



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



SABRINA MAURA PEREIRA

O ESTUDO DA PREVALÊNCIA DA FOBIA SOCIAL ENTRE
ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE DIREITO

Orientador: Lélío Moura Lourenço
Co-Orientador: Luiz Cláudio Ribeiro

JUIZ DE FORA

2012



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



SABRINA MAURA PEREIRA

O ESTUDO DA PREVALÊNCIA DA FOBIA SOCIAL ENTRE
ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE DIREITO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia por SABRINA MAURA PEREIRA.

Orientador: Lélío Moura Lourenço

Co-orientador: Luiz Cláudio Ribeiro

JUIZ DE FORA

2012

Pereira, Sabrina Maura.
O estudo da prevalência da fobia social entre estudantes universitários de
direito/ Sabrina Maura Pereira. – 2012.

65f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz
de Fora, Juiz de Fora, 2012.

1. Fobia Social 2. Transtorno de Ansiedade Social 3. Universitários 4.
Direito. I. Título.

CDU 159.9

TERMO DE APROVAÇÃO

Dissertação defendida por Sabrina Maura Pereira e aprovada, em dez de dezembro de 2012, pela banca constituída por:

Presidente: Prof. Dr. Maycoln Leoni Martins Teodoro

Titular: Prof. Dr^a. Laisa Marcorela Andreoli Sartes

Orientador: Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço

JUIZ DE FORA

2012

AGRADECIMENTOS

Ao meu professor e orientador Dr. Lélío Moura Lourenço, pelo apoio, aprendizagem e ensinamentos. Durante todos esses anos de trabalho juntos, obrigada pela confiança depositado e pelo incentivo a pesquisa.

Ao meu co-orientador, prof. Dr. Luiz Cláudio Ribeiro, pelos ensinamentos de estatística e apoio nos momentos em que mais precisava. Obrigada por me ouvir em seu divã nas etapas mais complexas do trabalho. Aprendi muito com o senhor!

Ao prof. Dr. Maycoln Leoni Martins Teodoro, pelas ricas contribuições e pertinentes observações.

À prof. Dr^a. Laisa Marcorela Andreoli Sartes, pelas diversas contribuições e gentileza em participar da minha banca.

Às Instituições que autorizaram a realização desse trabalho, obrigada pela colaboração!

Ao grupo de Fobia Social, pela constante aprendizagem e parceria. Vocês são especiais!

À minha mãe Selmira Paulino da Silva, pelo apoio, atenção e dedicação. Você é meu alicerce e porto seguro. Amo muito você!

A meu pai Gilson Osório Pereira, que mesmo distante fisicamente sempre me apoiou e forneceu subsídio para que conquistasse mais uma etapa de minha vida! Obrigada por tudo!

Ao Alex Augusto Chinelato de Souza, meu amor, por todos estes cinco anos de amor, amizade, compreensão, aprendizado, crescimento, comemorações, superações, parceria, apoio, segurança e carinho. Obrigada pelas trocas de ideias e horas dedicadas a fazer abstract! Você é muito especial!

A toda a minha família e amigos que colaboraram direta ou indiretamente para o cumprimento de mais uma etapa de minha vida. Obrigada pelo carinho!

A CAPES, pela concessão de bolsa de mestrado.

RESUMO

A fobia social (FS) é caracterizado por medo ou ansiedade excessiva diante de situações de interação social ou desempenho. Apesar desse distúrbio ser muitas das vezes subdiagnosticado e sub-reconhecido por profissionais de saúde, ele interfere de forma negativa na vida do sujeito. Nos estudantes universitários a FS pode prejudicar o rendimento acadêmico e influenciar para a evasão escolar. O trabalho objetivou investigar a prevalência da FS em graduandos dos 1º e 8º períodos do curso de Direito de instituições de ensino superior do município de Juiz de Fora. A amostra foi composta por 522 alunos, maiores de 18 anos, que responderam aos seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico; Teste para Identificação de Problemas relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT); o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Inventário de Ansiedade e Fobia Social (SPAI). Os resultados analisados pelo SPAI indicaram que 21,1% obtiveram uma possível e provável fobia social. Verificou-se também que a FS e os sintomas de ansiedade foram significativamente maior entre o sexo masculino que o feminino. A constatação desses dados fornece uma compreensão desse transtorno nesta população específica – estudante de Direito – sugerindo a identificação precoce do TAS.

ABSTRACT

Social phobia (SP) is characterized by an excessive anxiety or fear in situations of social interaction or performance. Although this disorder is often under diagnosed and under recognized by health professionals, it interferes negatively in the subject's life. College students with SP can impair academic performance and influence for truancy. This study aimed to investigate the prevalence of FS in the first undergraduates and 8th periods of law school of higher education institutions in the city of Juiz de Fora. The sample was consisted of 522 students, older than 18 years, who responded to the following instruments: sociodemographic questionnaire, Alcohol Use Disease Identifying Test (AUDIT), the Beck Anxiety Inventory (BAI) and Social Phobia Anxiety Inventory (SPAI). The results analyzed by SPAI indicated that 21.1% had a possible and probable social phobia. It was also found that the SP and anxiety symptoms were significantly higher among males than females. The verification of these data provides an understanding of this disorder in this specific population - law student - suggesting the early identification of SAD.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	VIII
LISTA DE ANEXOS	IX
LISTA DE SIGLAS	X
1. INTRODUÇÃO	11
1.1. A origem do termo fobia social	11
1.2. Critérios de Diagnósticos e Classificação da Fobia Social	13
1.3. Caracterização da Fobia Social	16
1.4. Comorbidade	17
1.5. Prevalência	19
1.6. Idade de início e características sociodemográficas da Fobia Social	21
<i>Idade</i>	21
<i>Sexo</i>	21
<i>Fatores socioeconômicos, estado civil e escolaridade</i>	22
2. A FOBIA SOCIAL OU TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL EM UNIVERSITÁRIOS	23
2.1. Os Universitários e Instituições de Direito no Brasil	29
3. JUSTIFICATIVA	29
4. OBJETIVOS	30
4.1 Objetivos Específicos	30
5. METODOLOGIA	30
5.1. Caracterização da situação de estudo	30
5.2. Constituição da amostra	31
5.3. Aspectos Éticos	31
5.4. Instrumentos	32
5.5. Análise dos Resultados	34
6. RESULTADOS	34
6.1. Características sociodemográficas	34
6.2. Prevalência de Fobia Social, Ansiedade e Associações	35
7. DISCUSSÃO	39
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
9. REFERÊNCIAS	43
10. ANEXOS	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Critérios de Diagnóstico da Fobia Social/Transtorno de Ansiedade Social Segundo CID-10.	14
Tabela 2 – Critérios de diagnóstico da Fobia Social/Transtorno de Ansiedade Social segundo DSM-IV.	14
Tabela 3 – Características da Amostra quanto a Etnia, Estado Civil e Renda Mensal.	35
Tabela 4 – Associação do Sexo e Atividade Exercida.	35
Tabela 5 – Distribuição de Frequência e Porcentagem da Fobia Social dos Estudantes de 1º e 8º Períodos do Curso de Direito.	36
Tabela 6 – Frequência e Porcentagem Avaliada na Associação da Fobia Social (SPAI) e Ansiedade (BAI).	36
Tabela 7 – Frequência e Porcentagem Avaliada na Associação da Fobia Social (SPAI) e Sexo.	37
Tabela 8 – Frequência e Porcentagem da Associação da Ansiedade (BAI) e Sexo.	38
Tabela 9 – Valor de p, Razão de Chance, Intervalo de Confiança da Razão de Chance dos fatores associados à FS.	38
Tabela 10 – Valor de p, Razão de Chance, Intervalo de Confiança da Razão de Chance dos fatores associados à Ansiedade (BAI).	38

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	50
Anexo 2 Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.	51
Anexo 3 Questionário Sociodemográfico.	53
Anexo 4 Teste para Identificação de Problemas relacionados ao Uso de Álcool.	54
Anexo 5 Inventário de Ansiedade Beck.	55
Anexo 6 Inventário de Ansiedade e Fobia Social.	56

LISTA DE SIGLAS

APA – Associação Psiquiátrica Americana

AUDIT – Teste para Identificação de Problemas relacionados ao Uso de Álcool

BAI – Inventário de Ansiedade Beck

CASO – Cuestionario de ansiedad social para adultos

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIDI - *Composite International Diagnostic Interview*

DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EAESDIS – Escala de Ansiedade e Evitação em Situações de Desempenho e Interação Social

ECSAS – Escala de Comportamento de Segurança na Ansiedade Social

FNE – *Fear of Negative Evaluation*

FS – Fobia Social

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais

LSAS – *Liebowitz Social Anxiety Scale*

NESARC – *National Epidemiologic Sample on Alcohol and Related Conditions*

NCS – *National Comorbidity Survey*

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAD – *Social Avoidance and Distress Scale*

SPAI – Inventário de Ansiedade e Fobia Social

SPIN – Inventário de Fobia Social

TAS – Transtorno de Ansiedade Social

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

INTRODUÇÃO

1.1. A origem do termo fobia social

O termo fobia deriva da palavra grega *phobos*, que significa terror, pânico ou medo extremo. As primeiras descrições literárias sobre timidez exagerada e ansiedade social foram expostas por Hipócrates (400 A.C.), em que associava os quadros mentais a estados corporais (Schneier et al., 1994; Furmark, 2000).

As primeiras referências da expressão Fobia Social (FS) ou fobia das situações sociais foram cunhadas no início do século XX por Janet, que descreveu a ansiedade relacionada ao desempenho ou performance. Em 1930, a expressão “neurose social”, proposto por Schilder, se relacionava ao sujeito extremante tímido. Nos anos 50, os estudos pioneiros de Joseph Wolpe sobre a terapia comportamental aplicados às fobias, acentuaram as investigações sobre esse tema (Furmark, 2000).

Os transtornos de ansiedade eram todos classificados numa mesma categoria de acordo com as descrições nosológicas dos transtornos mentais. Somente em 1960, o psiquiatra inglês Isaac Marks propôs que a fobia social deveria ser descrita como uma categoria diagnóstica distinta. Esta ideia foi progressivamente aceita pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), que em 1980 incluiu oficialmente este termo como uma categoria específica na terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-III* (APA, 1980).

O DSM-III descrevia a fobia social como medo circunscrito a situação de desempenho como: falar, comer ou urinar na frente de outras pessoas, causando um sofrimento significativo. Nesta classificação a FS ocasiona uma ansiedade excessiva em diversos ambientes sociais, como conversas informais e situações de interação social.

Destaca-se também que no DSM-III havia uma diferenciação entre fobia social e transtorno de personalidade evitativo¹, mas uma comorbidade entre eles não poderia existir. Somente com a revisão dos critérios do DSM-III-R foi admitida a comorbidade entre esses transtornos, além de introduzir o termo fobia social generalizado (Furmark, 2000).

O DSM-IV é apresentado em 1994, destacando a interferência significativa da fobia social na vida do sujeito, seja no trabalho, vida social, atividades acadêmicas e lazer (Barros Neto, 2000); aspectos estes não expostos no DSM-III-R. Nota-se também, que as edições realizadas passam a acomodar as crianças com diagnóstico de fobia social, além de utilizar mais o termo Transtorno de Ansiedade Social (TAS).

Essa nova terminologia (TAS) enfatiza os prejuízos relacionados a esse transtorno, destacando o medo acentuado de uma ou mais situações de interação e avaliação negativa por outras pessoas, além do medo de comportar-se de forma embaraçosa (Furmark, 2000). Para Liebowitz, Heimberg, Fresco, Travers e Stein (2000) o termo transtorno de ansiedade social descreve de forma mais clara esse distúrbio e engloba situações em que o sujeito não apresenta o comportamento de esquiva durante a situação social, mas ao vivenciá-la provoca um desconforto considerável.

A grande inovação apresentada no DSM-IV foi a inclusão de um novo subtipo de fobia social, a não generalizada ou também conhecida como circunscrita. A distinção entre generalizada e não generalizada surgiu, em partes, para atender uma demanda clínica, pois muitos profissionais observaram que determinados grupos de pacientes apresentavam medos acentuados de determinadas situações sociais, ao passo que em outros momentos o medo não estava presente.

