estudo que por volta dos 26 anos de idade os sintomas tendem a serem mais graves, e o diagnóstico mais facilmente identificável.

Sabe-se que as prevalências de TAS são mais altas em adultos jovens (SCHNEIER et al., 1992; MAGEE et al., 1996) e que quando os indivíduos procuram auxílio profissional, isto ocorre por volta dos 25 anos de idade (LIEBOWITZ et al., 1992; STEIN et al., 1998). As prevalências relatadas em adultos tendem a diminuir com a idade, sendo que após os 65 anos as prevalências encontradas tendem a ser as mais baixas (SCHNEIER et al., 1992). Embora seja possível que as pessoas simplesmente superem o TAS na meia-idade, estes resultados podem ser determinados pelo isolamento social nos idosos (REICH, 2004). Assim, é possível que os idosos estejam habituados a padrões de evitação social e eles já não identificam isto como um problema. Mais estudos

epidemiológicos com idosos para clarificar esta questão parecem ser necessários e oportunos.

O TAS normalmente tem um curso crônico quando não tratado. Embora não existam dados empíricos que apoiem esta idéia, o diagnóstico e o tratamento precoce de ansiedade social é crucial para prevenir prejuízos durante a transição da adolescência para maioridade, quando muitas habilidades sociais vitais são adquiridas. Estudos sobre o tratamento de crianças e adolescentes proveria uma oportunidade excelente para testar esta suposição teórica.

Assim, a combinação do início precoce com o curso crônico, indica que o TAS é freqüentemente associado com muitas décadas de prejuízo social, incapacidades e comorbidades. Geralmente com curso crônico sem remissões, estes indivíduos apresentam tendência em permanecerem solteiros, com baixos níveis de realização educacional e um menor *status* sócio-econômico (ESSAU et al., 1999).

Uso de medicações

Em relação ao uso de medicações encontramos dados que alertam para uso aumentado pelos portadores de TAS. Entre os identificados como fóbicos sociais 23,2% faziam uso de medicações, já entre os não portadores apenas 15,8%. Atualmente existe substancial evidência na literatura que sugere que uma significativa proporção de pacientes com TAS se auto-medica e que este transtorno está associado com altas taxas de uso de serviços de saúde (LECRUBIER, 1998). Um importante fator, que não foi pesquisado neste estudo de forma sistemática, mas que possivelmente poderia justificar o uso aumentado

de medicações nesta população, é a alta prevalência de comorbidades psiquiátricas (SHNEIER et al., 1992), descrito em estudos comunitários e clínicos. Tem sido estimada que entre 50 e 80%, dos pacientes com TAS apresentam pelo menos mais um diagnóstico psiquiátrico (SHNEIER et al., 1992). Um estudo encontrou que 59% das pessoas com TAS tinham fobias simples, 49% transtorno de pânico com agorafobia, 19% com uso abusivo de álcool e 17% sofriam de depressão maior (SHNEIER et al., 1992). Em torno de 10 a 20% dos pacientes com transtornos de ansiedade sofriam de TAS, sendo o diagnóstico secundário mais comum entre estes. Em amostras clínicas, as comorbidades mais freqüentes são: depressão (50 a 90 %); distímia (20 a 50%); outros transtornos ansiosos, abuso e dependência de substâncias especialmente em homens (SHNEIER et al., 1992).

Sendo assim, existe a necessidade da identificação precoce de TAS antes que os quadros comórbidos se instalem. O TAS parece preceder as comorbidades associadas em 77% dos quadros, sugerindo que a presença do transtorno seria uma importante predisposição a um segundo transtorno psiquiátrico (SCHNEIER et al., 1992). Uma vez que a comorbidade está presente, o paciente tem maior probabilidade de procurar ajuda, mas por outro lado oferecerá maior dificuldade ao reconhecimento do TAS.

Outra possibilidade para justificar o maior uso de medicações pelos pacientes com TAS seria a comorbidade com condições médicas. Vários estudos têm demonstrado uma associação entre os transtornos ansiosos e a síndrome da hiper mobilidade articular (SHA) (BULBENA et al., 1988; GAGO, 1992; BULBENA et al., 1993; MARTÍN-SANTOS et al., 1998). Acredita-se que a SHA preceda o

transtorno de ansiedade, uma vez que a hipermobilidade articular (HA) costuma estar presente desde a infância e, na prática clínica, é muito difícil encontrar um paciente jovem com transtorno de ansiedade que não possua SHA, mas que venha apresentar posteriormente. Por outro lado, fica claro que nem todos os sujeitos com SHA irão apresentar critérios para um transtorno de ansiedade ao longo da vida (BULBENA et al., 1993).

O prolapso de valva mitral (PVM) é a anormalidade valvar cardíaca mais comum em países industrializados, afetando cerca de 3% ou mais da população adulta (DEVEREUX, 1995). Essa alteração valvar tem sido associada ao TP em ambas as direções (GORMAN et al., 1988; ALPERT et al., 1992; SIVARAMAKRISHNAN et al., 1994; KATERNDAHL, 1993), e possivelmente com o TAS (CHALEBY; ZIADY, 1988). Esses transtornos ansiosos e o PVM compartilham diversas características demográficas e queixas, como palpitações, fadiga, tontura e dispnéia, além de somatotipo astênico (ALPERT et al., 1992; SIVARAMAKRISHNAN et al., 1994; SCHUTTE et al., 1981; SAVAGE et al., 1983). O PVM, além da ligação com os transtornos de ansiedade, também parece se relacionar com a SHA. Assim, tanto a SHA ocorre mais comumente em pacientes com PVM, como o contrário, o PVM demonstrou ser mais comum em pacientes com SHA (GRAHAME et al., 1981; PITCHER; GRAHAME, 1982).

Dessa forma, é possível concluir que os indivíduos com TAS tenderiam a procurar com maior frequência os serviços de saúde, em busca de auxílio para problemas clínicos e psiquiátricos comórbidos, mas que freqüentemente não receberiam diagnóstico e tratamento específico para o TAS (LECRUBIER, 1998). Como exemplo, no presente estudo, apenas 2,5% (6) entre os indivíduos

diagnosticados como portadores de fobia social recebiam alguma medicação que poderia ser útil no tratamento do transtorno (benzodiazepínicos e/ou antidepressivo). Este dado está de acordo com vários estudos epidemiológicos que têm sugerido que o TAS é raramente tratado (LIEBOWITZ et al., 1985a). No estudo do NCS foi verificado que apesar do prejuízo nos relacionamentos sociais causado pelo transtorno, apenas 13 a 28% dos portadores haviam procurado ajuda profissional (KESSLER et al., 1994). A proporção de respondentes, que informaram ter recebido tratamento pelo menos uma vez, ficou em torno de 1% nos indivíduos sem interferência psicossocial e de até 11,4% entre os que informaram apresentar prejuízo psicossocial considerável. Wittchen et al. (1999) encontraram de forma semelhante, baixas taxas de tratamento entre os pacientes com TAS na Alemanha, onde todos os tipos de tratamento médico e psicoterápico estão disponíveis à quase toda população sem qualquer custo. Baixas taxas de tratamento foram encontradas para TAS não generalizado, a forma pura com 10,9% e a com comorbidade com 14,9%. Em oposição, o TAS generalizado na forma pura em torno de 27% e com comorbidade em torno de 43,5% recebiam algum tipo de tratamento. Aquele estudo também demonstrou que entre os indivíduos que recebiam tratamento, a maioria era atendida por psicólogos, psicoterapeutas e raramente por médicos do atendimento primário e psiquiatras. Este fato sugere que baixas taxas de tratamento para o TAS pudessem ser mais bem explicadas por uma baixa tendência dos pacientes com TAS para apresentar direta e abertamente os sintomas e desconfortos relacionados com o transtorno, além da pouca habilidade dos médicos do serviço primário em identificá-lo.

Diagnóstico prévio e reconhecimento do transtorno

De modo surpreendente, em nosso estudo apenas dois sujeitos (0,8%) haviam sido previamente diagnosticados. Wittchen et al. (1999), alertaram que mesmo em países desenvolvidos onde o acesso ao atendimento em saúde mental é praticamente universal, poucos indivíduos recebem o diagnóstico e tratamento específico para fobia social. Estes valores refletem e confirmam dados encontrados em estudos anteriores acerca do sub-diagnóstico do TAS, apesar deste ser altamente incapacitante e possuir tratamento específico. Igualmente, Sareen e Stein (2000) relatam a dificuldade de reconhecimento e demonstraram que a prevalência de TAS em uma amostra clínica aumenta nove vezes com o uso de entrevistas estruturadas, como a SCID. Os autores também destacaram que a identificação do TAS somente ocorre quando este é o motivo principal da consulta, mas que não seria detectada quando fosse um problema secundário.

Assim, nota-se que os profissionais necessitam de um melhor preparo visando à aquisição de habilidades adequadas para detecção precoce do TAS, uma vez que se sabe que os pacientes gostariam de receber tratamento para o problema, não importando se este era ou não razão principal para o atendimento (LECRUBIER et al., 2000). Os fatores relacionados com o sub-diagnóstico do TAS incluem: (i) o mascaramento desta condição pelas freqüentes comorbidades; (ii) a falha dos médicos generalistas em reconhecer o TAS; (iii) o embaraço de externar a condição inerente aos pacientes com TAS e, (iv) o desconhecimento por parte dos mesmos de que o desconforto intenso e o embaraço vivenciado em condições sociais é um transtorno psiquiátrico com terapêutica efetiva em muitos casos. Assim, o resultado do presente estudo confirma a idéia de que o TAS é um

quadro dificilmente reconhecido tanto pelos médicos quanto pelos pacientes (LECRUBIER, 1998; LYDIARD, 2001).

No presente estudo, isto é ainda mais alarmante pelo fato da variável gravidade apontar que 78% dos casos identificados apresentarem quadros moderados ou graves, com significativo prejuízo e sofrimento.

Atividade laboral

Em relação à atividade laboral 1831 sujeitos (78,1%), apenas estudavam e os demais mantinham, além do estudo, algum tipo de vínculo empregatício (N=489; 21,1%). Entretanto, apesar de não ter havido diferença significativa, entre os indivíduos portadores somente 18,5% trabalhavam, fato que sugere menor habilidade para conseguir ou manter o emprego nesta população, causando prejuízos importantes no futuro.

Vários estudos relatam que o TAS está associado à diminuição da produtividade, baixo desempenho, instabilidade no emprego, maior número de horas perdidas de trabalho e maior número de ausências e demissões (REILLY et al., 1993; WITTCHEN et al., 2000; WITTCHEN; BELOCH, 1996; LIEBOWITZ et al., 1985a; MAGEE et al., 1996; MONTGOMERY, 1999). Assim sendo, alguns estudos confirmam maior desemprego entre os portadores, além de ocuparem setores menos produtivos da população (WITTCHEN; BELOCH, 1996). Por exemplo, Liebowitz et al. (1985a) verificaram que 70% dos indivíduos com TAS encontram-se na metade mais baixa da população em termos de atividade produtiva. Existem relatos de que estes evitariam a progressão na carreira permanecendo em empregos isolados, possivelmente com remunerações inferiores. De forma

semelhante, Schneier et al. (1994), apontaram que pacientes com TAS também relatavam grande desconforto no trabalho, bem como dificuldades de relacionamento e poucos recursos para manter o emprego.