¹ O Transtorno de Personalidade Evitativo é caracterizado como um padrão de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contexto (DSM-IV-TR, 2002).

Atualmente está em fase de elaboração a nova versão do DSM, ou seja, o DSM-V com lançamento completo previsto para maio de 2013. Nesta versão espera-se fornecer aos profissionais de saúde, clínicos e pesquisadores novos conhecimentos científicos como também critérios diagnósticos (APA, 2009).

1.2. Critérios de Diagnósticos e Classificação da Fobia Social

Os critérios de diagnósticos da fobia social encontrados na literatura atualmente são o DSM-IV e a Classificação Internacional de Doenças 10º versão (CID-10), que possuem a finalidade de favorecer a identificação do transtorno de forma confiável e fácil comunicação entre profissionais (Chagas et al, 2010). No entanto, encontram-se diferenças de critérios nessas duas abordagens que interferem nos estudos de prevalência.

A CID-10 classifica a fobia social como F40.1 e a define por um medo do escrutínio por outras pessoas em grupos pequenos, e não de estar junto a muitas pessoas como em outros transtornos de ansiedade; mesmo assim, provoca no sujeito a esquiva da situação social. Além disso, associa a fobia social à baixa autoestima e ao medo de críticas. No tocante a sintomatologia ansiosa, essa classificação especifica o tipo e o número de sintomas, como por exemplo, a presença de pelo menos um dos sintomas físicos de ansiedade social – rubor facial, tremores e náusea (OMS, 1993; Nutt & Ballenger, 2005). Seus critérios de diagnóstico podem ser observados na Tabela 1.

Tabela: 1

Critérios de Diagnóstico da Fobia Social/Transtorno de Ansiedade Social segundo CID-10

Medo de ser exposto à observação atenta de outrem e que leva a evitar situações sociais. As fobias sociais graves se acompanham habitualmente de uma perda da autoestima e de um medo de ser criticado.

As fobias sociais podem se manifestar por rubor facial, tremor das mãos, náuseas ou desejo urgente de urinar, sendo que o paciente por vezes está convencido que uma ou outra destas manifestações secundárias constitui seu problema primário.

Os sintomas podem evoluir para um ataque de pânico

Fonte: OMS,1993.

O DSM-IV (1994) descreve a fobia social como 300.23, e a define como ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a certos tipos de situações sociais ou de desempenho, frequentemente levando ao comportamento de esquivar. O fóbio social é alguém que teme uma variedade de situações sociais e de desempenho, porque está preocupado em ser humilhado ou em ser constrangido por funcionar inadequadamente, além de ter medo da avaliação negativa dos outros (DSM-IV, 1994), como apresentados na Tabela 2.

O sujeito com FS pode ter medo de falar em público por receio de que sintomas visíveis de ansiedade sejam notados, como tremor na fala ou na mão; assim, frequentemente, evita ou se esquivar desse tipo de situação. A ansiedade antecipatória excessiva também pode ocorrer antes do advento das situações sociais ou públicas (APA, 2002).

Tabela: 2

Critérios de diagnóstico da Fobia Social/Transtorno de Ansiedade Social segundo DSM-IV

-
- A. Medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho público na qual a pessoa se vê exposta a pessoas fora do campo familiar ou ao possível escrutínio por outras pessoas. Os medos individuais agir de um modo (ou mostrar sintomas de ansiedade), que será humilhante ou embaraçoso. Nota: Em crianças, é preciso ter provas da capacidade de interagir socialmente com as suas famílias são normais e têm sido sempre, e que a ansiedade social é, em reuniões com os indivíduos na sua mesma idade e não apenas em interações com um adulto.
 - B. A exposição à situação social temida quase que invariavelmente provoca resposta imediata de ansiedade, que pode assumir a forma de uma crise de ansiedade situacional, mais ou menos relacionadas com a situação. Nota: Em crianças, a ansiedade pode ser expressa por choro, birras, congelamento ou redução em situações sociais onde os participantes são de fora do contexto familiar.
 - C. A pessoa reconhece que o medo é excessivo ou irracional. Nota: Em crianças podem estar
-

ausentes.

- D. As situações sociais ou atuações em público temidas são evitadas ou vivenciadas com intensa ansiedade ou sofrimento.
- E. A evitação, antecipação ansiosa ou sofrimento que aparece na (s) situação (s) social (s) ou ação (s) em público temida (s) interferem significativamente na rotina normal da pessoa, nos seus relacionamentos (ou acadêmico) e social, existe acentuado sofrimento e clinicamente significativa.
- F. Em indivíduos com menos de 18 anos a duração do quadro sintomático deve durar pelo menos 6 meses.
- G. O temor ou esquiva não se deve aos efeitos fisiológicos diretamente de uma substância (por exemplo, as drogas, medicação) ou uma condição médica geral e não é melhor explicado por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno do Pânico com ou sem agorafobia, transtorno de ansiedade de separação, transtorno dismorfia corporal ou transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizóide personalidade).
- H. Se existe uma condição médica ou outro transtorno mental, o medo descrito no Critério A não está relacionado a estes processos (por exemplo, o medo não é devido à gagueira, ou aos tremores da doença de Parkinson, ou comportamento alimentar anormal na anorexia nervosa ou bulimia nervosa).

Especificar se:

Generalizada: se os temores incluem a maioria das situações sociais (considerar também o diagnóstico adicional de transtorno de personalidade evitativa).

Fonte: DSM-IV, 1994.

A diferença entre a CID-10 e o DSM-IV, reflete nos estudos de prevalência da fobia social, já que os resultados ao utilizar esses manuais são bastante controversos e distintos entre eles (Furmark, 2002). Os critérios utilizados pela CID são mais restritivos e os do DSM-IV são amplos e possuem uma maior sensibilidade para a FS, já que valoriza o prejuízo e as limitações causadas pelo medo social (Baptista, 2007); além disso, inclui critérios para crianças.

Outra divergência é em relação ao aspecto temporal, uma vez que a CID-10 não estipula um tempo da presença dos sintomas como visto no item F da tabela do DSM-IV. Ademais, a CID-10 não considera o medo de falar em audiências como uma situação de fobia social. Em contrapartida, o DSM-IV não especifica os sintomas somáticos ocasionados por este transtorno (Chagas et al, 2010).

1.3. Caracterização da Fobia Social

A fobia social ou transtorno de ansiedade social é considerado nos Estados Unidos como terceiro problema de saúde mental mais comum, depois da depressão e o abuso de álcool (Furmark, 2002). Com curso crônico associado a um considerável comprometimento funcional, pode ser incapacitante em suas formas mais graves (Barlow, 1999; Menezes, Fontenelle, Mululo, & Versiani, 2007).

A presença do TAS na vida do sujeito pode aumentar a procura nos serviços de saúde (Vocaro, Rocha, Uchoa, & Lima-Costa, 2004), pois as possíveis comorbidades contribuem para busca de tratamento. No entanto, cabe ressaltar que a FS é sub-reconhecida e subdiagnosticada pelos profissionais (Chagas et al, 2010). Para Crippa, Osório, Del-Ben, Filho, Freitas e Loureiro (2008) este sub-reconhecimento pode ser ainda mais sério quando fóbicos sociais não procuram ajuda devido ao medo ou receio de serem avaliados ou criticados negativamente por outras pessoas. Com isso, pode ocasionar limitações das atividades que envolvem interações sociais, interferindo de forma negativa na qualidade de vida e no cotidiano, como: trabalho; atividade acadêmica; vida financeira; relacionamento social, familiar e amoroso (Furmark, 2000; Rodríguez, Caballo, García-López, Alcázar & López-Gallonet, 2003).

Segundo Stein e Stein (2008), sujeitos com TAS evitam situações de interação social, mas quando vivenciam tais circunstâncias sentem um intenso desconforto, muitas das vezes acompanhado de sintomas físicos e/ou emocionais, como medo, coração acelerado, tremor, dificuldade de concentração entre outros. No que tange as situações mais temidas e evitadas neste transtorno são: falar, comer, beber, escrever em público, ser o centro das atenções, relacionar com sexo oposto, falar ao telefone e usar banheiros públicos. (APA, 1994; Crippa, Loureiro, Baptista & Osório, 2007). Além disso, pode ocorrer ainda, medo excessivo de um objeto ou situação; comportamento de esquiva em relação ao objeto temido; grande ansiedade

antecipatória quando próximo do objeto ou situação em questão e ausência de sintomas ansiosos quando longe da situação fóbica (Nardi, 2000).

A Associação Americana de Psiquiatria classifica a fobia social em dois tipos: o generalizado e o circunscrito. O primeiro é o mais incapacitante, em que os sujeitos sofrem de maior comprometimento e de ansiedade mais grave relacionada tanto a situações de desempenho em público quanto de interação social; como iniciar uma conversa, participar de pequenos grupos, comparecer a festas. O segundo tipo é restrito a uma ou duas situações de desempenho, como por exemplo, falar em público, escrever ou comer na frente de outras pessoas (Knijnik, Kruter, Cordioli & Kapczinski, 2005).

As causas para o surgimento do transtorno de ansiedade social são bastante discutidas por pesquisadores. Segundo Hudson e Rapee (2000) a origem da fobia social pode estar relacionada aos fatores genéticos, familiares, ambientais e fatores do desenvolvimento. Para Knijnik (2008) o surgimento possui causas múltiplas, um resultado das interações dos fatores: genético, biológico, psicológico, cognitivo, comportamental e psicodinâmico.

Entretanto, sabe-se que a neurobiologia da fobia social é pouca conhecida e incompleta, assim como os fatores relacionados à etiologia são múltiplos. As diferenças individuais de fóbicos sociais como experiências de vida e os aspectos educacionais, econômicos, sociais e culturais; quando em interação, podem contribuir para o surgimento deste transtorno (Picon & Knijnik, 2004; Ito, Roso, Tiwari, Kendall & Asbahr, 2008). Por isto, a identificação desse distúrbio no seu início levaria a um menor sofrimento e diminuiria a chance do aparecimento de comorbidade tão frequente na fobia social.

1.4. Comorbidade

O transtorno de ansiedade social tem sido percebido na literatura como um desencadeador de outros problemas psiquiátricos, sendo muitas vezes, precedentes a outros

transtornos (Rodríguez et al, 2003; Bados, 2009). Segundo Barros Neto (2000), é elevada a comorbidade em fobia social, ocorrendo em 75% dos casos. No entanto, os transtornos comórbidos, de um modo geral, são secundários do ponto de vista cronológico.

As pesquisas com amostras clínicas de Nardi (2000) e Falcone (1995) indicaram que cerca de 80% dos pacientes com transtornos de ansiedade social relatam pelo menos outra doença psiquiátrica. As comorbidades mais frequentes são: fobia simples, depressão maior, transtorno do pânico, abuso de substâncias (álcool e drogas) e ideação suicida (Falcone, 1995; Rodríguez et al., 2003; Knijnik et al, 2005; D'el Rey & Pacini, 2005a; Filho et al, 2010).

A dependência do álcool se encontra entre os transtornos mentais mais comuns e muitas vezes associada com transtorno afetivo, de ansiedade e personalidade (Kessler et al. 1994). A estimativa da prevalência de transtorno de ansiedade social comórbido com o uso desordenado de álcool é de aproximadamente 20% dos pacientes tratados com transtorno de ansiedade social e 15% das pessoas que receberam tratamento para alcoolismo possuem esse transtorno (Thomas, Randall, Book & Randall, 2008).

Segundo Lépine e Pélioso (1998), a relação entre fobia social e álcool é complexa. Os problemas com o álcool aparecem secundariamente à fobia social, atuando como estratégia de enfrentamento dos sintomas de ansiedade. Na pesquisa realizada por eles, aproximadamente 26% de pacientes diagnosticados fóbicos sociais possuem também o diagnóstico de alcoolismo; da mesma forma, 21% de alcoolistas apresentam a fobia social como transtorno.

Este dado também foi encontrado por Pirkola, Poikolainen e Lönnqvisti (2006), que mostraram que, pelo menos, um quinto dos participantes diagnosticados com transtorno depressivo e de ansiedade apresentou dependência de álcool; confirmando a possível relação entre os dois fatores. De acordo com um estudo realizado por Terra, Figueira e Barros (2004),

pacientes com fobia social têm duas vezes mais chances de ter problemas com álcool do que os não fóbicos e indivíduos com problemas de alcoolismo têm nove vezes mais chance de ter fobia social que o resto da população. Dos pacientes internados devido a problemas com álcool, 39% tinham fobia social e em todos a fobia precedia a dependência de álcool. Os autores perceberam que inicialmente o álcool tinha o impacto de diminuir os sintomas fóbicos sociais, embora a situação agravasse posteriormente.

A hipótese para essa comorbidade está relacionada ao fato de que muitos sujeitos bebem para reduzir a ansiedade social. Para Carrigan e Randall (2003), essa automedicação é explicada pela crença de que o álcool diminui o desconforto e a ansiedade, o que favorece a continuação do seu uso. É possível que a expectativa positiva – acreditar que o álcool acalmará a ansiedade social – desempenhe um papel de relação entre a ansiedade social e o uso de álcool. Diferenças de expectativas podem explicar porque nem todos usam o álcool para suportar seus medos (Book & Randall, 2002).

1.5. Prevalência

A taxa de prevalência da ansiedade é considerada alta na população, sendo a fobia social o transtorno de ansiedade mais prevalente, pois entre 5% e 13% da população geral apresentam sintomas de fobia social que resultam em diferentes graus de incapacidade, limitações sociais e ocupacionais (Nardi, 2000; Book & Randall, 2002; Picon, 2006). Dentre as situações mais temidas pelo fóbico social está a de falar em público, seguida de falar com estranhos e conhecer novas pessoas. A situação de desempenho como comer e beber em público, são os casos menos comuns do sujeito com FS (D'el Rey & Pacini, 2005b; Knijnik, 2008).

Uma pesquisa realizada pelo National Comorbity Survey (NCS) com nove mil pessoas concluiu que a prevalência do TAS ao longo da vida é de 12,1%; no período de 12 meses é de

6,8%. Ressalta que neste último 68,7% dos casos apresentaram níveis de FS moderado e grave (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas & Walters, 2005). De acordo com o DSM-IV, a prevalência na população em geral pode variar de 3% a 13%. Nos países ocidentais tem-se estimado entre 7% e 13% (Furmak, 2002).

A prevalência do TAS ao longo da vida na população americana é entre 2,4% e 13,3% e na Europa encontra-se a taxa de 15,6% (Furmark et al, 2000). Para Abumusse (2009) há uma discrepância entre os resultados dos estudos epidemiológicos indicando que a variação das prevalências do TAS está entre 2,6% e 16%. Essas disparidades podem ser explicadas pelas diversas metodologias utilizadas (Book & Randall, 2002) e também pela cultura e o contexto (Furmak, 2002; Ito, Roso, Tiwari, Kendall & Asbahr, 2008).

Bados (2009) evidencia que a fobia social representa de 20% a 35% dos transtornos fóbicos na clínica. Estudos do NCS indicam que a maioria dos pacientes com fobia social sofre de outros quadros psiquiátricos, isto é, cerca de 81% dos pacientes apresentam alguma comorbidade (Kessler, Gruber, Hettema, Hwang, Sampson & Yonkers, 2008).

No Brasil, ainda não há estudos epidemiológicos representativos da população sobre a prevalência da fobia social. No entanto, um estudo realizado por Vocaro, Rocha, Uchoa e Lima-Costa (2004) na cidade de Bambuí com 1037 participantes utilizando a CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) de acordo com os critérios do DSM-III-R, encontrou-se que a prevalência de fobia social durante um mês foi de 7,9%; um ano 9,1% e ao longo da vida 11,8%; sendo que a taxa do TAS durante um mês foi maior entre as mulheres. Perceberam também que a faixa etária (45-65 anos) e o estado civil (divorciados/separados) foram significativamente associados à fobia social.

1.6. Idade de início e características sociodemográficas da Fobia Social

Idade

O início da fobia social é descrito por alguns autores (Rudson & Rapee, 2000; Kessler, 2003) no período da adolescência e início da idade adulta. Para Bados (2009) a média é de 15 anos de idade, sendo pouco provável o seu aparecimento após 23 anos de idade. De acordo com Abumusse (2009), é entre 11 e 15 anos, aparecendo sem comorbidades e de forma pura. Já os autores Rodríguez et al (2003) relatam que estudos epidemiológicos situam a idade média de início entre os 14 a 16 anos, sendo pouco frequente o seu começo a partir dos 25 anos. Para Terra (2005), o início dos sintomas da fobia social ocorre tipicamente antes ou durante a adolescência, quando os relacionamentos sociais e interpessoais são importantes para a formação da identidade.

O transtorno de ansiedade social por ser reconhecido como um problema psiquiátrico crônico está associado a um comprometimento funcional, podendo ser incapacitante em suas formas mais graves (Barlow, 1999; Menezes, Fontenelle, Mululo & Versiani, 2007). O seu aparecimento precoce pode trazer prejuízos negativos no desempenho acadêmico e nos relacionamentos sociais e afetivos, (Baptista, 2007), tendo em vista que possui uma duração vitalícia, embora possa ter sua gravidade atenuada ou remitida ao longo da vida adulta (APA, 1994; Knijnik, 2008).

Sexo

Os estudos realizados que avaliam a distribuição da fobia social entre sexo, expõem que as mulheres têm maior probabilidade de ter este transtorno que os homens (Rodríguez et al, 2003; Kinrys & Wygan, 2005; Bados, 2009), numa proporção de 3:2 (Furmark, 2002). Além disso, o sexo feminino tem uma vez e meia de chance de desenvolver a fobia social ao

longo da vida em comparação com os homens (Tillfors & Furmark, 2007); sendo o medo de falar em público a situação mais frequente (D'el Rey & Pacini, 2005c).

A pesquisa realizada por Kessler et al. (1994) utilizando os critérios do DSM-III-R sugere a presença da ansiedade social ao longo da vida em torno de 15,5% no sexo feminino e 11,1% no masculino. Segundo pesquisa do *National Epidemiologic Sample on Alcohol and Related Conditions* (NESARC) com amostra representativa da população adulta americana (43093 participantes), 1983 sujeitos apresentaram transtorno de ansiedade social ao longo da vida, sendo que nas mulheres a prevalência foi de 5,67% e nos homens 4,20%. Encontrou-se também que ambos os sexos não diferem na procura de tratamento para este transtorno (Xu, Schneier, Heimberg, Prinsivalle, Liebowitz, Wang & Blanco, 2011).

Embora não existam evidências empíricas suficientes para explicar essa diferença, algumas variáveis como aspecto genético, influências hormonais, adversidades na infância (Kinrys & Wygant, 2005; Xu et al, 2011), padrões culturais, educacionais e diferenças entre papéis na sociedade são vistos como fatores para essa divergência entre sexo. Vale ressaltar que a metodologia de pesquisa e vieses clínicos não podem ser descartados. (Furmark, Tillfors, Stattin, Ekselius & Fredrikson, 2000)

Fatores socioeconômicos, estado civil e escolaridade

Os aspectos socioeconômicos, estado civil e escolaridade são fatores que pressupõem uma influência da fobia social na vida do sujeito. Uma pesquisa realizada por Kessler (2003) encontrou que mulheres jovens, solteiras, com baixos níveis educacional e social, têm duas vezes mais de chances de desenvolverem este transtorno. Assim como as características das pessoas fóbicas sociais de serem de classe socioeconômica menos favorecida, com pouca escolaridade, baixa remuneração, falta de suporte social e serem solteiras, já que são menos propensas a se casarem (Furmark, 2002; Rodríguez et al, 2003; Kessler, 2003).

Destaca-se também que os sujeitos com FS estão associados à alta taxa de desemprego, diminuição da produtividade, baixo desempenho e instabilidade na vida profissional. Além disso, são aqueles que contribuem para o maior número de ausências no serviço e aumento nas demissões quando comparados com sujeitos que não possuem este problema (Schneier et al., 1994; Wittchen & Fehm, 2000;) e isso pode refletir no aspecto econômico.

2. A Fobia Social ou Transtorno de Ansiedade Social em Universitários

O estudo da fobia social em amostras de estudantes universitários é bem documentado na literatura recente, com pesquisas em diferentes contextos e culturas (Baptista, 2006; Tillfors e Furmark, 2007; Bella e Omigbodun, 2009; Shah & Kataria, 2010; Caballo et al, 2010).

Apesar de se observar a presença da FS entre os estudantes universitários, alguns autores remetem que este transtorno em pessoas com ensino superior é um dos menos frequentes (Furmark, 2002), pois o fóxico social, às vezes, não finaliza a graduação devido à limitação que este distúrbio ocasiona em sua vida. No entanto, nos estudos de Menezes, Fontenelle e Versiani (2006) e Wiffley, Pike, Dohm, Striegel-Moore e Fairburn (2001) evidenciam que fóxicos sociais com baixa escolaridade tendem a não se informar sobre o transtorno e também a não procurar tratamento de saúde, diferente daqueles com nível educacional elevado.

A situação mais frequente da FS notada nesta população é o medo de falar em público. Para D’el Rey e Pacini (2005c) esta é a que mais interfere na área da escolaridade/educação. No meio universitário, o medo de falar para outras pessoas pode gerar grande ansiedade e, conseqüentemente, comportamento de esquiva e fuga, prejudicando o rendimento acadêmico

e aumentando as chances de evasão escolar (Oliveira & Duarte, 2004; McGaha & Fitzpatrick, 2005).

Um estudo realizado por Baptista (2006) investigou o TAS em universitários brasileiros de diversos cursos das áreas Biológicas, Exatas e Humanas. Seus resultados evidenciaram que a prevalência de TAS nos jovens graduandos foi de 11,6%, o que para o autor foi um percentual considerado elevado. Esse transtorno foi maior para o sexo feminino (12,4%) do que para o masculino (7,4%). Mas ao analisar a fobia social entre as diversas áreas não ocorreu diferença significativa entre os cursos.

Minervino, Fernandes e Pontes (2002) avaliaram a fobia social, experiência de esquiva, desconforto em situações sociais e também o medo de avaliação negativa em estudantes universitários. Foram utilizadas as escalas Liebowitz Social Anxiety Scale –LSAS –, Social Avoidance and Distress Scale – SAD e Fear of Negative Evaluation –FNE, em alunos de ambos os sexos do 7º ao 10º períodos do curso de Direito do Centro Universitário de João Pessoa.

Os resultados encontrados na escala LSAS foram que 27,5% dos alunos apresentaram medo ou ansiedade moderado e 19,8% frequentemente evitam situações que podem gerar ansiedade social. Na escala SAD 52,7% demonstraram desconforto e esquiva social e na FNE 46,1% apresentaram medo da avaliação negativa. Observaram também que à medida que os períodos se avançam os escores na escala LSAS diminuem tanto para ansiedade de desempenho quanto para ansiedade social – 9,6% para alunos do 8º período; 8,5% para alunos do 9º período e 7,2% para o 10º período. Os pesquisadores perceberam que os alunos do sétimo período obtiveram maior significância na escala Liebowitz Social Anxiety Scale em relação aos outros períodos, sugerindo que quanto mais recente no curso, mais elevada está a ansiedade social.

O estudo de Tillfors e Furmark (2007) examinou a prevalência da fobia social e comportamento de esquiva no contexto universitário. A amostra foi de 753 universitários da Suécia, sendo que 84 estudantes apresentaram fobia social. O medo mais frequente foi falar ou desempenhar na frente de um grupo, presente em 71,4% dos alunos com fobia social e 18,7% do total de participantes. Os resultados também não encontraram diferença significativa de fobia social entre homens e mulheres, mas a prevalência desse transtorno foi de 16,1%, o que para os autores é um percentual alto, já que não diferiu da população em geral.

Neste estudo, Tillfors e Furmark (2007) perceberam também que os alunos com fobia social empregam estratégias disfuncionais nas situações sociais em comparação com aqueles sem fobia social. Uma delas é o comportamento de esquiva, neste caso, antecipação da situação de falar em público. Este comportamento de segurança ou de evitação da situação social são comuns em sujeitos com FS (Burato, Crippa & Loureiro, 2009).