Em relação à universidade, ressaltamos que 35,2% dos alunos da instituição particular exerciam alguma atividade laboral contra apenas 3,5% dos alunos da universidade pública. Isto ocorreu apesar das prevalências de TAS serem muito semelhantes entre as instituições, o que sugere outros determinantes. É descrito na literatura que alguns indivíduos são capazes de adaptar-se à sua condição e parecem trabalhar normalmente. Não foi possível quantificar as perdas nestes casos, apesar de acreditarmos que estas devam ocorrer.

Gravidade

Em relação à gravidade verificamos que a maioria dos sujeitos portadores do transtorno foi classificada como grau moderado (N=151 ou 63,7%), seguido por leve (N=21 ou 8,9%) e grave (N=34 ou 14,3%). Podemos observar que apesar dos prejuízos e incapacidades sociais evidentes nos quadros moderados e graves, identificado pelo SCID, os sujeitos não tinham conhecimento e acesso ao tratamento específico, mesmo estes sendo universitários. Isto parece evidenciar a necessidade de maior conscientização pública sobre o quadro clínico e possibilidade de tratamento eficiente.

Verificamos que os escores médios dos fatores “sintomas fisiológicos” e “medo de ser observado” na escala SPIN apresentaram diferenças significativas entre a forma grave de TAS em relação à leve e moderada. Isto sugere que a

gravidade do transtorno parece estar relacionada com os sintomas físicos e com o medo de ser observado. Este achado direciona a uma maior valorização destes sintomas como reflexos de um possível sofrimento psíquico e social mais intenso, devendo ser observados em classificações diagnósticas futuras.

Subtipo

Neste trabalho, para tornar os critérios operacionais, consideramos generalizado, o quadro de temor de três ou mais situações sociais. Encontramos um equilíbrio entre os subtipos generalizado e circunscrito, 48,1% e 51,9% respectivamente. Manuza et al. (1995), em uma amostra de 129 pacientes com fobia social, identificou 62 (48,1%) com o subtipo generalizado, de forma semelhante ao presente estudo não existiram diferenças significativas.

Não existem estudos epidemiológicos em larga escala que avaliaram de forma sistemática as prevalências de cada subtipo. Em amostras clínicas existe um predomínio do subtipo generalizado, mas isto se deve provavelmente ao seu maior prejuízo, maior associação com comorbidades e ao início mais precoce.

Em nosso estudo não foi encontrada diferença significativa em relação à idade de início, entre os dois grupos, contudo devemos destacar que se tratou de uma amostra não clínica (LIEBOWITZ et al., 1992; WITTCHEN; BELOCH, 1996). Também é importante lembrar que o subtipo generalizado foi introduzido pela primeira vez no DSM-III-R em 1987, definido como medo da maioria das situações sociais. Nenhuma orientação adicional ou critérios mais específicos foram providenciados, e a noção de “maioria das situações sociais” é muito difícil para ser operacionalizado até o momento atual. Além disso, vale ressaltar que o

instrumento de rastreamento utilizado (MINI-SPIN) foi inicialmente desenvolvido para diagnóstico de TAS generalizado, o que limita a interpretação destes resultados em relação aos subtipos.

Tipos de medos sociais

Em concordância com o que tem sido relatado na literatura, no presente estudo o medo de falar em público foi descrito como o mais prevalente, tanto nos casos como nos não-casos. Este achado é confirmado por vários estudos, que encontraram que o medo de falar em público é o sintoma mais prevalente nos sujeitos com o TAS, em todas as faixas etárias, incluindo crianças (BEIDEL, 1991; STRAUSS; LAST, 1993) e em amostra compostas por indivíduos sem transtornos psiquiátricos (ESSAU et al., 1999). No estudo do NCS dois terços dos respondentes que preenchiem os critérios de fobia social, possuíam medo de falar em público (KESSLER et al., 1998).

Verificamos também que em todas as situações sociais avaliadas por meio da SPIN, os sujeitos com TAS apresentaram significativamente maior prevalência do que os indivíduos sem o transtorno. Deve-se ressaltar que o TAS interfere de forma negativa em todas as formas de interação humana, afastando as pessoas com o transtorno dos relacionamentos sociais em todas as esferas.

Desempenho acadêmico e escolha da Universidade

Ao contrário do se esperava, o TAS não exerceu nenhum papel sobre a opção do curso e o acesso à Universidade. Verificou-se que não ocorreram diferenças significativas em relação às prevalências de TAS quanto à instituição pública e privada. Entretanto, o TAS influenciou o desempenho acadêmico nos indivíduos do sexo feminino, pois estas apresentaram menores médias ponderadas das notas do que as estudantes sem o transtorno.

Devido ao seu início precoce e possíveis prejuízos em atividades como seminários e apresentações, é esperado que o TAS fosse associado a maiores dificuldades acadêmicas. Portanto, este achado está de acordo com o que tem sido descrito na literatura, pois alguns trabalhos encontraram que os pacientes têm mais ausências e história de repetência mais freqüente (DAVIDSON et al., 1993; LAST et al., 1997). Do mesmo modo, em estudos epidemiológicos o TAS é consistentemente associado a um menor nível de aquisição educacional (SCHNEIER et al., 1992; MAGEE et al., 1996) e a gravidade dos sintomas de TAS está associada a probabilidade diminuída de concluir a faculdade. A cada aumento de dez pontos na *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LIEBOWITZ et al., 1992), uma escala extensamente usada para avaliação da gravidade dos sintomas, ocorreria uma diminuição de 1,8% na possibilidade de conclusão da faculdade (KATZELNICK et al., 1995). Em adição, podemos afirmar que indiretamente a produtividade no trabalho pode ser afetada por uma menor aquisição educacional.

Por outro lado, os homens com TAS demonstraram maiores notas do que os sujeitos sem o transtorno, embora não tenham sido encontradas diferenças significativas. Uma possível explicação para este achado contrastante, seria o fato

de que nos estudantes do sexo feminino a ansiedade está inversamente associada com piores avaliações, pois as mulheres parecem ser mais preocupadas com a avaliação dos outros, atribuindo o desempenho a fatores externos. Porém, em alguns sujeitos do sexo masculino, a ansiedade da avaliação negativa pode inclusive resultar em melhor desempenho, sendo um pré-requisito necessário para o sucesso nos exames (DE SAINTONGE, DUNN, 2001; BARTAL, FRIEZE, 1977).

Alternativamente, pela própria natureza do transtorno e maior exigências de desempenho social sobre os sujeitos do sexo masculino, estes se esquivariam e participariam menos de atividades extra-curriculares e sociais no *campus* (festas, atividades de lazer e esportivas, etc.). Assim, estes indivíduos teriam mais tempo para estudos e, de certa forma, “compensar” os prejuízos no desempenho acadêmico. Assim, um possível prejuízo se refletiria em menor média ponderada na nota apenas nas mulheres, cujo comportamento ‘tímido’ e com menor interação social é mais naturalmente aceito, particularmente entre universitários.

As provas e trabalhos escritos nas duas universidades pesquisadas predominam sobre outros tipos de avaliação, como seminários e apresentações orais. Talvez em instituições cujo processo de ensino e avaliação contempla mais participação e interação; como por exemplo, com o método *Problem Based Learning* (PBL), o prejuízo possa ficar mais evidente, independentemente do gênero, levando a um menor desempenho acadêmico avaliado na nota.

O TAS apresentou-se como quadro crônico onde apenas um sujeito referiu remissão neste estudo. Entretanto, o instrumento de rastreamento utilizado, a escala SPIN, avalia a presença atual de sintomas.

Salientamos a necessidade de esforços no sentido de melhorar a formação dos profissionais da saúde, a fim de sensibilizar e melhorar o conhecimento destes a respeito do transtorno. Somente assim, poderemos promover uma intervenção mais precoce, evitando o aparecimento de complicações como comorbidades (dependência ao álcool e outras drogas, depressão e outros transtornos de ansiedade) e prejuízos sociais (pior desempenho escolar, dificuldades em conseguir e manter emprego, dificuldades em serem promovidos no serviço, dificuldades em relacionamentos amorosos, níveis de salário menores, entre outros).

No presente estudo, não foi avaliada de forma sistemática a presença de comorbidades, limitação que impede uma discussão mais aprofundada a respeito dos prejuízos e conseqüências do TAS. Sabemos que as comorbidades são importantes fatores que podem confundir e impedir o clínico e o paciente de reconhecer e iniciar um tratamento específico para o TAS (SHNEIER et al., 1992). Ressaltamos a necessidade de trabalhos longitudinais que explorem a presença, o curso e as conseqüências das comorbidades sobre o TAS.

Comparabilidade das entrevistas por telefone e 'ao vivo' no diagnóstico de TAS

Obtivemos percentual de casos positivos muito semelhantes na aplicação da SCID através do telefone e 'ao vivo'. Dessa forma, verificamos a comparabilidade entre as duas formas de aplicação.

Porém, estes dados contrastam com os resultados do estudo realizado por Cacciola et al. (1999) no qual a SCID baseada no DSM-III-R foi duas vezes

aplicada, uma vez através de telefone e outra pessoalmente (uma semana depois), em 41 sujeitos do sexo masculino, mostrando baixo índices de confiabilidade para fobia social ($K=0,29$). Esta discrepância poderia estar relacionada à prevalência baixa encontrada naquele estudo (SHROUT et al., 1987). Além disso, ao contrário do presente estudo, Cacciola et al. (1999) avaliaram uma amostra heterogênea composta por sujeitos do sexo masculino, e há alguma indicação de que os homens mostram maiores discrepâncias do que as mulheres nas entrevistas 'ao vivo' e pelo telefone (JOHNSON et al., 1991).

Embora as taxa de prevalência para diagnóstico para o TAS pela SCID administrada por telefone (56%) e 'ao vivo' (52%), sejam bem parecidas, observamos uma sensibilidade discretamente maior para a primeira forma de aplicação. Isto pode ser devido ao relativo anonimato associado com o método de entrevista por telefone. Isto é consistente com estudos prévios que mostraram que transtornos de ansiedade foram diagnosticados mais freqüentemente através de telefone do que 'ao vivo' (ROHDE et al., 1997; PAULSEN et al., 1988). Alternativamente, esta diferença sutil também pode ser relacionada ao fato de que normalmente uma menor quantidade de sintomas que são informados na segunda entrevista (WITTCHEN et al., 1989). Como a ordem das duas avaliações não foi contrabalançada no presente estudo, nós não pudemos concluir se esta diferença foi devido ao formato das avaliações ou devido a ordem das entrevistas.