Com o objetivo também de analisar a prevalência da fobia social em universitários nigerianos, Bella e Omigbodun (2009) aplicaram 413 questionários, sendo que 82 respondentes (19,8%) apresentaram fobia social. Eles encontraram que em 9,4% a FS estava presente na vida dos alunos e em 8,5% esse transtorno se apresentou nos últimos 12 meses. Em relação a amostra completa, falar em público foi a situação social mais temida, seguida de falar em pequenos grupos. Os resultados mostraram também que o percentual de fobia social foi mais alto que o encontrado na população geral da Nigéria.

Diferentemente do estudo de Tillfors e Furmark (2007), esta pesquisa de Bella e Omigbodun (2009) encontrou a prevalência da fobia social maior no sexo feminino, tanto no tempo de vida quanto nos últimos 12 meses. Esses dados são corroborados com outros estudos (Rodríguez et al, 2003; Kinrys & Wygan, 2005; Bados, 2009) em que as mulheres

têm a probabilidade de uma vez e meia de desenvolverem a fobia social ao longo da vida, em comparação com os homens, considerando os fatores genéticos e hormonais sexuais femininos (Kinrys & Wygant, 2005).

Shah e Katarina (2010) avaliaram o impacto da fobia social em 405 estudantes de várias faculdades da Índia (Medicina, Engenharia, Ciência, Comércio, Artes, Educação e Politécnico) e também investigaram a prevalência, as variáveis demográficas e a qualidade de vida. As pesquisadoras utilizaram os questionários: Inventário de Fobia Social (SPIN), Escala Liebowitz de Ansiedade Social (LSAS), Escala de Incapacidade de Sheehans (Sheehans Disability Scale); e o WHO Quality of Life—BREF, para avaliar a qualidade de vida. Encontraram a prevalência da fobia social em 19,5% dos estudantes, mas não identificaram diferença significativa do transtorno quanto ao sexo, renda familiar e moradia.

Na diferença entre os cursos, Shah e Katarina (2010) identificaram que as faculdades com maior índice de fobia social foram Medicina e Engenharia. As situações mais temidas ou evitadas foram falar em uma audiência (31%) seguida falar numa reunião. As situações de urinar em banheiros públicos e ser o centro das atenções foram detectadas cada uma em 20% dos estudantes. Além disso, os alunos relataram que a fobia social afeta diversas áreas: acadêmica, social, familiar e interpessoal.

No sentido de investigar a fobia social e relacioná-la a imagem corporal e a autoestima, Izgic, Akyüz, Dogan e Kugu (2004) recrutaram 1003 estudantes universitários da Turquia. Através de utilização de questionários e escalas, como por exemplo, Social Phobia Scale, eles verificaram que a prevalência de FS nesta amostra foi de 9,6% e ao longo da vida foi de 7,9%. Perceberam também que a autoestima baixa e a distorção da imagem corporal estiveram mais naqueles com fobia social do que aqueles sem este transtorno.

No estudo realizado por Burato, Crippa e Loureiro (2009) que teve o intuito de validar uma escala de avaliação de comportamentos de segurança diante de situações sociais para estudantes universitários brasileiros, observou-se que aqueles diagnosticados com TAS apresentaram mais comportamentos de segurança e evitação de situações sociais do que aqueles que não tinham o transtorno.

Nesta mesma vertente, Caballo et al (2010) realizaram uma pesquisa com 15504 universitários espanhóis de 20 cursos distintos, para avaliar as propriedades psicométricas do “Cuestionario de ansiedad social para adultos (CASO-A30)” e também distinguir a ansiedade social por sexo e cursos. Os resultados desse estudo demonstraram uma ansiedade social maior no sexo feminino, tanto no aspecto global de ansiedade social quanto nas situações de falar em público/interação com autoridade. Notou-se também que as mulheres do curso de Direito apresentam mais ansiedade na dimensão interação com sexo oposto que as estudantes de Educação. Mas na avaliação global da ansiedade social, o Direito apresentou baixo nível de ansiedade em relação outras carreiras como Saúde, Educação e Economia. Para o autor, este aspecto deveria ser mais investigado, por mais que determinados comportamentos sejam exigidos para este tipo de curso.

Diante do exposto, observa-se que há níveis elevados de ansiedade social e no meio acadêmico algumas atividades – relação interpessoal, participação em trabalhos cujas apresentações são orais e fazer estágio – podem comprometer o desempenho do estudante universitário. Além disso, todas essas situações em geral ocorrem no início do processo acadêmico, requerendo do sujeito novas habilidades sociais (Bolsoni-Silva, Rocha, Cassetari, Daroz, Loureiro, 2011) e estas situações podem gerar para o fóbico social um sofrimento excessivo com grandes limitações, isolamento social e falta de integração na vida do *campus*. Estes fatores, então, podem contribuir para o abandono universitário. (Furmark, 2000; Figueiredo & Barbosa, 2008)

Com isso, torna-se necessário compreender os aspectos da fobia social nos universitários, já que esta pode impedir o bom desenvolvimento do sujeito e interferir de forma desfavorável no meio acadêmico e, conseqüentemente, na qualidade de vida. Portanto, a identificação precoce é relevante, para que estratégias de intervenção sejam construídas com intuito de impedir que este transtorno interfira na vida acadêmica; já que sujeitos fóbicos sociais raramente procuram tratamento para este tipo de patologia (Sheeran & Zimmerman, 2002).

2.1 Os Universitários e Instituições de Direito no Brasil

O Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) realiza anualmente a coleta de dados sobre a Educação Superior no Brasil. Os dados do ano de 2009 registraram que 5,95 milhões de alunos estavam matriculados em rede de ensino público e particular (Brasil, 2010a). Uma pesquisa realizada nas 27 capitais brasileiras, com 12711 universitários de diversos cursos e Instituições de Ensino Superior, identificou que a maioria dos alunos é de classes socioeconômicas A2, B1 e B2; pertence a cursos com duração média de 4 a 5 anos; e o número de estudantes do sexo feminino é maior na região Centro-Oeste, Sudeste, Norte e Nordeste (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010).

No Brasil, o curso superior em Direito é a formação que mais prevalece, ou seja, é a que possui maior número de instituições. O tempo para a formação é em média de 5 anos, podendo ser realizado em turnos noturno e diurno (Guia do Estudante, 2010). O estado de Minas Gerais possui 127 instituições com formação em Direito e na cidade de Juiz de Fora são 8 instituições entre pública e particular (BRASIL, 2010b).

3. Justificativa

A fobia social tem seu surgimento na adolescência e início da idade adulta. Seu curso é contínuo com duração frequentemente vitalícia, embora possa ter seus sintomas remetidos ou atenuados durante a idade adulta (APA, 1994; Knijnik, 2008). Apesar de este transtorno interferir na qualidade de vida, tanto os profissionais de saúde, quanto fóbicos sociais têm dificuldades de identificá-lo. Muitas das vezes a busca pelo tratamento ocorre de forma tardia (Bruce, Heimberg & Coles, 2012), sendo procurado depois de 15 a 20 anos de convivência com os sintomas (Wang, Lane, Olfson, Pincus, Wells & Kessler, 2005). Assim, torna-se importante reconhecê-los precocemente para prevenir o possível desenvolvimento de comorbidades e de prejuízos funcionais ao longo da vida.

A fobia social entre os universitários pode dificultar o desempenho acadêmico, interferir negativamente no desenvolvimento do aluno e no processo de formação profissional e pessoal. No entanto, observa-se que há poucos trabalhos que evidenciam esse distúrbio em estudantes universitários, em especial aqueles do curso de Direito.

No desenvolvimento da carreira jurídica os aspectos como a comunicação, oralidade e o relacionamento interpessoal são habilidades imprescindíveis (Portugal & Germinari, 2010). No entanto a ansiedade, a timidez e o medo de falar em público são barreiras adicionais para o desenvolvimento de habilidades e competências específicas da formação (Ghirardi, 2010).

Desta maneira, esse trabalho através da utilização dos critérios do DSM-IV pretende contribuir no melhor entendimento da fobia social entre os estudantes universitários de Direito, especificamente dos 1º e 8º períodos, tendo em vista que a maioria dos alunos está iniciando sua vida acadêmica, enquanto outros estão em reta final do processo de formação. Neste estudo, almeja-se detalhar a prevalência em cada período, analisando possíveis diferenças com relação a sexo, faixa etária, estado civil e outras variáveis pertinentes.

Além disso, algumas questões são levantadas como: a) a prevalência nesse grupo (1º e 8º períodos) difere das encontradas em outros estudos como Baptista (2006), Tillfors e Furmark (2007), Bella e Omigbodun (2009)?; b) a prevalência dos alunos do 8º difere dos alunos do 1º?; c) quais fatores estão associados à fobia social nesse grupo?

4. Objetivos

O objetivo geral do presente estudo foi investigar a prevalência da fobia social em graduandos dos 1º e 8º períodos do curso de Direito de instituições de ensino superior do município de Juiz de Fora.

4.1 Objetivos Específicos

- 1) Verificar o nível de ansiedade social dos sujeitos;
- 2) Comparar a prevalência da fobia social entre os períodos;
- 3) Verificar os fatores associados à fobia social, como sexo, idade, grupo étnico, estado civil, renda mensal, atividade laboral, repetência e consumo de álcool.

5. Metodologia

5.1. Caracterização da situação de estudo

O presente estudo foi desenvolvido em seis instituições de ensino superior com formação de bacharel em Direito, sendo que uma era de ensino público e as outras particulares, todas situadas no município de Juiz de Fora. Destas, quatro possuem dois turnos (diurno e noturno) e apenas duas oferecem turno noturno. O período de coleta dos dados ocorreu no primeiro semestre de 2012, especificamente entre os meses de março a maio.

Ressalta-se que em duas das 8 instituições de ensino superior com curso de Direito a realização da pesquisa não foi autorizada.

5.2. Constituição da amostra

Participaram do presente estudo 522 alunos dos 1º e 8º períodos tanto de turnos diurno quanto noturno. Os critérios de inclusão para composição dessa amostra foram: sujeitos de ambos os sexos; idade maior ou igual a 18 anos; voluntários regularmente matriculados no curso que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo 1), os quais estavam presentes na sala de aula no momento da aplicação dos instrumentos.

Foram excluídos da pesquisa os alunos que preencheram os instrumentos de forma incompleta ou errada e aqueles que apresentaram alguma deficiência visual, tendo em vista que os questionários foram autoaplicáveis e apresentaram questões que remetiam situações de dependência deste sentido.

5.3. Aspectos Éticos

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora de acordo com parecer CEP/UFJF nº 154/2011 (Anexo 2). Tal aprovação permitiu que a aplicação dos questionários fosse realizada coletivamente, de acordo com a disponibilidade de horários das instituições. A elas foi encaminhada uma carta de apresentação e cópia resumida do projeto explicando os objetivos do presente estudo.

Os participantes da pesquisa, que concordaram com os métodos, receberam dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, que assinaram e entregaram um termo ao pesquisador. Neste termo foram explicados os objetivos do trabalho. Não foi obrigatório o preenchimento do questionário, tendo tais sujeitos a opção de devolvê-lo em branco, sendo-

lhes garantido o sigilo acerca de suas identidades. Não houve custos nem recebimento de auxílio financeiro.

Os resultados serão divulgados em meios públicos, com honestidade científica e mantendo o nome dos participantes em anonimato e de suas instituições de ensino. Todos os procedimentos foram realizados conforme as diretrizes éticas da Resolução CNS nº 196/96.