O índice de confiabilidade ($K=0,84$) obtido com esta versão da SCID-P para TAS no presente estudo, é superior ao encontrado na literatura, com coeficientes de Kappa variando entre 0,70 e 0,60 (WILLIAMS et al., 1992; SKRE et al., 1991). Porém, a comparabilidade com diferentes estudos deve ser considerada com

precaução, uma vez que a confiabilidade de entrevistas estruturadas é influenciada por muitas fontes de discrepância, como por exemplo, características do entrevistador, e diferenças no método e amostra. Como relatado anteriormente, a concordância é geralmente mais alta quando um único diagnóstico é avaliado, como no caso do presente estudo, ao invés da avaliação de vários diagnósticos, fato comum aos estudos anteriores.

6. CONCLUSÃO

No presente estudo a avaliação por telefone através da SCID, parece ser um método seguro para diagnosticar TAS. Este achado, junto com a evidente validade, deveria encorajar o uso da SCID através do telefone para entrevistas diagnósticas para o TAS, particularmente quando avaliações 'ao vivo' forem impraticáveis. De fato, a identificação de pacientes com TAS deveria aumentar a porcentagem dos que recebem tratamento apropriado para este transtorno. Existe a necessidade de estudos adicionais para determinar se os resultados encontrados poderiam ser generalizados a outras situações de pesquisa ou populações de paciente.

O TAS foi identificado como uma condição com prevalência elevada em estudantes universitários, mais comum em mulheres, com um início precoce, curso crônico e sem remissões espontâneas. Da mesma forma, demonstrou ser um transtorno subreconhecido, subdiagnosticado, associado a pior desempenho acadêmico nas mulheres e raramente submetido a tratamento.

Pacientes com TAS freqüentemente consideram suas dificuldades relacionadas à ansiedade social como parte de sua estrutura de personalidade. Portanto, eles podem não procurar ajuda por acreditarem incorretamente que o tratamento não é necessário para esta condição.

Reconhecimento, diagnóstico e tratamento precoce do TAS podem melhorar a evolução e reduzir seus prejuízos sociais. Sendo assim, estratégias que objetivam uma detecção precoce em adolescentes, possivelmente diminuiriam os custos individuais e sociais do transtorno.

Conclui-se que uma maior consciência pública do impacto do TAS e da disponibilidade de recursos terapêuticos poderá conduzir a uma maior disposição dos pacientes para buscar auxílio, bem como facilitar a sua identificação e tratamento por parte dos clínicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abou-Saleh MT, Ghubash R, Daradkeh TK. Al Ain community psychiatric survey. I. Prevalence and sócio-demographic correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001;36:20-28.
2. Alpert MA, Sabeti M, Kushner MG, Beitman BD, Russell JL, Thiele JR, Mujerji V: Frequency of isolated panic attacks and panic disorder in patients with the mitral valve prolapse syndrome. *Am J Cardiol.* 1992; 69:1489–1490.
3. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.3a ed.* Washingtonn, DC: American Psychiatric Association; 1980.
4. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.3a 3ed.* Washingtonn, DC: American Psychiatric Association; 1987.
5. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3a ed.* Washingtonn, DC: American Psychiatric Association; 1994.
6. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R . Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brasil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002; 37: 316-325.
7. Andrews G, Hall W, Teesson M et al. The mental health of Australians. National survey of mental health and wellbeing report. 2. Mental health branch. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care; 1999.

8. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry*. 2001;178:145-53.
9. Bar-Tal D, Frieze HI. Achievement motivation for males and females as a determinant of attribution for success and failure. *Sex Roles* 1977;3:301–203.
10. Bailey JW, Cohen LS. Prevalence of mood and anxiety disorders in women who seek treatment for premenstrual syndrome. *J Womens Health Gen Based Med*. 1999; 8(9):1181-4.
11. Barros Neto TP. Fobia social: perfil clínico, comorbidade e diagnóstico diferencial. *Rev Psiq Clín*. 2000; 27(6): 309-315.
12. Beck AT. Cognitive therapy: past, present, and future. *J Consult Clin Psychol*. 1993 ;61(2):194-8.
13. Becker ES, Türke V, Neumer S et al. Incidence and prevalence rates of mental disorders in a community sample of young women: results of the Dresden Study1. In: Manz R, Kirch W, eds. *Public health research and practice. Report of the Public Health Research Association Dresden: Eigendruck*. 2000:259–291.
14. Beidel DC, Borden JW, Turner SM, Jacob RG. The Social Phobia and Anxiety Inventory: concurrent validity with a clinic sample. *Behav Res Ther*. 1989;27(5):573-6.
15. Beidel DC. Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991;30(4):545-52.

16. Blanco C, Nissenson K, Liebowitz MR. Social anxiety disorder: recent findings in the areas of epidemiology, etiology, and treatment. *Curr Psychiatry Rep.* 2001; 3(4): 273-80.
17. Bland RC, Orn H, Newman SC. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand.* 1988;338 (Suppl.):S24–S32.
18. Boyle MH, Offord DR, Campbell D et al. Mental health supplement to the Ontario Health Survey: methodology. *Can J Psychiatry.* 1996;41:549–558.
19. Brunello N, den Boer JA, Judd LL, Kasper S, Kelsey JE, Lader M, Lecrubier Y, Lepine JP, Lydiard RB, Mendlewicz J, Montgomery SA, Racagni G, Stein MB, Wittchen HU. Social phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *J Affect Disord.* 2000; 60(1): 61-74.
20. Bulbena A, Duró JC, Mateo A, Porta M, Vallejo J: Joint hypermobility syndrome and anxiety disorders (letter). *Lancet.* 1988; 2:694.
21. Bulbena A, Duró JC, Porta M, Martín-Santos R, Mateo A, Molina L, Vallescar R, Vallejo J: Anxiety disorder in the joint hypermobility syndrome. *Psychiatr Res.* 1993; 43:59–68.
22. Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, McKay JR, May DJ. Comparability of telephone and In-person structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) diagnoses. *Assessment* 1999; 6(3): 235-42.
23. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R, Chavez L, Alegria M, Bauermeister JJ, Hohmann A, Ribera J, Garcia P,

- Martinez-Taboas A. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61(1): 85-93.
24. Canino GJ, Bird HR, Shrout PE et al. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44:727-735.
25. Cannon WB. The James-Lange theory of emotions: a critical examination and an Alternative theory. By Walter B. Cannon, 1927. *Am J Psychol*. 1987 ;100(3-4):567-86.
26. Carta MG, Hardoy MC, Cadeddu M, Carpiniello B, Dell'Osso L, Reda MA, Wittchen HU. Social Phobia in an Italian region: do Italian studies show lower frequencies than community surveys conducted in other European countries? *BMC Psychiatry*. 2004; 15;4(1):31.
27. Chaleby K, Ziady G. Mitral valve prolapse and social phobia. *Br J Psychiatry*. 1988;152:280-1.
28. Connor KM, Kobak KA, Churchill LE, Katzelnick D, Davidson JR. Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depress Anxiety*. 2001;14(2):137-40.
29. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60(8): 837-44.
30. Davidson JR, Hughes DC, George LK, Blazer DG. The boundary of social phobia. Exploring the threshold. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(12):975-83.

31. Davidson JR, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med.* 1993;23(3):709-18.
32. Davidson JR, Miner CM, De Veugh-Geiss J, Tupler LA, Colket JT, Potts NL. The Brief Social Phobia Scale: a psychometric evaluation. *Psychol Med.* 1997;27(1):161-6.
33. Devereux RB: Recent developments in the diagnosis and management of mitral valve prolapse. *Curr Opin Cardiol.* 1995: 10:107–116.
34. den Boër JA. Social anxiety disorder/social phobia: epidemiology, diagnosis, neurobiology and treatment. *Comprehensive Psychiatry.* 2000: 41:405-415.
35. Degonda M, Angst J. The Zurich study: XX. Social phobia and agoraphobia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1993;243:95–102.
36. Dell'Osso L, Rucci P, Ducci F, Ciapparelli A, Vivarelli L, Carlini M, Ramacciotti C, Cassano GB. Social anxiety spectrum. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2003: 253(6): 286-91.
37. Errera PP. Some historical aspects of the concept of phobia. *Psychiatry Quarterly;* 1962: 52-8.
38. Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behav Res Ther.* 1999: 37(9): 831-43.
39. Fahlen T. Personality traits in social phobia, I: Comparisons with healthy controls. *J Clin Psychiatry.* 1995: 56(12): 560-8.

40. Fahlen T. Personality traits in social phobia, II: Changes during drug treatment. *J Clin Psychiatry*. 1995; 56(12): 569-73.
41. Falcone, E. Ansiedade social normal e ansiedade fóbica – limites e fundamentos etiológicos. *Rev Psiq Clin*. 2000; 27(6): 301-308.
42. Faravelli C, Guerrini Degl'Innocenti B, Giardinelli L. Epidemiology of anxiety disorders in Florence. *Acta Psychiatr Scand*. 1989; 79: 308–312.
43. 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*. 2000; 15(1): 17-24.
44. First MB et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Clinician Version (SCID-CV). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997.
45. Furmark T, Tillfors M, Everz P, Marteinsdottir I, Gefvert O, Fredrikson M. Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999; 34(8): 416-24.
46. Furmark T, Tillfors M, Stattin H, Ekselius L, Fredrikson M. Social phobia subtypes in the general population revealed by cluster analysis. *Psychol Med*. 2000; 30(6): 1335-44.
47. Furmark T. Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 105(2): 84-93.

48. Furmark, T. Social Phobia – from epidemiology to brain function. Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy in Psychology presented at Uppsala University, 2000.
49. Fleiss, J.L.. Statistical Methods for Rates and Proportions (2nd ed). New York: John Wiley & Sons, 1981.
50. Gago J: Estudio de prevalencias y asociación de laxitud articular y trastornos ansioso-fóbicos en el medio rural (MD thesis). Barcelona, University Autonoma Barcelona, 1992.
51. Gorman JM, Goetz RR, Fyer M, King DL, Fyer AJ, Liebowitz M, Klein DF: The mitral valve prolapse-panic disorder connection. *Psychosom Med.* 1988; 50: 114–122.
52. Grahame R, Edwards JC, Pitcher D, Gabell A, Harvey W: A clinical and echocardiographic study of patients with hypermobility syndrome. *Ann Rheum Dis.* 1981; 40: 541–546.
53. Grant BF, Hasin DS, Blanco C, Stinson FS, Chou SP, Goldstein RB, Dawson DA, Smith S, Saha TD, Huang B. The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2005; 66(11): 1351-61.
54. Gretarsdottir E, Woodruff-Borden J, Meeks S, Depp CA. Social anxiety in older adults: phenomenology, prevalence, and measurement. *Behav Res Ther.* 2003; 42(4): 459-75.
55. Hayashi, S; Perales, A; Sogi, C; Warthon, D; Lanos, R; Novara, J. Prevalência de vida de transtornos mentales em Independência(Lima-

- Peru)/Lifetime prevalence of mental disorders in Independência, Peru. *Na Salud Ment.* 1985: 1(1/2): 206-22.
56. Heimberg RG, Liebowitz MR. Issues in the design of trials for the evaluation of psychosocial treatments for social phobia. *Int Clin Psychopharmacol.* 1996 : 11(3):55-64.
57. Hidalgo RB, Barnett SD, Davidson JR. Social anxiety disorder in review: two decades of progress. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2001: 4(3): 279-98.
58. Hishinuma ES, Miyamoto RH, Nishimura ST, Goebert DA, Yuen NY, Makini GK Jr, Andrade NN, Johnson RC, Carlton BS. Prediction of anxiety disorders using the state-trait anxiety inventory for multiethnic adolescents. *J Anxiety Disord.* 2001: 15(6): 511-33.
59. Hofmann SG, Moscovitch DA, Kim HJ. Autonomic correlates of social anxiety and embarrassment in shy and non-shy individuals. *Int J Psychophysiol.* 2005 ; 7 .
60. Holt CS, Heimberg RG, Hope DA. Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *J Abnorm Psychol.* 1992 : 101(2): 318-25.
61. Horwath E, Lish JD, Johnson J, Hornig CD, Weissman MM. Agoraphobia without panic: clinical reappraisal of an epidemiologic finding. *Am J Psychiatry.* 1993: 150(10): 1496-501.
62. Hwu HG, Yeh EK, Chang LY. Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatr Scand.* 1989: 79: 136–147.

63. Iancu I, Levin J, Hermesh H, Dannon P, Porch A, Ben-Yehuda Y, Kaplan Z, Marom S, Kotler M. Social phobia symptoms: prevalence, sociodemographic correlates, and overlap with specific phobia symptoms. *Comprehensive psychiatry* 2006;47: 399-405.
64. Johnson TP, Hougland JG, Moore RW. Sex differences in reporting sensitive behavior: a comparison of interview methods. *Sex Roles* 1991; 24: 669–680.
65. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. Biological bases of childhood shyness. *Science*. 1988; 240(4849): 167-71.
66. Katzelnick DJ, Kobak KA, DeLeire T, Henk HJ, Greist JH, Davidson JR, Schneier FR, Stein MB, Helstad CP. Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(12):1999-2007.
67. Katzelnick DJ, Kobak KA, Greist JH, Jefferson JW, Mantle JM, Serlin RC. Sertraline for social phobia: a double-blind, placebo-controlled crossover study. *Am J Psychiatry*. 1995; 152(9): 1368-71.
68. Katerndahl DA: Panic and prolapse: meta-analysis. *J Nerv Ment Dis*. 1993; 181: 539–544
69. Kerr M, Dunstan F, Thapar A. Attitudes of general practitioners to caring for people with learning disability. *Br J Gen Pract*. 1996; 46(403):92-4.
70. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51: 8–19.

71. Kessler RC, Stein MB, Berglund P. Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*. 1998; 155(5):613-9.
72. Lang AJ, Stein MB. Social phobia: prevalence and diagnostic threshold. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(1): 5-10.
73. Last CG, Hansen C, Franco N. Anxious children in adulthood: a prospective study of adjustment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(5): 645-52.
74. Lecrubier Y, Weiller E. Comorbidities in social phobia. *Int Clin Psychopharmacol*. 1997 ; 12(6):17-21.
75. Lecrubier Y. Comorbidity in social anxiety disorder: impact on disease burden and management. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59(17): 33-8.
76. Lecrubier Y, Wittchen HU, Faravelli C, Bobes J, Patel A, Knapp M.A European perspective on social anxiety disorder. *Eur Psychiatry*. 2000; 15(1): 5-16.
77. Lee CK, Kwak YS, Yamamoto J et al. Psychiatric epidemiology in Korea. Part I. Gender and age differences in Seoul. *J Nerv Ment Dis*. 1990a; 178: 242–246.
78. Lee CK, Kwak YS, Yamamoto J et al. Psychiatric epidemiology in Korea. Part II. Urban and rural differences. *J Nerv Ment Dis*. 1990b; 78: 247–252.
79. Lee S, Lee MT, Kwok K. A community-based telephone survey of social anxiety disorder in Hong Kong. *J Affect Disord*. 2005; 88(2): 183-6.

80. Lépine JP, Lellouch J. Classification and epidemiology of anxiety disorders. In: Darcourt G, Mendlewicz J, Racagni G, Brunello N, eds. Current therapeutic approaches to panic and other anxiety disorders; 1994: 4: 1–14.
81. Lépine JP, Lellouch J. Diagnosis and epidemiology of agoraphobia and social phobia. *Clin Neuropharmacol*. 1995; 18 (2): 15–26.
82. Lepine JP. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63(14): 4-8.
83. Liebowitz MR, DeMartinis NA, Weihs K, Londborg PD, Smith WT, Chung H, Fayyad R, Clary CM. Efficacy of sertraline in severe generalized social anxiety disorder: results of a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64(7): 785-92.
84. Liebowitz MR, Fyer AJ, Gorman JM, Campeas R, Levin A. Phenelzine in social phobia. *J Clin Psychopharmacol*. 1986; 6(2): 93-8.
85. Liebowitz MR, Fyer AJ, Gorman JM, Dillon D, Davies S, Stein JM, Cohen BS, Klein DF. Specificity of lactate infusions in social phobia versus panic disorders. *Am J Psychiatry*. 1985b; 142(8): 947-50.
86. Liebowitz MR, Gelenberg AJ, Munjack D. Venlafaxine extended release vs placebo and paroxetine in social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(2): 190-8.
87. Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ, Klein DF. Social phobia. Review of a neglected anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1985a; 42(7): 729-36.

88. Liebowitz MR, Heimberg RG, Fresco DM, Travers J, Stein MB. Social phobia or social anxiety disorder: what's in a name? *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57(2): 191-2.
89. Liebowitz MR, Schneier F, Campeas R, Hollander E, Hatterer J, Fyer A, Gorman J, Papp L, Davies S, Gully R, et al. Phenzelzine vs atenolol in social phobia. A placebo-controlled comparison. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49(4): 290-300.
90. Lindal E, Stefansson JG. The lifetime prevalence of anxiety disorders in Iceland as estimated by the US National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatr Scand*. 1993; 88: 29–34.
91. Lipsitz JD, Schneier FR. Social phobia. Epidemiology and cost of illness. *Pharmacoeconomics*. 2000; 18(1): 23-32.
92. Leary MR, Kowalski RM. The Interaction Anxiousness Scale: construct and criterion-related validity. *J Pers Assess*. 1993 ; 61(1): 136-46.
93. Lydiard RB. Social anxiety disorder: comorbidity and its implications. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62(1): 17-23.
94. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen H-U et al. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1996; 53: 159–168.
95. Martín-Santos R, Bulbena A, Porta M, Gago J, Molina L, Duro JC: Association between the joint hypermobility syndrome and panic disorder. *Am J Psychiatry* .1998; 155: 1578–1583.

96. Mannuzza S, Schneier FR, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein DF, Fyer AJ. Generalized social phobia. Reliability and validity. *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52(3): 230-7.
97. Marks IM, Gelder MG. Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*. 1966; 123:218-21.
98. Martín-Santos R, Crippa JAS. Transtornos de ansiedad en atención primaria. In: SOLÁ, V.P. (org). *Abordaje de los problemas de salud mental en el ámbito extrahospitalario*. Barcelona: Profármaco. 2003: 17-31.
99. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaziola S, Bijl R, Borges G, Caraveo-Anduaga JJ, DeWit DJ, Kolody B, Vega WA, Wittchen HU, Kessler RC. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav*. 1998; 23(6): 893-907.
100. Merikangas KR, Risch NJ, Weissman MM. Comorbidity and co-transmission of alcoholism, anxiety and depression. *Psychol Med*. 1994; 24(1): 69-80.
101. Merikangas KR, Avenevoli S, Acharyya S, Zhang H, Angst J. The spectrum of social phobia in the Zurich cohort study of young adults. *Biol Psychiatry*. 2002; 1; 51(1): 81-91.
102. Moutier CY, Stein MB. The history, epidemiology, and differential diagnosis of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 1999; 60(9): 4-8.

103. Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Mohammadi M, Mesgarpour B. Prevalence of social phobia and its comorbidity with psychiatric disorders in Iran. *Depress Anxiety*. 2006;23(7):405-11.
104. Neufeld KJ, Swartz KL, Bienvenu OJ, Eaton WW, Cai G. Incidence of DIS/DSM-IV social phobia in adults. *Acta Psychiatr Scand*. 1999; 100(3): 186-92.
105. Osório FL, Graeff F, Busato G, De Pinho M, Mazza M, Crippa JAS, Chaves M, Loureiro SR. Inventário de Fobia Social (SPIN): validação para o Brasil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004; v. 26 (supl II), 6.
106. Oberlander EL, Schneier FR, Liebowitz MR. Physical disability and social phobia. *J Clin Psychopharmacol*. 1994; 14(2): 136-43.
107. Paulsen AS, Crowe RR, Noyes R, Pfohl B. Reliability of the telephone interview in diagnosing anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45(1): 62-3.
108. Pakriev S, Vasar V, Aluoja A, Shlik J. Prevalence of social phobia in the rural population of Udmurtia. *Nordic J Psychiatry* 2000;54:109-112.
109. Pelissolo A, Andre C, Moutard-Martin F, Wittchen HU, Lepine JP. Social phobia in the community: relationship between diagnostic threshold and prevalence. *Eur Psychiatry*. 2000; 15(1): 25-8.
110. Pitcher D, Grahame R: Mitral valve prolapse and joint hypermobility: evidence for a systemic connective tissue abnormality? *Ann Rheum Dis*. 1982; 41: 352–354.

111. Pollard CA, Henderson JG. Four types of social phobia in a community sample. *J Nerv Ment Dis.* 1988; 176: 440–445.
112. Purdon C, Antony M, Monteiro S, Swinson RP. Social anxiety in college students. *J Anxiety Disord.* 2001; 15(3): 203-15.
113. Raj BA, Sheehan DV. Social anxiety disorder. *Med Clin North Am.* 2001; 85(3): 711-33.
114. Regier DA, Farmer ME, Rae DS et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA.* 1990; 264: 2511–2518.
115. Reich J. Diagnostic stability of personality disorders. *Am J Psychiatry.* 2004 ; 161(5): 926-7.
116. Roca M, Gili M, Ferrer V, Bernardo M, Montaña JJ, Salva JJ, Flores I, Leal S. Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999; 34: 410-415.
117. Rocha FL, Vorcaro CM, Uchoa E, Lima-Costa MF. Comparing the prevalence rates of social phobia in a community according to ICD-10 and DSM-III-R. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005; 27(3): 222-4.
118. Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Comparability of telephone and face-to-face interviews in assessing axis I and II disorders. *Am J Psychiatry.* 1997; 154(11): 1593-8.