5.4. Instrumentos

Os questionários utilizados na avaliação dos sujeitos foram:

Questionário sócio demográfico: cujo objetivo era caracterizar os participantes da pesquisa usando as variáveis: período, idade, sexo, grupo étnico, estado civil, com quem vive, renda, repetência na faculdade, faz estágio e participa de atividade laboral além da atividade acadêmica. (Anexo 3)

Audit - Teste para Identificação de Problemas relacionados ao Uso de Álcool – que verifica os níveis de consumo de álcool de uma pessoa. Ele é um instrumento de rastreio desenvolvido com apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS). Contém 10 perguntas com respostas estruturadas, que fornece um escore numérico final ou classifica o padrão de uso em quatro zonas ou níveis: abstinência ou baixo risco (0–7); uso de risco (8-15); uso nocivo (16-19); dependência (20 ou mais). (Anexo 4)

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) é uma escala sintomática composta por 21 itens que avalia a presença de sintomas ansiosos. Ele apresenta lista de sintomas com quatro alternativas cada uma, em ordem crescente do nível de ansiedade. Sua validação, no Brasil, foi realizada por Cunha (2001), que obteve a seguinte classificação: 0 a 9 - mínima; 10 a 16 - leve; 17 a 29 - moderada; e 30 a 63 - grave. (Anexo 5)

Inventário de Ansiedade e Fobia Social (SPAI) desenvolvido por Turner, Beidel e Dancu em 1989 e validado para o português em 2006 por Patrícia Picon. O SPAI é um inventário de autorrelato utilizado para o rastreamento de casos de provável fobia social, quantificação de gravidade de sintomas e avaliação da eficácia terapêutica. Ele contém 45 itens, sendo 32 de fobia social e 13 de agorafobia. Subtraindo o escore de agorafobia do escore de fobia social obtém-se o escore diferencial do SPAI para a fobia social. O ponto de corte mais discriminativo é igual ou superior a 80 pontos para a fobia social e igual ou superior a 39 pontos para a agorafobia. Ressalta-se que as questões referentes à agorafobia não serão analisadas por não coadunarem com os objetivos da pesquisa. (Anexo 6)

No Brasil há diversos instrumentos que avaliam a ansiedade social e a fobia social com propriedades psicométricas aceitáveis, como por exemplo: Inventário de Fobia Social (SPIN); Mini-SPIN; Escala de Comportamento de Segurança na Ansiedade Social (ECSAS); Escala de Ansiedade e Evitação em Situações de Desempenho e Interação Social (EAESDIS) e o SPAI.

A escolha pelo SPAI deve-se ao fato de ser uma ferramenta útil tanto para pesquisa quanto para clínicos, pois avalia 5 fatores de fobia social: interação social; somático e cognitivo; interação grupal; evitação e atenção focada. Além disso, apresentou equivalência à versão inglesa ao analisar consistência interna, estabilidade temporal, validades de face, conteúdo, fatorial, de critério, divergente, convergente e discriminativa (Picon, 2006). Portanto, possui propriedades psicométricas adequadas para o uso em amostras clínicas ou populacionais.

Por ser uma escala de autorrelato é bem aceita e aplicável em amostras de brasileiros com boa escolaridade (Picon, Gauer, Fachel & Manfro, 2005), considerada como a melhor medida para a predição da fobia social. (Osório, Crippa & Loureiro, 2005). Em relação à

opção pelo BAI deve-se ao fato de ser um instrumento consagrado na literatura, podendo ser usado na identificação de ansiedade e depressão, já que aborda sintomas comportamentais, emocionais e fisiológicos (Leyfer, Ruberg & Woodruff-Borden, 2006).

5.5. Análise dos Resultados

Os dados coletados foram digitados no software Statistical Package for Social Science – SPSS. Após a construção deste banco de dados e organização das variáveis, os dados foram submetidos às técnicas de análises exploratórias de dados. As variáveis categóricas foram submetidas ao teste qui-quadrado, assim como a significância da associação entre fobia social e variáveis explicativas. O teste t foi utilizado para verificar diferença entre médias. As variáveis significantes quando da análise bivariada foram incluídas em modelos de regressão logística binomial.

6. Resultados

6.1. Características sociodemográficas

A amostra foi composta por 522 alunos, com média de idade de 22 anos, sendo que 77% eram do 1º período e 23% do 8º período. O turno diurno era frequentado por 39,5% e o noturno 60,5%. Quanto ao sexo, 55,8% eram compostos por homens e 44,2% mulheres. As variáveis, etnia, renda mensal e estado civil, podem ser observadas na Tabela 3.

Tabela 3:
Características da Amostra quanto a Etnia, Estado Civil e Renda Mensal

	Variável	Frequência
Grupo Étnico	Branco	70%
	Negro	9,7%
	Pardo	17,6%
	Amarelo	2,1%
	Índio	0,6%
Estado Civil	Solteiro	89,1%
	Casado/União Estável	7,6%
	Separado/Divorciado	2,9%
	Viúvo	0,4%
Renda Mensal	Menor que 1 salário mínimo	0,2%
	1 a 2 salários mínimos	13%
	3 a 4 salários mínimos	25,9%
	5 a 6 salários mínimos	21,5%
	7 ou mais salários mínimos	39,4%

No que tange a moradia, 10,4% disseram viver sozinho; 4,6% com familiares e 74% com companheiro (a). Quanto à atividade de estágio na faculdade e repetência em alguma disciplina, 81% responderam que já fizeram estágio e 19% ainda não participaram; 92,1% já repetiram matéria e 7,9% ainda não. Ao analisar outras atividades além de cursar a faculdade de Direito, 63,8% dos alunos elencaram que também trabalham e 36,2% não exercem nenhuma atividade laboral.

Ainda em relação à atividade laboral, foi encontrada diferença significativa em relação ao sexo, com $p < 0,001$, indicando que a proporção de homens que exercem outra atividade além do estudo é maior que as mulheres (72,8% versus 53,8%); como observado na Tabela 4.

Tabela 4:
Associação do Sexo e Atividade Exercida

	Trabalha e Estuda	Estuda
Masculino	206 (72,8%)	77 (27,2%)
Feminino	120 (53,8%)	103 (46,2%)

6.2. Prevalência de Fobia Social, Ansiedade e Associações

A prevalência de transtorno de ansiedade social entre os estudantes analisados pelo SPAI indicou que 53,3% apresentaram uma fobia social improvável e 46,7% obtiveram algum

nível desse transtorno, sendo que desses 21,1% demonstraram uma possível e provável fobia social (Tabela 5).

Tabela 5:
Distribuição de Frequência e Porcentagem da Fobia Social dos Estudantes de 1º e 8º Períodos do Curso de Direito.

SPAI	Frequência	%
Fobia social improvável (0-34)	232	53,3
Fobia social leve (34-59)	111	25,5
Possível fobia social (60-79)	47	10,8
Provável fobia social (>80)	45	10,3

Ao analisar os sintomas de ansiedade através do questionário BAI foi percebido que entre os alunos, 45,3% apresentavam ansiedade mínima; 30,1% leve; 16,6% moderado e 7,9% grave. Ao verificar a relação dos sintomas de ansiedade e fobia social através do teste chi-quadrado, encontrou-se uma correlação significativa ($p=0,000$), resultado corroborado através do Coeficiente de Correlação de Spearman, $\rho=0,447$ (Tabela 6).

Tabela 6:
Frequência e Porcentagem Avaliada na Associação da Fobia Social (SPAI) e Ansiedade (BAI)

BAI	SPAI				Total
	Fobia social improvável (0-34)	Fobia social leve (34-59)	Possível fobia social (60-79)	Provável fobia social (>80)	
Mínima	143 73,7%	36 18,6%	12 6,2%	3 1,5%	194 100,0%
Leve	60 46,5%	40 31,0%	17 13,2%	12 9,3%	129 100%
Moderada	18 25,4%	28 39,4%	11 15,5%	14 19,7%	71 100%
Grave	7 20,6%	7 20,6%	6 17,6%	14 41,2%	34 100,0%
Total	228 53,3%	111 25,9%	46 10,7%	43 10,0%	428 100%

Os resultados também evidenciaram uma associação significativa entre fobia social e sexo ($p=0,002$), mostrando que entre o sexo masculino este transtorno é maior que no feminino (Tabela 7).

Tabela 7:
Frequência e Porcentagem Avaliada na Associação da Fobia Social (SPAI) e Sexo

SEXO	SPAI		Total
	Não Apresenta FS	Apresenta algum Nível de FS	
Masculino	103 46,4%	119 53,6%	222 100%
Feminino	123 61,8%	76 38,2%	199 100%
Total	226 53,7%	195 46,3%	421 100%

Pode-se notar que a fobia social não está associada significativamente ao consumo de álcool ($p=0,306$); turno ($p=0,415$); grupo étnico ($p=0,418$); estado civil ($p=0,601$); repetência ($p=0,146$); atividade laboral ($p=0,137$); renda ($p=0,39$); idade ($t=1,25$; $p=0,212$) e também ao período ($p=0,617$), sendo que neste último, os alunos que possuíam algum nível de ansiedade social (leve, possível e provável) foram 45,1% no 1º período e 51,8% no 8º período.

Encontrou-se também que os sintomas de ansiedade não estão significativamente associados ao período ($p=0,843$) e ao turno ($p=0,671$), mas estão correlacionados ao consumo de álcool ($p=0,027$; $\rho=0,113$) e ao gênero ($p=0,032$). Cabe pontuar que o sexo masculino apresenta proporção maior (60,9%) de alunos com algum nível de sintomas de ansiedade (leve, moderado, grave) em comparação com o feminino (48%), como pode ser visto na Tabela 8.

Tabela 8:
Frequência e Porcentagem da Associação da Ansiedade (BAI) e Sexo

SEXO	BAI				Total
	Mínima	Leve	Moderada	Grave	
Masculino	108 39,1%	88 31,9%	53 19,2%	27 9,8%	276 100,0%
Feminino	116 52%	61 27,4%	31 13,9%	15 6,7%	223 100%
Total	224 44,9%	149 29,9%	84 16,8%	42 8,4%	499 100%

As análises dos resultados das variáveis significantes foram incluídas em modelo de regressão logística, como indicados na Tabela 9 e Tabela 10.

Tabela 9:
Valor de p, Razão de Chance, Intervalo de Confiança da Razão de Chance dos fatores associados à FS

Variável	Valor de p	Razão de Chance (RC)	Intervalo de Confiança de 95% da RC	
			Inferior	Superior
Sexo (Masculino)	0,022	1,629	1,071	2,476
BAI (leve a grave)	0,000	4,490	2,938	6,864

Pode-se notar que os homens têm 62,9% a mais de chance de ter algum nível de fobia social do que as mulheres. Quanto à análise do BAI, observa-se que os sujeitos com níveis de leve a grave obtiveram a chance de 349% de ter FS, dado este superior à de quem pontuou nível mínimo no BAI.

Tabela 10:
Valor de p, Razão de Chance, Intervalo de Confiança da Razão de Chance dos fatores associados à Ansiedade (BAI)

Variável	Valor de p	Razão de Chance (RC)	Intervalo de Confiança de 95% da RC	
			Inferior	Superior
AUDIT (Abstinente)	0,008			
AUDIT (Uso de Risco)	0,004	1,939	1,243	3,027
AUDIT (Uso Nocivo)	0,408	1,422	0,617	3,275
AUDIT (Dependente)	0,035	3,636	1,092	12,103
Sexo (Masculino)	0,000	1,971	1,353	2,872

Percebe-se que a chance dos homens apresentar níveis de ansiedade no BAI é 97% maior que em relação às mulheres. No que se referem ao AUDIT, os sujeitos que fazem uso de risco de bebidas alcoólicas têm 93,4% de chance de ter níveis de leve a moderado no BAI quando comparados àqueles que são abstêmios. Já os sujeitos dependentes possuem 263,6% de chance de obter níveis no BAI quando pareados com os abstêmios.

7. Discussão

Como já exposto, o objetivo do trabalho foi investigar a prevalência da fobia social entre os estudantes de Direito do 1º e 8º períodos. Os resultados do instrumento SPAI evidenciaram um percentual de 10,8% para uma possível FS e 10,3% para uma provável FS, sabendo que este questionário é para rastreio e não diagnóstico. Estes valores estão consoantes aos encontrados na literatura para estudantes universitários (Izgiç, Akyüz, Dogan e Kugu, 2004; Baptista, 2006; Tillfors e Furmark, 2007). Em comparação com estudos de população geral, esta estimativa está dentro da estipulada pelo DSM-IV, ou seja, de 3% a 13%, assim como a prevista nos países ocidentais cuja prevalência é de 7 a 13% (Furmak, 2002).

Nota-se que os níveis elevados (possível e provável) de FS correspondem a 21,1%, dados semelhantes ao estudo de Gretarsdottir, Woodruff-Borden, Meeks e Depp (2003), que utilizaram o SPAI em 601 sujeitos, dos quais 24,8% tinham prevalência de FS na faixa etária dos 17 a 55 anos.

Destaca-se também que o instrumento utilizado para o rastreio da FS se baseia nos critérios do DSM-IV e não na CID-10. Isso interfere nos percentuais encontrados distintos e controversos entre essas classificações (Furmark, 2002), visto que o último possui menos critérios para diagnóstico, tornando-o pouco sensível para a identificação desse transtorno. Essa diferença pode ser notada em dois estudos com diferentes metodologias realizadas no

Brasil. Vocaro, Rocha, Uchoa e Lima-Costa (2004) utilizando os critérios do DSM-III-R, encontraram em 1037 participantes a prevalência 7,9% de fobia social durante um mês, um ano 9,1% e ao longo da vida 11,8%. A taxa do TAS durante um mês foi maior entre as mulheres (13%). Já o estudo de Andrade, Walters, Gentil e Laurenti (2002), que entrevistou 1464 sujeitos tendo como critérios da CID-10, constatou a prevalência de 3,5% de TAS ao longo da vida, com predomínio no sexo feminino (4,1%) em relação ao sexo masculino (2,6%).

Em relação a sexo, os resultados do presente estudo evidenciaram a FS e os sintomas de ansiedade maior nos homens que nas mulheres. Dado este divergente do encontrado em outras pesquisas (Rodríguez et al, 2003; Kinrys & Wygan, 2005; Bados, 2009) que expõem as mulheres como mais propensas a terem TAS e transtorno de ansiedade. No entanto, o estudo Abou-Saleh, Ghubash e Daradkeh (2001), nos Emirados Árabes Unidos merece destaque, pois foi encontrada uma prevalência maior de ansiedade social entre o sexo masculino (0,6%) do que entre o feminino (0,3%). Segundo Menezes, Fontenelle e Versiani (2006) há predominância de TAS em homens nas amostras clínicas enquanto as mulheres são diagnosticadas com esse transtorno em estudos epidemiológicos.

Neste trabalho também foi verificada uma associação significativa de fobia social e padrões de ansiedade, indicando que aqueles alunos rastreados com algum nível de TAS também possuem ansiedade seja ela leve, moderada ou grave. Esta associação era esperada, tendo em vista que sujeitos com FS serão mais prováveis de sofrerem dos sintomas de ansiedade.

Por outro lado, não houve correlação com o consumo de álcool, já que estudos (Rodríguez et al, 2003; Bados, 2009) evidenciam a FS como precedentes de outros transtornos, em especial o abuso/dependência de álcool (Merikangas, Avenevoli, Acharyya,

Zhang, & Angst, 2002; Bittencourt, 2004; Terra, 2005; Ham, Bonin & Hope, 2007; Marquenie, Schadé, Balkom, Comijs, Graaf, Vollebergh et al., 2007; Buckner, Timpano, Zvolensky, Ericsson & Schmidt, 2008; Falk, Yi & Hilton, 2008; Buckner & Turner, 2009).

O abuso de álcool entre os estudantes universitários ocasiona prejuízos e comprometimentos nos relacionamentos interpessoais, já que o álcool é usado como uma estratégia de enfrentamento das interações sociais (Cunha, Carvalho, Kolling, Silva & Kristensen, 2007), em especial para aqueles que possuem maior ansiedade social e timidez (Lewis & O'Neill, 2000). Nos estudos Lewis, Hove, Whiteside, Lee, Kirkeby & Oster-Aaland (2008) com objetivo de relacionar os sintomas de ansiedade social e consumo de álcool entre 316 estudantes, foi encontrado que os alunos possuidores de ansiedade social elevada consomem menos álcool, no entanto, tinham mais consequências negativas relacionadas ao consumo dessa substância.

No presente trabalho, destaca-se que somente os sintomas de ansiedade foram associados ao consumo de álcool, indicando que 13,3% são avaliados como dependentes de álcool e possuem algum nível de ansiedade (leve, moderado, grave), sendo que desses 7,3% apresenta ansiedade grave. Estes dados corroboram a ideia de que sujeitos com ansiedade excessiva são mais propensos ao abuso/dependência de álcool (Terra, 2005).

Ao analisar os resultados da atividade laboral percebeu-se que os homens que trabalham e estudam obtiveram uma proporção maior que as mulheres. Também foram aqueles que apresentavam níveis mais elevados de fobia social. Uma possível hipótese para estes resultados pode ser o fato de os homens conseguirem conviver e reger os sintomas de ansiedade de forma a não influenciar em outras atividades de suas vidas, como a laboral.

8. Considerações Finais

A fobia social é um distúrbio que interfere negativamente no cotidiano do sujeito de forma a incapacitá-lo em situações comuns do dia a dia tal como: comer, ir a festas, fazer novas amizades, falar com autoridade ou em público. O reconhecimento de que a inibição social excessiva é um problema de saúde que precisa de tratamento ocorre de forma tardia entre os sujeitos com TAS, após longo tempo de convivência com os sintomas. Além disso, a FS pode ser avaliada como um transtorno secundário a outra morbidade.

Diante disto, os resultados desse trabalho são de significativa importância para a área de estudos desse transtorno, pois ajuda a compreender o universo dos estudantes universitários de carreira jurídica, já que outra pesquisa com esse mesmo público alvo específico, Direito, não foi encontrado artigos, dissertações e teses, apenas com universitários de forma geral. Além disso, contribui para aumentar gradualmente o conhecimento sobre a temática e possibilitar o desenvolvimento de ações curativas e preventivas que poderão melhorar a qualidade de vida dos sujeitos acometidos pela patologia.

A fobia social foi identificada com prevalência elevada entre os estudantes de Direito, comum nos homens, em adultos jovens e solteiros. Não houve diferença significativa entre níveis de FS no 1º e 8º período, assim como associação com o consumo de álcool. O fator que chamou atenção foi que nos homens o envolvimento em outras atividades, como a laboral, foi significativo. Este aspecto merece mais investigação para compreender quais habilidades e/ou estratégias estão envolvidas para que o manejo da ansiedade social excessiva não interfira na vida do sujeito.

A constatação desses dados sugere a identificação precoce do transtorno, com o intuito de fornecer tratamento como forma de impedir que ele se desenvolva e interfira no processo de formação acadêmica, social e profissional, uma vez que na população estudada ter

habilidades como boa oratória, comunicação e assertividade são fundamentais para a formação e ampliação da carreira.

9. Referências

- Abou-Saleh, M. T., Ghubash, R., & Daradkeh, T. K. (2001). Al Ain community psychiatric survey. I. Prevalence and socio-demographic correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36, 20-28.
- Abumusse, L. V. M. (2009). *Transtorno de ansiedade social e os prejuízos funcionais relacionados à vida cotidiana: validação de escalas*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 210pp.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3th ed review). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Associação Psiquiátrica Americana (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM-IV-TR* (4a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- American Psychiatric Association. (2009). *DSM-5 publication date moved to May 2013 News Release*. Disponível em <http://www.psych.org/MainMenu/Newsroom/NewsReleases/2009NewsReleases/DSM-5-Publication-Date-Moved-.aspx>. Acesso em 28 de agosto de 2011.
- Andrade, L., Walters, E. E., Gentil, V., & Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brasil. *Soc.Psychiatry Psychiatry Epidemiology*, 37, 316-325.
- Bados, A. (2009). *Fobia Social: naturaleza, evaluación y tratamiento*. Universitat de Barcelona. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic. Disponível em <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/6321>. Acesso em 16 de Janeiro de 2011.
- Barlow, D. H. (1999). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*. 2ªed. Porto Alegre: Artmed.
- Barros Neto, T. P. (2000). Fobia social: Perfil clínico, comorbidade e diagnóstico diferencial. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(6), 309-315.

- Baptista, C. A. (2006). *Estudo da prevalência do transtorno de ansiedade social em estudantes universitários*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 111pp.
- Bella, T. T., & Omigbodun, O. O. (2009). Social phobia in Nigerian university students: prevalence, correlates and co-morbidity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 458–463.
- Bittencourt, S. A. (2004). *Dependência do álcool e fobia social: Um estudo de associações*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio grande do Sul.
- Bolsoni-Silva, A. T., Rocha, J. F., Cassetari, B. M., Daroz, R. & Loureiro, S. R. (2011). Habilidades sociais, saúde mental e universitários: possíveis relações. In C. V. V. Pessoa., C. E. Costa & M. F. Benvenuti (Org). *Comportamento em Foco 1* (Vol 1, pp.77-84), São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental – ABPMC.
- Book, S. W., & Randall, C. L. (2002). Social anxiety disorder and alcohol use. *Alcohol Research & Health*, 26(2), 130-135.
- Brasil (2010a). *Sinopse das Ações do Ministério da Educação*. Brasília: Ministério da Educação e Cultura.
- Brasil. (2010b). *Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados*. Ministério da Educação e Cultura. Disponível em <http://emec.mec.gov.br/>. Acesso em 28 de outubro de 2011.
- Bruce, L. C. M. A., Heimberg, R. G., & Coles, M. E. (2012). Social Phobia and Social Anxiety Disorder: Effect of Disorder Name on Recommendation for treatment. *Am J. Psychiatry*, 169, 538-538.
- Buckner, J. D., Timpano, K. R., Zvolensky, M. J., Ericsson, N. S., & Schmidt, N. B. (2008). Implications of comorbid alcohol dependence among Individuals with social anxiety disorder. *Depress Anxiety*, 25(12), 1028-1037.
- Buckner, J. D., & Turner, R. J. (2009). Social anxiety disorder as a risk factor for alcohol use disorders: A prospective examination of parental and peer influences. *Drug and Alcohol Dependence*, 100, 128-137.
- Burato, K. R. S. S., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2009). Validade e fidedignidade da escala de comportamento de segurança na ansiedade social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(5), 175-181.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Arias, B., Irurtia, M. J., Calderero, M. y Equipo de Investigación CISO-A España. (2010). Validación del “cuestionario de ansiedad social para adultos” (CASO-A30) en universitarios españoles: similitudes y diferencias entre carreras universitarias y comunidades autónomas. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 18(1) 5-34.

- Carrigan, M., & Randall, C. (2003). Self-medication in social phobia: A review literature. *Addictive Behaviors, 28*, 269-284.
- Chagas, M. H. N., Nardi, A. E., Manfro, G. G., Hetem, L. A. B., Andrada, N. C., Levitan, M. N., Salum, G. A., Isolan, L., Ferrari, M. C. F., & Crippa, J. A. S (2010). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o diagnóstico e diagnóstico diferencial do transtorno de ansiedade social. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 32*, 444-452.
- Crippa, J. A.; Loureiro, S. R.; Baptista, C. A., & Osório, F. L. (2007). Are there differences between early- and late-onset social anxiety disorder?. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 29*, 195-196.
- Crippa, J. A.; Osório, F. L.; Del-Ben, C. M.; Filho, A. S.; Freitas, M. C. S. & Loureiro, S. R. (2008). Comparability Between Telephone and Face-to-Face Structured Clinical Interview for in Assessing Social Anxiety Disorder. *Perspectives in Psychiatric Care, 44* (4), 241-247.
- Cunha, S. M., Carvalho, J., Kolling, N. M., Silva, C. R. & Kristensen, C. H. (2007). Habilidades sociais em alcoolistas: Um estudo exploratório. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 3*(1), 31-39.
- D'el Rey, G. J. F., & Pacini, C. A. (2005a). Comorbidade com a dependência de substâncias nos subtipos da fobia social. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar, 9*(3), 207-210.
- D'el Rey, G. J. F., & Pacini, C. A. (2005b). Tratamento da fobia social circunscrita por exposição ao vivo e reestruturação cognitiva. *Revista de Psiquiatria Clínica, 32* (4), 231-235.
- D'el Rey, G. J. F., & Pacini, C. A. (2005c). Medo de Falar em Público em uma Amostra da População: Prevalência, Impacto no Funcionamento Pessoal e Tratamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 21*(2), 237-242.
- Falcone, E. M. O. Fobia Social. (1995) In: Rangé, B. (ed.): *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos*. Editorial Psy, Campinas.
- Falk, D. E., Yi, H., & Hilton, M. E. (2008). Age of Onset and Temporal Sequencing of Lifetime *DSMIV* Alcohol Use Disorders Relative to Comorbid Mood and Anxiety Disorders. *Drug Alcohol Depend, 94*(1-3), 234-245.
- Figueredo, L. Z. P. & Barbosa, R. V. (2008). Fobia social em estudantes universitários. *Conscientiae Saúde, 7* (1), 109-115.
- Filho, A. S., Hetem, L. A. B., Ferrari, M. C. F., Trzesniak, C., R. Martín-Santos, R., Borduqui, T., F. Osório, L., Loureiro, S. R., Busatto Filho, G., Zuardi, A. W. & Crippa, J. A. S. (2010). Social anxiety disorder: what are we losing with the current diagnostic criteria? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 121*, 216-226.