119. Romano E, Tremblay RE, Vitaro F, Zoccolillo M, Pagani L. Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment: findings from an adolescent community sample. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001; 42(4): 451-61.
120. Savage D, Garrison RJ, Devereux RB, Castelli WP, Anderson SJ, Levy D, McNamara PM, Stokes J, Kannel WB, Feinleib M: Mitral valve prolapse in the general population, I: Epidemiologic features—the Framingham Study. *Am Heart J*. 1983; 106: 571–575.
121. Schutte JE, Gaffney FA, Blend L, Blomqvist CG: Distinctive anthropometric characteristics of women with mitral valve prolapse. *Am J Med*. 1981; 71: 533–538.
122. Sivaramakrishnan K, Alexander PJ, Saharsarnaman N: Prevalence of panic disorder in mitral valve prolapse: a comparative study. *Acta Psychiatr Scand*. 1994; 89: 59–61.
123. Sareen L, Stein M. A review of the epidemiology and approaches to the treatment of social anxiety disorder. *Drugs*. 2000; 59(3): 497-509.
124. de Saintonge DM, Dunn DM. Gender and achievement in clinical medical students: a path analysis. *Med Educ*. 2001; 35(11):1024-33.
125. Schneier FR, Heckelman LR, Garfinkel R, Campeas R, Fallon BA, Gitow A, Street L, Del Bene D, Liebowitz MR. Functional impairment in social phobia. *J Clin Psychiatry*. 1994; 55(8): 322-31.
126. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49(4): 282-8.

127. Shrout PE, Spitzer RL, Fleiss JL. Quantification of agreement in psychiatric diagnosis revisited. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 172-7.
128. Skre I, Onstad S, Torgersen S, Kringlen E. High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I (SCID-I). *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84(2): 167-73.
129. Stein DJ, Bouwer C. Blushing and social phobia: a neuroethological speculation. *Med Hypotheses*. 1997; 49(1): 101-8.
130. Stein MB, Chartier MJ, Hazen AL, Kozak MV, Tancer ME, Lander S, Furer P, Chubaty D, Walker JR. A direct-interview family study of generalized social phobia. *Am J Psychiatry*. 1998a; 155(1): 90-7.
131. Stein MB, Chavira DA. Subtypes of social phobia and comorbidity with depression and other anxiety disorders. *J Affect Disord*. 1998; 50(1): S11-6.
132. Stein MB, Torgrud LJ, Walker JR. Social phobia symptoms, subtypes, and severity: findings from a community survey. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57(11): 1046-1052.
133. Stein MB, Fuetsch M, Muller N, Hofler M, Lieb R, Wittchen HU. Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58(3): 251-6.
134. Stopa L e Clark DM. Cognitive process in social phobia. *Behavior Research and Therapy*. 1993; 31:225-67.

135. Strauss CC, Last CG. Social and simple phobias in children. *J Anxiety Disord.* 1993; 7:141-152.
136. Terra MB, Figueira I, Barros HMT. Impact of alcohol intoxication and withdrawal syndrome on social phobia and panic disorder in alcoholic inpatients. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo* 2004; 59(4): 187-92.
137. Terra MB. Fobia social e alcoolismo: um estudo da comorbidade [dissertação doutorado]. São Paulo, (BR): Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 2005.
138. Turner SM, Beidel DC, Dancu CV, Keys DJ. Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *J Abnorm Psychol.* 1986; 95(4): 389-94.
139. Turner SM, Beidel DC. Some further comments on the measurement of social phobia. *Behav Res Ther.* 1988; 26(5): 411-3.
140. Turner SM, Beidel DC, Townsley RM. Social phobia: a comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *J Abnorm Psychol.* 1992; 101(2): 326-31.
141. Tavares M. Entrevista Clínica estruturada para diagnóstico dos transtornos do eixo I do DSM-IV. Ed. do Paciente, Versão 2.0. Tradução brasileira do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília; 1998.
142. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker C, Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *Br J Psychiatry.* 2004; 184:299-305.

143. Vilete LM, Coutinho Eda S, Figueira IL. Reliability of the Portuguese-language version of the Social Phobia Inventory (SPIN) among adolescent students in the city of Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(1): 89-99.
144. Vorcaro CM, Rocha FL, Uchoa E, Lima-Costa MF. The burden of social phobia in a Brazilian community and its relationship with socioeconomic circumstances, health status and use of health services: the Bambui study. *Int J Soc Psychiatry*. 2004; 50(3): 216-26.
145. Wacker HR, Mullejons R, Klein KH et al. Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD-10 and DSM-III-R using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Meth Psychiatr Res*. 1992; 2: 91–100.
146. Weiller E, Bisserbe JC, Boyer P, Lepine JP, Lecrubier Y. Social phobia in general health care: an unrecognised undertreated disabling disorder. *Br J Psychiatry*. 1996; 168(2): 169-74.
147. Weissman M: The epidemiology of anxiety disorders: rates, risks and familial patterns. *J Psychiatr Res*. 1988; 22: 29–114.
148. Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR et al. Christchurch Epidemiology Study, part I. Methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Aust NZ JPsychiatry*. 1989; 23: 315–326.
149. Wells A, Clark DM, Ahmad S. How do I look with my minds eye: perspective taking in social phobic imagery. *Behav Res Ther*. 1998; 36(6): 631-4.

150. Williams JB, Gibbon M, First MB, Spitzer RL, Davies M, Borus J, Howes MJ, Kane J, Pope HG Jr, Rounsaville B, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49(8): 630-6.
151. Wittchen H-U, Burke JD, Semler G, Pfister H, Von Cranch M, Zaudig M: Recall and dating of psychiatric symptoms: test-retest reliability of time-related symptom questions in a standardized psychiatric interview. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 437–443.
152. Wittchen HU, Ahmoi Essau C, Von Zerssen D, Zaudig M, Krieg JC. Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1992; 241: 247–258.
153. Wittchen HU, Beloch E. The impact of social phobia on quality of life. *Int Clin Psychopharmacol.* 1996; 11(3): 15-23.
154. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *Psychiatr Clin North Am.* 2001; 24(4): 617-41.
155. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2003; (417): 4-18.
156. Wittchen H-U, Lieb R, Schuster P et al. When is onset? Investigations into early developmental stages of anxiety and depressive disorders. In: Rapoport JL, ed. *Childhood onset of adult psychopathology, clinical and research advances.* Washington, DC: American Psychiatric Press. 1999: 259–302.

157. Wittchen HU, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in a community samples of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*. 1999; 29: 309-323.
158. Wittchen H-U. Zusatzsurvey "Psychische Störungen", Teil 2.Tabellenband (Grundauszählung) und Anleitung zum Public Use File. Ergänzung II Zum Schlussbericht. Munich: Max Planck Institut für Psychiatrie, 2000.

**PROJETO DE PESQUISA: TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL:
VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE AUTO E HETEROAVALIAÇÃO**

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -

A Ansiedade Social ou Fobia Social é um transtorno de ansiedade que se caracteriza por sentir-se incomodado em situações sociais nas quais se está muito próximo de outras pessoas. As pessoas que experimentam este transtorno muitas vezes tendem a evitar as situações sociais, o que pode dificultar os relacionamentos e a carreira profissional. Para conhecer e melhor identificar este transtorno, estamos solicitando sua participação em responder alguns instrumentos dos tipos escala e questionário que têm por objetivo identificar pessoas jovens que possam estar tendo esta dificuldade. Com isto, conheceremos se estes instrumentos são adequados para identificar a Ansiedade Social.

A Ansiedade Social é considerada hoje um transtorno que pode ser tratado com bons resultados. Caso você aceite participar, estará nos ajudando a melhorar a possibilidade de identificar este transtorno em pessoas adultas, beneficiando no futuro outras pessoas, que precocemente poderão ser diagnosticadas e tratadas. Vale a pena salientar que só o resultado positivo nos instrumentos não é por si só indicador da Ansiedade Social, pois estes instrumentos tem uma margem de erro, e isto é parte do que queremos conhecer nesta pesquisa. Por isto, pretendemos quando da identificação de Ansiedade Social nos instrumentos, verificar pessoalmente com as pessoas como é para ela estar em situações sociais e de interação com outras pessoas.

Num primeiro momento sua participação consistirá em responder por escrito, em sala de aula, a cinco instrumentos diferentes, incluindo questionário e escala, nos quais você estará avaliando seu comportamento em situações sociais e alguns sintomas físicos. Para tanto você gastará em torno de 20 minutos. Num segundo momento, será feito contato telefônico com alguns participantes identificados e não-identificados como portadores de Ansiedade Social, aos quais serão feitas algumas questões visando confirmar se os instrumentos iniciais realmente são bons para identificar a Ansiedade Social. Esta entrevista telefônica durará aproximadamente 10 minutos. Em um terceiro momento, apenas participarão do estudo aqueles participantes que forem identificados pelos instrumentos e pela entrevista telefônica como possíveis portadores de Ansiedade Social. Se este for o seu caso, você será convidado por carta, telefone ou e-mail, a

Anexo 1

ANEXO 1

participar de uma entrevista que durará cerca de uma hora, em local e data a serem combinados de acordo com sua disponibilidade. Esta entrevista também terá por objetivo avaliar o seu comportamento em situações sociais.

A sua participação não significa nenhum ônus ou risco para você ou para a sua saúde. Caso no decorrer das atividades desista de participar, poderá entregar os questionários sem, ou antes, de terminar de respondê-los, e ainda, caso seja chamado para participar no segundo momento, poderá manter ou retirar a sua participação sem qualquer constrangimento.

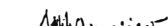
Se por acaso você for identificado como portador deste transtorno, serão colocados à sua disposição informações sobre o mesmo (sinais, sintomas, curso, prognóstico, tratamento) e encaminhamento para tratamento medicamentoso e/ou psicoterápico em serviço específico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

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

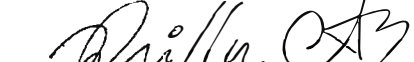
Qualquer dúvida que você tenha poderá entrar em contato conosco.




Flávia de Lima Osório
Psicóloga – CRP 06/53152-3
Telefone: 6022837



Sonia Regina Loureiro
Psicóloga – CRP 06/0347
Telefone: 6250309



José Alexandre S. Crppa
Psiquiatra – CRM 80893
Telefone 6022703



Carlos Alberto Baptista
Psiquiatra - CRM
Telefone 37238087

Eu.....
RG....., tendo lido as informações acima, voluntariamente concordo em participar do referido projeto de pesquisa, estando ciente dos meus direitos e da possibilidade de desistência sem quaisquer ônus ou prejuízo.

Assinatura

Anexo 2

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.