- Furmark, T. (2000). *Social Phobia – from epidemiology to brain function*. Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy in Psychology presented at Uppsala University, 73pp.
- Furmark, T., Tillfors, M., Stattin, H., Ekselius, L. y Fredrikson, M. (2000). Social phobia subtypes in the general population revealed by cluster analysis. *Psychological Medicine*, 30, 1335-1344.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84–93.
- Ghirardi, J. G. (Org) (2010). Avaliação e métodos de ensino em direito. *Cadernos de Direito GV*, 7 (5), 1 – 114.
- Gretarsdottir, E., Woodruff-Borden, J., Meeks, S., & Depp, C. A. (2003) Social anxiety in older adults: phenomenology, prevalence, and measurement. *Behav. Res. Ther.*, 42(4), 459-475.
- Guia do Estudante (2011). *O Brasil tem mais curso de Direito do Mundo*. Editora: Abril.
- Ham, L. S., Bonin, M., & Hope, D. A. (2007). The role of drinking motives in social anxiety and alcohol use. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 991-1003.
- Ito, L. M., Roso, M. C., Tiwari, S., Kendall, P. C., Asbahr, F. R. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl II), 96-101.
- Izgiç, F., Akyu˘z, G., Dogan, O. & Kugu, N. (2004). Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. *Can J Psychiatry*, 49,630–634.
- Kessler, R. C. et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kessler, R. C. (2003). The impairments caused by social phobia in the general population: implications for intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (Suppl. 417), 19-27.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005) Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kessler, R.C., Gruber, M., Hettema, J.M., Hwang, I., Sampson, N., Yonkers, K.A. (2008). Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychological Medicine*, 38(3), 365-374.
- Kinrys, G. & Wygant, L. E. (2005). Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influência o tratamento? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27,43-50.
- Knijnik, D. Z., Kruter, B., Cordioli, A. V. & Kapczinski, F. (2005). *Tratamento Farmacológico na fobia social: diretrizes e algoritmo*. Porto Alegre: Artmed

- Knijnik, D. Z. (2008). *Fobia Social Generalizada: um estudo comparativo de duas modalidades terapêuticas*. Tese de Doutorado, UFRS, Porto Alegre, Brasil.
- Leyfer, O. T., Ruberg, J. L. & Woodruff-Borden, J. (2006). Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 20, 444–458.
- Lépine, J. P., & Pélioso, A. (1998). Social phobia and alcoholism: A complex relationship, *Journal of Affective Disorders*, 50, S23–S28.
- Lewis, B. & O'Neill, K. (2000). Alcohol expectancies and social deficits relating to problem drinking among college students. *Addictive Behaviors*, 25(2), 295-299.
- Lewis, M., Hove, C., Whiteside, U., Lee, C., Kirkeby, B. & Oster-Aaland, L. (2008). Fitting in and felling fine: Conformity and coping motives as mediators of the relationship between social anxiety and problematic drinking. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 58-67.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Travers, J & Stein, M.B. (2000). Social phobia or social anxiety disorder: what's in a name? *Arch Gen Psychiatry*. 57(2), 191-200.
- McGaha, V. & Fitzpatrick, J. (2005). Personal and social contributors to dropout risk for undergraduate students. *College Student Journal*, 39 (2), 287-297.
- Marquenie, L. A., Schadé, A., Balkom, A. J. L. M., Comijs, H. C., Graaf, R., Vollebergh, W., et al. (2007). Origin of the Comorbidity of Anxiety Disorders and Alcohol Dependence: Findings of a General Population Study. *Eur Addict Res*, 13, 39-49.
- Menezes, G. B., Fontenelle, F. L., & Versiani, M. (2006). Trans-cultural aspects of social anxiety disorder and related conditions: a Brazilian case series and a review of international clinical studies, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(3), 196-200.
- Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Acharyya, S., Zhang, H., & Angst, J. (2002) The spectrum of social phobia in the Zurich cohort study of young adults. *Biol Psychiatry*, 2002; 51(1), 81-91.
- Minervino, A., Fernandes T. A. B. & Pontes, A. (2002). Fobia social em estudantes universitários: uma investigação preliminar [Especial] seção. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 24(2), 26-43. Recuperado em 27 de janeiro de 2011. Obtido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462002000600004&ln=en&nrm=iso.
- Nardi, A E. (2000). *Transtorno de ansiedade social: fobia social – a timidez patológica*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Nutt, D. & Ballenger, J. (2005). *Anxiety Disorders: Panic Disorder and Social Anxiety Disorder*. Oxford: Blackwell Publishing.

- Oliveira, M. A. & Duarte, A. M. M. (2004). Controle de respostas de ansiedade em universitários em situações de exposições orais. *Revista Brasileira de Terapia comportamental Cognitiva*, 6(2), 183-199.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Osório, F. L., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2005). Instrumentos de avaliação do transtorno de ansiedade social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (2), 73-83.
- Picon, P. (2006). *Desenvolvimento da versão em Português do Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) e estudos de fidedignidade e validade em amostras populacionais clínicas e brasileiras*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 406pp.
- Picon, P. & Knijnik, D. Z. (2008). Fobia Social. Em P. KNAPP (Org). *Terapia cognitiva-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 226-247). Porto Alegre: Artmed.
- Picon, P., Gauer, G. J. C., Fachel, J. M. G., & manfro, G. G. (2005). Desenvolvimento da versão em português do *Social Phobia and Anxiety Inventory*(SPAI). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(1), 40-50.
- Pirkola, S. P., Poikolainen, K., & Lonnqvist, J. K. (2006). Currently active and remitted alcohol dependence in a nationwide adult General population—results from the Finnish health 2000 study. *Alcohol & Alcoholism*, 41(3), 315-320.
- Portugal, H., & Germinari, J. (2010). A importância da oratória aos estudantes e profissionais do direito. *Encontro de Iniciação Científica*, 6(6), 21-76. Recuperado em 03 de maio de 2011. Obtido em <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/view/2523/2047>
- Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., Street, L., Del Bene, D. & Liebowitz, M. R. (1994). Functional impairment in social phobia. *J. Clin. Psychiatry*, 55(8), 322-310.
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2010). *I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras*. Brasília: SENAD, pp.284.
- Shah, P. S. & Katarina, L. (2010). Social phobia and its impact in Indian University students. *The Internet Journal of Mental Health*. 6(2).
- Sheeran T, Zimmerman M. (2002). Social phobia: still a neglected anxiety disorder? *J Nerv Ment Dis.*, 190(11), 786-788.
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *Lancet*, 371, 1115–1125.

- Rodríguez, J. O., Caballo, V. E., García-López, L. J., Alcázar, A. I. R., & López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11(3), 405-427.
- Rudson, J. L. & Rapee, R. M. (2000). The Origins of Social Phobia. *Behavior Modification*, 24, 102-129.
- Terra, M. B. (2005). *Fobia social e alcoolismo: um estudo da comorbidade*. Tese de doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Terra, M. B.; Figueira, I., & Barros, H. M. T. (2004). Impact of alcohol intoxication and withdrawal syndrome on social phobia and panic disorder in alcoholic in patients. *Revista do Hospital das Clínicas, São Paulo*, 59(4), 187-192.
- Tillfors, M. & Furmark, T. (2007). Social phobia in Swedish university students: prevalence, subgroups and avoidant behavior. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 79–86.
- Thomas, S. E., Randall, P. K., Book, S. W., & Randall, C. L. (2008). A Complex Relationship Between Co-occurring Social Anxiety and Alcohol Use Disorders: What Effect Does Treating Social Anxiety Have on Drinking?. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(1), 77-84.
- Vorcaro, C. M., Rocha, F.L., Uchoa, E., & Lima-Costa, M. F. (2004). The burden of social phobia in a Brazilian community and its relationship with socioeconomic circumstances, health status and use of health services: the Bambui study *International Journal of Social Psychiatry*, 50(3), 216-226.
- Xu, Y., Schneier, F., Heimberg, R. G., Princisvalle, K., Liebowitz, M. R., Wang, S., & Blanco, C. (2011). Gender differences in social anxiety disorder: Results from the national epidemiologic sample on alcohol and related conditions. *Journal of Anxiety Disorders*. Recuperado em 30 de outubro de 2011. Obtido em <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/view/2523/2047>
- Wang, P. S, Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B. & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 629–640.
- Wiffley, D. E., Pike, K. M., Dohm, F. A., Striegel-Moore, R. H., & Fairburn, C. G. (2001). Bias in binge eating disorder: how representative are recruited clinic samples? *J Consult Clin Psychol*, 69, 383-388.
- Wittchen, H. U. & Fehm, L. (2001). Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *Psychiatr Clin North Am*, 24(4), 617-641.

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “O estudo da Fobia Social entre os estudantes universitários de Direito”. Neste estudo pretendemos Investigar a prevalência da fobia social entre estudantes universitários do curso de Direito.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é que a fobia social possui um curso crônico e incapacitante com isso pode afetar consideravelmente o curso acadêmico, além de comprometer funcionalmente diversas áreas, como profissional e social. Portanto, sua identificação entre os estudantes universitários é relevante, já que o fóbico social raramente procura tratamento para este tipo de patologia.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): Você responderá a quatro questionários. O primeiro instrumento será um questionário sociodemográfico, cujo objetivo é identificar questões referentes aos aspectos sociais, econômicos e demográficos da demanda vigente. O segundo é em relação ao consumo de álcool, cujo objetivo é rastrear o nível de consumo de álcool. O terceiro refere-se à ansiedade, onde você irá identificar quais os sintomas que você apresenta ou apresentou. O quarto refere-se a situações de provável fobia social.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc.

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

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

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____ .