0001002300017

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

COPYRIGHT Jonathan Davidson (1995).
Tradução e adaptação para o Português:
Giappa JAS, Graeff FS, Euardi AW,
Hetem LA, Busatto GF, Loureiro SR (2003).
Revisão: Marcelo Mazza (2004).

Anexo 3

ANEXO 3

REGISTRO - COLETA DE DADOS

Projeto de pesquisa: Transtorno de Ansiedade Social: Validação de instrumentos de auto e heteroavaliação

Data:/...../.....

Curso:

Turma: Disciplina:

Aplicador:

Nº de alunos presentes em sala aula	
Nº de alunos (após explicação geral e ...) - antes TCLE	
- após TCLE	

	Horas	Minutos
Hora de início		
1º aluno a entregar		
Último aluno a entregar		

Perguntas realizadas	Instrumento	Item

Intercorrências: () Não () Sim - Quais?

.....
.....
.....
.....
.....

Anexo 4

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

Número: 0003002300017

Nome: _____

Data de Nascimento: / / Idade: anos

Sexo: Feminino
 Masculino

Procedência: _____

Atividade Profissional: _____

Universidade: USP
 UNIFRAN

Curso: _____ Ano: _____ Nivel: Graduação
 Pós-graduação

Endereço: _____

Cidade: _____

Telefone para contato 1:

Telefone para contato 2:

E-mail: _____

Faz uso contínuo de alguma medicação ?

Não Sim

especificar:	
Nome: _____	Nome: _____
Período de uso: _____	Período de uso: _____
Dosagem: _____	Dosagem: _____
Nome: _____	Nome: _____
Período de uso: _____	Período de uso: _____
Dosagem: _____	Dosagem: _____

Anexo 6

ANEXO 6



CEP. 14048-900
RIBEIRÃO PRETO - S.P.
BRASIL

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

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

Ribeirão Preto, 15 de dezembro de 2003

Ofício nº 3708/2003
CEP/SPC

Prezada Senhora:

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

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

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

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

Anexo 7

ANEXO 7

Ribeirão Preto, 26 de julho de 2004

Prezado Professor,

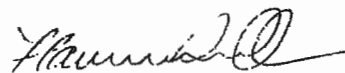
Dirijo-me á vossa senhoria, solicitando-lhe autorização para coletar dados junto aos alunos dos cursos de Física Médica, Matemática Aplicada a Negócios e Ciências da Documentação e Informação, relativos ao meu projeto de pesquisa – Mestrado Saúde Mental- FMRP-USP. O referido projeto intitulado “ Transtorno de Ansiedade social: validação de instrumentos de auto e hetero-avaliação foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP e da FMRP-USP (cópia em anexo).

O estudo em questão visa validar instrumentos de avaliação de ansiedade social junto a universitários, conforme relatado no resumo do projeto em anexo. A coleta de dados junto aos universitários prevê uma aplicação coletiva em sala de aula, de aproximadamente 30 minutos, após a autorização do professor responsável e o consentimento livre dos estudantes mediante às informações pertinentes ao projeto, caracterizando assim uma participação voluntária.

Coloco-me à disposição para mais informações.

Atenciosamente,

Autorizado
26/07/04
Amado Siuite Ito
Amado Siuite Ito
Chefe do Depto. de Física e Matemática
FFCLRP/USP



Flávia de Lima Osório
Psicóloga – CRP06/53152-3
Fone: (16)6022837
E-mail; flaosorio@bol.com.br

Ilmo Sr

Prof Dr Amado Siuite Ito

MD Chefe do Departamento de Física e Matemática – FFCLRP-USP

Recebi no Dep. Física e Matemática

Em 26/07/04 às 13h30min

1

Anexo 8

BOL

ANEXO 8

Página 1 de 1



[Bata-papo](#) | [Busca](#) | [Cartões](#) | [Domínios](#) | [VidaBOL](#) | [ShoppingBOL](#) | [Ajuda](#)  [e-mail grátis](#)

Quarta, 18 de agosto de 2004 - 07h52
flaosorio@bol.com.br

[Atualizar dados](#) | [Voltar](#) | [Sair](#) | [Ajuda](#)

Mensagens

Escrever

Endereços

Pastas

Limpar lixeira

Buscar

Configurar

Ajuda

Cartões

Notícias

GenteMiner

Sair

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Apagar](#) | [Encaminhar](#)

De: [Célia Celeste Moi](#) [Bloquear endereço](#)

Para: flaosorio@bol.com.br

Data: 16/08/2004 15:35

Assunto: Solicitação de autorização para coleta de dados

Prezada Flávia de Lima Osório,

A Comissão Coordenadora do Curso de Psicologia da FFCLRP/USP em reunião do dia 12 de agosto p.p., autorizou sua solicitação para coletar dados junto aos alunos do curso de Psicologia para o Projeto de Mestrado em Saúde Mental-FMRP/USP intitulado "Transtorno de Ansiedade social: validação de instrumentos de auto e hetero-avaliação" orientado pela profa. dra. Sonia Regina Loureiro da FMRP.

A CoC Psicologia solicita que entre em contato com os docentes responsáveis para as devidas autorizações.

Atenciosamente,
Sueli Perez Cortellini
Secretaria CoC Psicologia tel.16-6023796
FFCLRP/USP

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Apagar](#) | [Encaminhar](#)

[Fechar](#) [Msg anterior](#) [Próxima msg](#) [Exportar](#) [Mover para](#) [Entrada](#)

[Condições de uso do BOL](#) | [Sobre o BOL](#) | [Política de privacidade](#) | [Anúncios](#)
[Registre-se no BOL](#) | [Trabalhe no BOL](#) | [Ajuda](#)

Lembre-se: sua senha de acesso no BOL é secreta; não a informe a ninguém.
O BOL jamais solicitará sua senha por e-mail ou por telefone.

Copyright 1999 - 2004 - Brasil Online - Todos os direitos reservados

Anexo 9

BOL

ANEXO 9

Página 1 de 1

Prezada Flávia,

Em resposta a sua solicitação de autorização para coletar dados junto aos alunos do curso de Licenciatura em Química, informo que, após análise realizada pela Comissão Coordenadora do Curso, sua solicitação foi autorizada bastando entrar em contato com as professoras Dra. Glaucia Maria da Silva (602-4467) e Dra. Rogéria Rocha Gonçalves (602-4373) para agendamento.

Atenciosamente,

André Luís Pereira Barnabé
Auxiliar de Administração
Departamento de Química
Av. Bandeirantes, 3900 - Monte Alegre
14040-901 - Ribeirão Preto, SP - Brasil
fone (0__16) 602-4386
fax: (0__16) 633-8151

Anexo 10

ANEXO 10

CNPJ: 46.722.831/0001-78 - IE: isenta
Av. Dr. Armando Salles Oliveira, 201 - Pq. Universitário
CEP 14.404-600 - Franca/SP - Caixa Postal 082
FABX (16) 3711 8888 - FAX (16) 3711 8886



DECLARAÇÃO

Autorizo a psicóloga Flávia de Lima Osório (CRP 06/53152-3), em conjunto com o Dr. Carlos Alberto Baptista CRM 86.184, docente desta Universidade, a coletarem dados relativos ao projeto de pesquisa "Transtorno de ansiedade social: validação de instrumentos de auto e hetero-avaliação". Tal coleta de dados poderá ser realizada com os alunos dos diferentes cursos desta Universidade, sendo que a participação destes deverá ser voluntária, mediante consentimento prévio.

Tal autorização está condicionada à aprovação prévia pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP.

Prof. Dr. Dionísio Vinha
Pró-Reitor de Pesquisa e de Pós-Graduação

Anexo 11

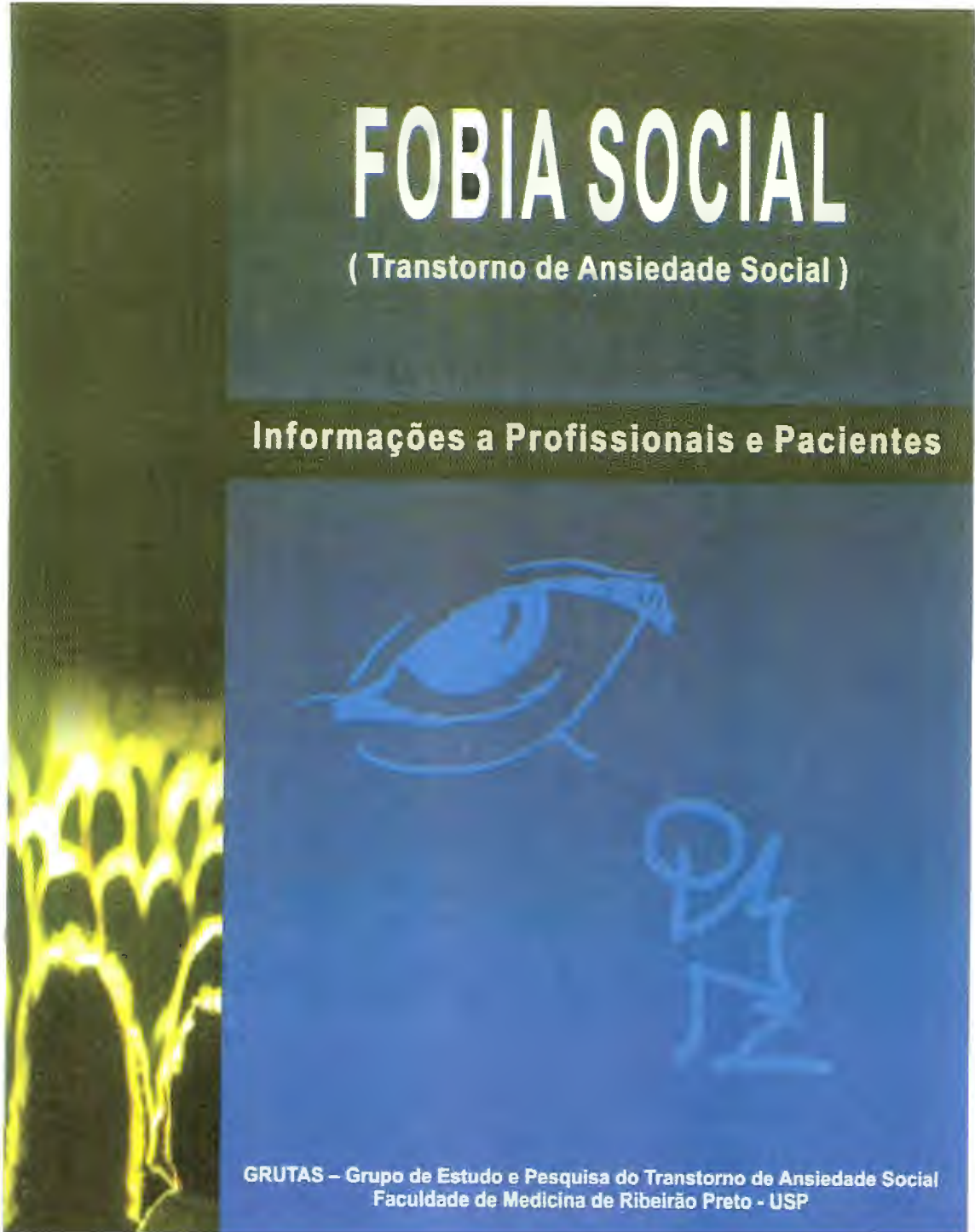
FOBIA SOCIAL

(Transtorno de Ansiedade Social)

Informações a Profissionais e Pacientes



**GRUTAS – Grupo de Estudo e Pesquisa do Transtorno de Ansiedade Social
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP**



O que é o Transtorno de Ansiedade Social?

A Fobia Social (FS) ou Transtorno de Ansiedade Social (TAS), como é chamada atualmente, é um distúrbio em que a pessoa sente-se incomodada e/ou com medo em situações nas quais está próxima de outros indivíduos, interagindo ou sendo observado(a) por eles. Aqueles que têm esse problema temem que possam fazer algo errado ou comportar-se de forma humilhante ou embaraçosa nestas situações, ficando expostos à avaliação negativa por parte dos outros.

Estas pessoas geralmente procuram evitar os mais diversos eventos sociais. Isso acaba prejudicando o seu desempenho e a sua auto-realização em várias áreas da vida, acarretando importante sofrimento.

Conseqüentemente, muitas vezes chegam a desenvolver outros transtornos como a depressão e o alcoolismo.



Qual a diferença entre Transtorno de Ansiedade Social e ansiedade normal ?

A ansiedade normal pode ser caracterizada como um "medo" ou preocupação que todos nós experimentamos. Ela nos permite manter um comportamento de cautela diante dos acontecimentos do dia a dia. A ansiedade normal não prejudica nosso comportamento (desempenho). Pelo contrário, ela nos prepara para enfrentar da melhor maneira possível situações como uma entrevista de trabalho, uma prova escolar ou mesmo a apresentação para uma outra pessoa ou grupo de pessoas.

Uma pessoa tímida pode se sentir incomodada quando está com alguém, mas a ansiedade que experimenta não é grande a ponto de incapacitá-la de enfrentar a situação.

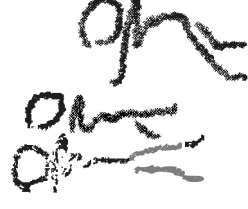
Nas pessoas com TAS, a ansiedade e o medo experimentados diante das situações sociais são tão intensos que podem chegar a "paralisá-las", trazendo prejuízos ao seu desempenho e bem-estar. Também não permitem que essas pessoas se preparem e enfrentem esses eventos, pois estes são percebidos como ameaçadores. Isso torna estas pessoas mais vulneráveis e inseguras diante das situações sociais cotidianas, que vão se tornando cada vez mais desagradáveis chegando a ser evitadas a todo custo.

Quais as situações mais temidas por quem tem TAS ?

As pessoas com TAS temem e/ou evitam uma grande variedade de situações sociais. As mais comuns são:

- Falar em público;
- Parecer ridículo;
- Dizer tolices;
- Conversar com autoridades (professores, chefes, etc.)
- Conversar com uma pessoa do sexo oposto;
- Conversar com estranhos;
- Ser observado pelas outras pessoas;
- Ser o centro das atenções;
- Comer e/ou beber em público;
- Falar ao telefone;
- Usar banheiros públicos.

Quando a pessoa tem medo de várias destas situações, dizemos que ela tem o TAS do tipo generalizado, que é a forma mais comum deste transtorno. Já quando o medo é específico a uma única situação (na maioria das vezes a de falar em público), denominamos o problema de TAS não-generalizado ou circunscrito.



Quais os sintomas físicos que os pacientes apresentam ?

As pessoas com TAS procuram evitar as situações temidas, mas quando se vêem diante delas apresentam grande ansiedade e até mesmo sintomas físicos intensos, os quais atrapalham ainda mais o seu desempenho. Os sintomas físicos mais comuns são:

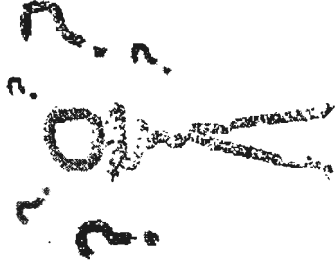
- Taquicardia (aceleração do coração);
- Tremor;
- Sudorese (suor não devido ao calor);
- Tontura;
- Boca seca;
- Rubor (ficar vermelho);
- Dispnéia (falta de ar);
- Parestesia (formigamento);
- Diurese aumentada (urinar com maior frequência).

O Transtorno de Ansiedade Social é um distúrbio comum ?

Todos as pesquisas mostram que o TAS está entre os mais freqüentes transtornos encontrados na população em geral. Estudos realizados na última década demonstraram que de 5 a 13,3% das pessoas apresentam este problema. Desta forma, aproximadamente de 8.000.000 a 22.000.000 de pessoas no Brasil apresentam este transtorno. Entretanto, o TAS freqüentemente deixa de ser reconhecido. As pessoas muitas vezes confundem o problema com uma característica da personalidade ou do temperamento, ou ainda com timidez. Até mesmo entre os médicos, devido à descrição relativamente recente do transtorno e à necessidade de perguntas específicas sobre os sintomas, muitas vezes acaba não sendo detectado.

Quais as suas causas ?

Ainda não se sabe a real causa do TAS, contudo há algumas hipóteses. Como para a maioria dos transtornos mentais, acredita-se que o TAS surja da interação entre causas biológicas, ambientais e hereditárias.



Causas biológicas:

Sabe-se que existem alterações em substâncias químicas cerebrais como a serotonina em pessoas com TAS. É por isto que as medicações mais utilizadas para o seu tratamento são os antidepressivos que atuam principalmente nessa substância. Há estudos apontando para o envolvimento de uma pequena estrutura no cérebro chamada amígdala que está relacionada, entre outras funções, ao processamento de respostas ao medo.

Causas ambientais:

A capacidade de cada pessoa para lidar com situações de estresse é influenciada pelo ambiente em que é criada. Crianças que crescem em lares onde predomina um ambiente de medo e insegurança, como por exemplo, com pais abusivos, dependentes de álcool e outras drogas ou em ambientes politicamente instáveis, tendem a ficar mais "alertas" (na verdade ansiosas) e, na maior parte do tempo, preparadas para fugir ou defender-se de alguma ameaça real ou imaginária. Esta hiperativação constante poderia contribuir para o desenvolvimento posterior de transtornos de ansiedade, inclusive o TAS.

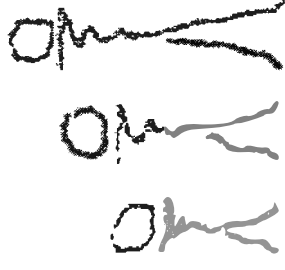
A ocorrência de situações nas quais a pessoa é exposta a outras pessoas e é de fato humilhada (gozações, piadas), principalmente na infância, também pode contribuir para o desenvolvimento do TAS posteriormente. É como se a pessoa aprendesse: "*Se eu falar em público, vou parecer ridículo e vão rir de mim como naquela vez!*".

Causas hereditárias:

Acredita-se que pais com TAS possam influenciar o desenvolvimento do transtorno em seus filhos de duas maneiras. Primeiro, geneticamente, ou seja, passando características genéticas que aumentam a chance da criança desenvolver o transtorno. E segundo, eles mesmos ao evitarem situações sociais, estariam contribuindo para que seus filhos "aprendessem" que aquelas situações seriam de fato perigosas.

Em que idade se inicia?

O TAS inicia-se geralmente na adolescência ou mesmo na infância; pode, entretanto, surgir mais tardiamente. É mais comum em mulheres e solteiros de ambos os sexos, não existindo diferenças entre as raças.



Quais as principais complicações ?

Aproximadamente 70% dos portadores de TAS apresentam outros transtornos associados, sendo estes geralmente secundários do ponto de vista cronológico. As condições mais frequentes são depressão, abuso de substâncias (álcool e drogas), idéias de suicídio e outros transtornos de ansiedade. Deve ser ressaltado que o álcool e outras drogas são usadas geralmente pelos portadores de TAS como uma forma de amenizar os sintomas que sentem.

Quais os prejuízos que o TAS costumam causar nos pacientes ?

O TAS pode levar o indivíduo a evitar interação social, o que pode conduzir ao isolamento e às limitações típicas da condição. O transtorno é associado a prejuízo em vários aspectos da vida diária, como por exemplo, no funcionamento familiar, ocupacional, acadêmico, relacionamentos e atividades sociais. Assim, portadores de TAS apresentam:

Qual o tratamento ?

- Baixo desempenho escolar, e menor nível de escolaridade;
- Pior desempenho no trabalho, faltas frequentes, instabilidade no emprego e remunerações inferiores;
- Dificuldades nos relacionamentos amorosos, casando-se menos e separando-se mais;
- Ausência de relações sociais próximas
- Maior frequência de tentativas de suicídio;

O TAS é responsável por grandes prejuízos, porém felizmente existe tratamento, o que na maioria dos casos pode aliviar significativamente o sofrimento de seus portadores. O tratamento pode ser realizado com medicamentos, psicoterapia ou com a combinação de ambos.

• Tratamento medicamentoso

Antidepressivos

Os medicamentos mais utilizados hoje em dia no tratamento do TAS são os antidepressivos. Prescritos sob orientação médica, agem regulando a função e permitindo que maior quantidade de substâncias como a serotonina e noradrenalina estejam disponíveis em certas áreas do cérebro. Isto tende a reduzir os sintomas ao longo do tempo. Geralmente os efeitos positivos começam a aparecer dentro de 2 a 4 semanas e o tratamento deve ser mantido por pelo menos um ano ou mais, segundo orientação médica. Exemplos de antidepressivos: venlafaxina, paroxetina, fluoxetina, sertralina, fenzelina e citalopram.

Benzodiazepínicos

Medicações muito utilizadas para transtornos de ansiedade em geral, os benzodiazepínicos também são eficazes no tratamento do TAS. Porém devem ser utilizados com cautela pelo risco de causarem dependência, perder seu efeito ao longo do tempo (tolerância) e devido a outros efeitos colaterais. Exemplos: clonazepam, alprazolam.

Outros

Outras drogas estudadas para o tratamento do TAS, mas que atualmente ainda não demonstraram eficácia plena ou a mesma é menor do que das anteriores incluem: buspirona, bupropiona, Beta-bloqueadores (propranolol, atenolol), novos anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina).

• Psicoterapia

A modalidade de psicoterapia mais estudada e com resultados comprovados no TAS é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que pode ser individual ou em grupo. Nela os pacientes são envolvidos em um processo ativo junto com o terapeuta que visa melhorar a qualidade de vida através do uso isolado ou conjunto das seguintes técnicas:

Técnicas de relaxamento

Como dito acima, é muito comum a existência de sintomas corporais (ou somáticos) de ansiedade em pacientes com TAS, principalmente quando estão em situações sociais. Aprender a relaxar nestes momentos pode ser fundamental. E o que parece simples para muitas pessoas às vezes requer meses de treinamento para alguém com TAS.

Treinamento de habilidades sociais

Com esta técnica, aborda-se diretamente o que mais causa ansiedade ao paciente com TAS: o temor e a sensação de incapacidade de buscar ou manter relacionamentos. De fato, o isolamento auto-imposto tende apenas a dificultar o aprendizado de habilidades sociais. Treinar como se aborda um(a) possível namorado(a) por exemplo, pode ser extremamente significativo para o desenvolvimento de auto-confiança em interações deste tipo. Exposição: a pessoa com TAS tende a evitar o que lhe causa ansiedade, seja falar em público, comer diante de outras pessoas, relacionar-se afetivamente etc. Uma linha de tratamento é estimular a pessoa a expor-se a essas situações gradativamente e suportar a ansiedade que surgirá até que a mesma desapareça.

Onde procurar ajuda ?

Reestruturação cognitiva

Pensamentos (cognições) negativos a respeito de si ou de seu desempenho em certas situações são comuns em pacientes com TAS, como por exemplo: *“todo mundo está olhando pra mim”, “vou parecer ridículo”, “todo mundo vai rir de mim”, “sou um fracasso”*. As técnicas de reestruturação cognitiva objetivam ajudar os pacientes a entender como tais pensamentos surgiram e de que maneira combatê-los.

Toda pessoa que achar que tem ou que conhece alguém que é portador de TAS pode procurar ajuda em:

- Hospitais que possuam serviços de atendimento em Psiquiatria e/ou Psicologia
- Centros de Saúde Mental da comunidade.
- Médicos (as) psiquiatras ou psicólogas(os).
- Postos de Saúde em geral.

Anexo 12

ANEXO 12

Márcio Tavares, Coordenador
Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília

SCID I (DSM-IV) Versão 2.0, 15 de março de 1996
Traduzido de - Versão de - F-11

Fobia Social

FOBIA SOCIAL

CRITÉRIOS PARA FOBIA SOCIAL

A RESPOSTA
À QUESTÃO
6 DO
SCREENING
FOI
SIM NÃO

→ SE A RESPOSTA À QUESTÃO Nº 6 DO SCREENING FOI "NÃO", IR PARA *FOBIA SIMPLES*, F. 16.

→ SE A RESPOSTA À QUESTÃO Nº 6 DO SCREENING FOI "SIM": Você disse que existem coisas que você tem medo de fazer na frente de outras pessoas, como falar, comer ou escrever...

→ SE O SCREENING NÃO FOI UTILIZADO: Houve alguma coisa que você teve medo de fazer ou se sentiu desconfortável em fazer na frente de outras pessoas, como falar, comer ou escrever?

Fale mais sobre isso.

O que você tinha medo que pudesse acontecer quando _____?
SE APENAS MEDO DE FALAR EM PÚBLICO: (Você acha que se sente mais desconfortável que a maioria das pessoas naquela situação?)

A. Medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, onde o indivíduo é exposto a pessoas estranhas ou ao possível escrutínio por outras pessoas. O indivíduo teme agir de um modo (ou mostrar sintomas de ansiedade) que lhe seja humilhante e embaraçoso.

? 1 2 3

IR PARA
*FOBIA
SIMPLES*
F. 16

SITUAÇÃO/ÕES FÓBICA(S) Assinalar:
___ falar em público
___ comer na frente de outros
___ escrever na frente de outros
___ generalizada (a maioria das situações sociais)
___ outro (Especificar: _____)

Nota: Em adolescentes, deve haver evidência de capacidade para relacionamentos sociais com pessoas familiares e a ansiedade deve ocorrer em ambientes com os colegas, e não apenas em interações com os adultos.

Você sempre se sentiu ansioso(a) quando (CONFRONTADO COM ESTÍMULOS FÓBICOS)?

B. A exposição à situação social temida quase que invariavelmente provoca ansiedade, que pode assumir a forma de um Ataque de Pânico ligado à situação ou predisposto por situação.
Nota: Em crianças, a ansiedade pode ser expressada por choro, ataques de raiva, imobilidade ou afastamento de situações sociais com pessoas estranhas.

? 1 2 3

IR PARA
*FOBIA
SIMPLES*
F. 16

?=informação inadequada

1=ausente ou falso

2=subliminar

3=limiar ou verdadeiro

F47

F48
F49
F50
F51

F52

F53

Fobia Social

<p>Você achava que tinha mais medo de (A ATIVIDADE FÓBICA) do que devia ter (ou do que fazia sentido ter)?</p>	<p>C. A pessoa reconhece que o medo é excessivo ou irracional. Nota: Em crianças, esta característica pode estar ausente.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>F54</p>
		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> IR PARA *FOBIA SIMPLES* F. 16 </div>	
<p>SE NÃO ESTIVER ÓBVIO: Você se deu ao trabalho de _____?</p>	<p>D. As situações sociais e de desempenho temidas são evitadas ou suportadas com intensa ansiedade e sofrimento.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>F55</p>
<p>SE NÃO: O quanto é difícil para você _____?</p>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> IR PARA *FOBIA SIMPLES* F. 16 </div>	
<p>CASO ESTEJA CONFUSO SE O MEDO ERA CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO: Até que ponto _____ interferiu na sua vida?</p>	<p>E. A esquiva, antecipação ansiosa ou sofrimento na situação social ou de desempenho temida interferem significativamente na rotina, funcionamento ocupacional (acadêmico), atividades sociais ou relacionamentos do indivíduo, ou existe sofrimento acentuado por ter fobia.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>F56</p>
<p>SE NÃO INTERFERIU NA VIDA: Até que ponto o fato de você ter esse medo tem incomodado você?</p>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> IR PARA *FOBIA SIMPLES* F. 16 </div>	
<p>SE MENOS DE 18 ANOS: (Há quanto tempo você tem tido esses medos?)</p>	<p>F. Em indivíduos com menos de 18 anos, a duração é de no mínimo 6 meses.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>F57</p>
		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> IR PARA *FOBIA SIMPLES* F. 16 </div>	

?=informação inadequada

1=ausente ou falso

2=subliminar

3=limiar ou verdadeiro

Fobia Social

Pouco antes de você começar a ter esses medos, você estava usando drogas, cafeína, remédios para emagrecer, ou outros medicamentos?

(Quanto você toma de café, chá ou refrigerante com cafeína por dia?)

Pouco antes dos ataques, você estava fisicamente doente?

SE SIM: O que o médico disse?

G. O temor ou esquia não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p.ex., droga de abuso, medicamento) ou uma condição médica geral.

SE UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL OU SUBSTÂNCIA PODEM SER ETIOLOGICAMENTE ASSOCIADAS COM A ANSIEDADE, IR PARA A *CMG/ SUBSTÂNCIA*, F.36 E RETORNAR AQUI PARA AVALIAR DE "1" OU "3"

Condições etiológicas médicas gerais incluem hiper- e hipotireoidismo, hipoglicemia, hiperparatireoidismo, feocromocitoma, parada cardíaca congestiva, arritmias, embolismo pulmonário, doença pulmonária crônica obstrutiva, pneumonia, hiperventilação, deficiência de B-12, porfiria, neoplasma do sistema nervoso central, disfunção vestibular, encefalites.

Substâncias etiológicas incluem intoxicação com estimulantes do sistema nervoso central (p.ex., cocaína, anfetaminas, cafeína) ou canábis, alucinógenos, PCP, ou álcool, ou abstinência de depressores do sistema nervoso central (p.ex., álcool, sedativos, hipnóticos) ou de cocaína.

... e não é melhor explicado por outro transtorno mental (p.ex., Transtorno de Pânico Sem Agorafobia, Transtorno de Ansiedade de Separação, Transtorno Dismórfico Corporal, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou Transtorno de Personalidade Esquizóide).

? 1 3 F58

DEVIDO AO USO DE SUBSTÂNCIA OU UMA CMG
IR PARA *FOBLA SIMPLER* F. 16

TRANS-TORNO DE ANSIEDADE PRIMÁRIA

CONTINUAR

? 1 2 3 F59

IR PARA *FOBLA SIMPLER* F. 16

?=informação inadequada

1=ausente ou falso

2=subliminar

3=limiar ou verdadeiro

Fobia Social

CRONOLOGIA DE FOBIA SOCIAL

SE DÚBIO: Durante o último mês, você tem se sentido incomodado(a) por (A SITUAÇÃO DE FOBIA SOCIAL)? Os critérios foram preenchidos para Fobia Social durante o último mês. ? 1

F62

F63

INDICAR A SEVERIDADE ATUAL:

1- Leve: Poucos, se algum, sintomas a mais dos requeridos para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam apenas em um leve prejuízo no funcionamento ocupacional ou nas atividades sociais habituais ou nos relacionamentos com os outros (ou critérios preenchidos para Dependência no passado e alguns problemas atuais).

2- Moderado: Sintomas ou prejuízos funcionais entre "leve" e "severo"

3- Severo: Muitos sintomas a mais dos requeridos para fazer o diagnóstico, e os sintomas interferem acentuadamente no funcionamento ocupacional ou nas atividades sociais habituais ou nos relacionamentos com os outros.

CONTINUAR COM A *IDADE DE INÍCIO*, ABAIXO.

F64

SE OS CRITÉRIOS ATUAIS NÃO FOREM PREENCHIDOS TOTALMENTE (OU SEQUER PREENCHIDOS):

4- EM REMISSÃO PARCIAL: Todos os critérios para o transtorno foram previamente preenchidos, mas atualmente apenas alguns dos sintomas ou sinais do transtorno permanecem.

5- EM REMISSÃO COMPLETA: Não há mais qualquer sintoma ou sinais do transtorno, mas é ainda clinicamente relevante anotar o transtorno--p.ex., um indivíduo com episódios de ASHTP que não apresenta mais os sintomas, fazendo uso de agentes anti-ansiedade nos últimos três anos.

6- HISTÓRIA PRÉVIA: Há uma história dos critérios preenchidos para o transtorno, mas o indivíduo é considerado como recuperado dele.

F65

Quando você teve pela última vez (QUALQUER SINTOMAS DE FOBIA SOCIAL)? Número de meses anteriores à entrevista quando teve pela última vez um sintoma de Fobia Social. _ _ _

IDADE DE INÍCIO

SE DESCONHECIDO: Quantos anos você tinha quando você teve pela primeira vez (OS SINTOMAS DE FOBIA SOCIAL)? Idade de início de Fobia Social (CODIFICAR 99 SE DESCONHECIDO)

F66

IR PARA *FOBIA SIMPLES*, F. 16

?=informação inadequada

1=ausente ou falso

2=subliminar

3=limiar ou verdadeiro