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador(a)

Anexo 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 154/2011

Protocolo CEP-UFJF: 2404.144.2011 **FR:** 431693 **CAAE:** 0129.0.180.000-11

Projeto de Pesquisa: "O Estudo da Prevalência da Fobia Social em estudantes universitários de Direito"

Pesquisador Responsável: Lélío Moura Lourenço

Data prevista para o término da pesquisa: 12/2012

Pesquisador Participante: Luiz Cláudio Ribeiro, Sabrina Maura Pereira

Instituição Proponente: Depto de Psicologia/ICH/UFJF

Análise do protocolo:

Itens Avaliados		Sim	Não	P	NA
Justificativa	O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico	X			
	Objeto de estudo está bem delineado	X			
Objetivo(s)	Apresentam clareza e compatibilidade com a proposta	X			
Material e Métodos	Atende ao(s) objetivo(s) proposto(s)	X			
	Tipo de estudo	X			
	Procedimentos que serão utilizados	X			
	Número de participantes	X			
	Características da população	X			
	Justificativa de participação em grupos vulneráveis	X			
	Informa				
	Crêterios de inclusão e exclusão	X			
	Recrutamento	X			
	Riscos ou desconfortos esperados	X			
	Riscos ou desconfortos esperados	X			
	Coleta de dados	X			
	Tipo de análise	X			
	Cuidados Éticos	X			
	Assegura o arquivamento do material coletado pelo período mínimo de cinco anos				X
	Explicita como será o descarte do material coletado				X
Revisão da literatura	Atuais e sustentam o(s) objetivo(S) do estudo	X			
Resultados	Informa os possíveis impactos e benefícios	X			
Orçamento	Lista a relação detalhada dos custos da pesquisa	X			
	Apresenta o responsável pelo financiamento	X			
Cronograma	Agenda as diversas etapas de pesquisa	X			
	Informa que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê	X			
Referências	Segue uma normatização	X			
Instrumento de coleta de dados	Preserva o sujeito de constrangimento	X			
	Apresenta pertinência com o(s) objetivo(s) proposto(s).	X			
Termo de dispensa de TCLE	Solicita dispensa				X
Termo de assentimento	Apresenta o termo em caso de participação de menores				X
TCLE	Está em linguagem adequada para compreensão de	X			

TCLE	Esta em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito	X			
	Apresenta justificativa e objetivos	X			
	Descreve suficientemente os procedimentos	X			
	Apresenta campo para a identificação dos sujeitos	X			
	Informa que uma das vias do TCLE deverá ser entregue ao	X			

1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

	sujeito				
	Assegura liberdade do sujeito recusar ou retirar o	X			
	consentimento sem penalidades				
	Garante sigilo e anonimato	X			
	Explicita				
	Riscos e desconfortos esperados	X			
	Benefícios esperados	X			
	Ressarcimento de despesas	X			
	Indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa	X			
	Forma de contato com o pesquisador	X			
	Forma de contato com o CEP	X			
Pesquisador	Apresentam titulação e experiência compatível com o	X			
(es)	projeto de pesquisa				
	Apresenta comprovante do Currículo Lattes do pesquisador principal e dos demais participantes.	X			
	Carta de Encaminhamento à Coordenação do CEP	X			
	Folha de Rosto preenchida	X			
	Projeto de pesquisa, redigido conforme Modelo de Apresentação de Projeto de Pesquisa padronizado pela Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPESQ)	X			
Documentos	Resumo do projeto				X
	Declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável pelo setor/serviço onde será realizada a pesquisa	X			
	Um CD-ROM gravado contendo: Projeto de pesquisa, Resumo do projeto e TCLE.	X			

P= parcialmente

NA=Não se aplica

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado
Juiz de-Fora, 04 de agosto de 2011


Profª Drª Iêda Maria Ávila Vargas Dias
Coordenadora – CEP/UFJF

Anexo 3

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

DATA: ____/____/____

1. Período

- A) 1º Diurno
 B) 8º Noturno

2. Data de Nascimento

____/____/____

3. Idade: _____

- 4. Sexo:** Feminino
 Masculino

5. Grupo Étnico

- A) Branco C) Pardo E) Índio
 B) Negro D) Amarelo

6. Estado Civil Atual

- A) Solteiro(a) C) União Estável E) Separado/Divorciado(a)
 B) Casado(a) D) Viúvo(a)

7. Com quem vive

- A) Sozinho(a) C) Familiares E) Outros _____
 B) Companheiro(a) D) Amigos(as)/Colegas

8. Você participa ou participou de algum estágio na faculdade de Direito?

- A) Não B) Sim

9. Além das atividades acadêmicas você exerce alguma atividade laboral/profissional?

- A) Não B) Sim. Qual? _____

10. Você repetiu alguma disciplina da faculdade?

- A) Não B) Sim. Qual? _____ Quantas vezes? _____

11. Qual a renda mensal de sua família?

- A) menor que um salário mínimo D) De 5 a 6 salários mínimos (<7)
 B) De 1 a 2 salários mínimos (<3) E) 7 ou mais salários mínimos
 C) De 3 a 4 salários mínimos (<5)

Anexo 4

AUDIT - Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL: ENTREVISTA

Leia as perguntas abaixo e anote as respostas com cuidado. Inicie a entrevista dizendo:

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses”. Explique o que você quer dizer com **“Consumo de álcool”**, usando exemplos locais de cerveja, vinho, destilados, etc. Marque as respostas nos termos de “doses-padrão”. Marque o número da resposta na caixa à direita.

<p>1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/></p>	<p>6. Quantas vezes ao ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?</p> <p>(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7, 8 ou 9 (4) 10 ou mais <input type="checkbox"/></p>	<p>7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Com que frequência você consome seis ou mais doses de uma vez?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todas os dias <input type="checkbox"/></p> <p><i>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</i></p>	<p>8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p>	<p>9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não no ano passado (4) Sim, no ano passado <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p>	<p>10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não no ano passado (4) Sim, no ano passado <input type="checkbox"/></p>
<p>Anote aqui o resultado <input type="checkbox"/></p> <p>Se o total for maior do que o ponto de corte recomendado, consulte o manual.</p>	

Anexo 5



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. BAI é um logotipo da Psychological Corporation.

Anexo 6

S P A I

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE E
FOBIA SOCIAL

SAMUEL M. TURNER, PH.D.

CONSTANCE V. DANCU, PH.D.

DEBORAH C. BEIDEL, PH.D.

Translated by Patrícia Picon, MD. MS. & Gabriel Gauer, MD. PhD. (FINAL VERSION)

POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE:

INSTRUÇÕES: Nas próximas páginas há uma lista de comportamentos que podem ou não ser relevantes para você. Baseado(a) na sua experiência pessoal indique com que frequência você experimenta estes sentimentos e pensamentos em situações sociais. Uma situação social é o encontro de duas ou mais pessoas (ex. um encontro; uma palestra; uma festa; bares ou restaurantes; conversas com uma pessoa ou grupo de pessoas). *Sentir-se ansioso é uma medida de quão tenso, nervoso, ou desconfortável você fica durante encontros sociais.*

MHS Copyright © 1996, Multi-Health System Inc. All rights reserved.

SPAI - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE E FOBIA SOCIAL

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: M__ F__

Data: ____/____/____

Por favor, utilize a escala listada abaixo e circule o número que melhor reflete com que frequência você experimenta as seguintes reações.

Nunca	Muito Raramente	Raramente	Às Vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
0	1	2	3	4	5	6

1. Eu me sinto ansioso (a) quando estou em situações sociais onde exista um pequeno grupo 0 1 2 3 4 5 6
2. Eu me sinto ansioso (a) quando estou em situações sociais onde exista um grande grupo 0 1 2 3 4 5 6
3. Eu me sinto ansioso (a) quando estou em uma situação social da qual eu me torno o centro das atenções 0 1 2 3 4 5 6
4. Eu me sinto ansioso (a) quando eu estou em uma situação social e tenho que participar de alguma atividade 0 1 2 3 4 5 6
5. Eu me sinto ansioso (a) quando tenho que falar para uma platéia 0 1 2 3 4 5 6

6. Eu me sinto ansioso (a) quando estou falando em uma pequena reunião informal 0 1 2 3 4 5 6
7. Eu me sinto tão ansioso (a) quando tenho que participar de reuniões sociais que eu evito essas situações..... 0 1 2 3 4 5 6
8. Eu me sinto tão ansioso (a) em situações sociais que eu vou embora de reuniões sociais 0 1 2 3 4 5 6
9. Eu me sinto ansioso (a) quando estou em pequenas reuniões com:
- Estranhos 0 1 2 3 4 5 6
- Figuras de autoridade 0 1 2 3 4 5 6
- Sexo oposto 0 1 2 3 4 5 6
- Pessoas em geral 0 1 2 3 4 5 6
10. Eu me sinto ansioso (a) quando estou em grandes reuniões com:
- Estranhos 0 1 2 3 4 5 6
- Figuras de autoridade 0 1 2 3 4 5 6
- Sexo oposto 0 1 2 3 4 5 6
- Pessoas em geral 0 1 2 3 4 5 6
11. Eu me sinto ansioso (a) quando estou em um bar ou restaurante com:
- Estranhos 0 1 2 3 4 5 6
- Figuras de autoridade 0 1 2 3 4 5 6
- Sexo oposto 0 1 2 3 4 5 6
- Pessoas em geral 0 1 2 3 4 5 6

12. Eu me sinto ansioso (a) e não sei o que fazer quando estou em uma situação nova com:

Estranhos	0 1 2 3 4 5 6
Figuras de autoridade	0 1 2 3 4 5 6
Sexo oposto	0 1 2 3 4 5 6
Pessoas em geral	0 1 2 3 4 5 6

13. Eu me sinto ansioso (a) e não sei o que fazer quando estou em uma situação que envolva

confronto com:

Estranhos	0 1 2 3 4 5 6
Figuras de autoridade	0 1 2 3 4 5 6
Sexo oposto	0 1 2 3 4 5 6
Pessoas em geral	0 1 2 3 4 5 6

14. Eu me sinto ansioso (a) e não sei o que fazer quando estou em uma situação embaraçosa com:

Estranhos	0 1 2 3 4 5 6
Figuras de autoridade	0 1 2 3 4 5 6
Sexo oposto	0 1 2 3 4 5 6
Pessoas em geral	0 1 2 3 4 5 6

15. Eu me sinto ansioso (a) quando discuto sentimentos íntimos com:

Estranhos	0 1 2 3 4 5 6
Figuras de autoridade	0 1 2 3 4 5 6
Sexo oposto	0 1 2 3 4 5 6
Pessoas em geral	0 1 2 3 4 5 6

16. Eu me sinto ansioso (a) quando dou uma opinião para:

Estranhos	0 1 2 3 4 5 6
Figuras de autoridade	0 1 2 3 4 5 6
Sexo oposto	0 1 2 3 4 5 6
Pessoas em geral	0 1 2 3 4 5 6

17. Eu me sinto ansioso (a) quando falo de negócios com:

Estranhos.....	0 1 2 3 4 5 6
Figuras de autoridade	0 1 2 3 4 5 6
Sexo oposto	0 1 2 3 4 5 6
Pessoas em geral	0 1 2 3 4 5 6

18. Eu me sinto ansioso (a) quando me aproximo e/ ou inicio uma conversa com:

Estranhos	0 1 2 3 4 5 6
Figuras de autoridade	0 1 2 3 4 5 6
Sexo oposto	0 1 2 3 4 5 6
Pessoas em geral	0 1 2 3 4 5 6

19. Eu me sinto ansioso (a) quando tenho que interagir por mais do que alguns minutos com:

Estranhos	0 1 2 3 4 5 6
Figuras de autoridade	0 1 2 3 4 5 6
Sexo oposto	0 1 2 3 4 5 6
Pessoas em geral	0 1 2 3 4 5 6

20. Eu me sinto ansioso (a) quando bebendo (qualquer tipo de bebida) e/ou comendo na frente de:

Estranhos	0 1 2 3 4 5 6
-----------------	---------------

Figuras de autoridade	0 1 2 3 4 5 6
Sexo oposto	0 1 2 3 4 5 6
Pessoas em geral	0 1 2 3 4 5 6

21. Eu me sinto ansioso (a) quando escrevendo ou datilografando em frente de:

Estranhos	0 1 2 3 4 5 6
Figuras de autoridade	0 1 2 3 4 5 6
Sexo oposto	0 1 2 3 4 5 6
Pessoas em geral	0 1 2 3 4 5 6

22. Eu me sinto ansioso (a) quando falando em frente de:

Estranhos	0 1 2 3 4 5 6
Figuras de autoridade	0 1 2 3 4 5 6
Sexo oposto	0 1 2 3 4 5 6
Pessoas em geral	0 1 2 3 4 5 6

23. Eu me sinto ansioso (a) quando sou criticado ou rejeitado por:

Estranhos	0 1 2 3 4 5 6
Figuras autoridade	0 1 2 3 4 5 6
Sexo oposto	0 1 2 3 4 5 6
Pessoas em geral	0 1 2 3 4 5 6

24. Eu tento evitar situações onde existam:

Estranhos	0 1 2 3 4 5 6
Figuras de autoridade	0 1 2 3 4 5 6
Sexo oposto	0 1 2 3 4 5 6
Pessoas em geral	0 1 2 3 4 5 6

25. Eu saio de situações sociais onde existam:

Estranhos	0 1 2 3 4 5 6
Figuras de autoridade	0 1 2 3 4 5 6
Sexo oposto	0 1 2 3 4 5 6
Pessoas em geral	0 1 2 3 4 5 6

26. Antes de entrar em uma situação social eu penso sobre todas as coisas que podem dar errado.

Os tipos de pensamentos que eu tenho são:

Eu estarei vestido (a) apropriadamente?	0 1 2 3 4 5 6
Eu provavelmente cometerei um erro e parecerei tolo (a)	0 1 2 3 4 5 6
O que eu farei se ninguém falar comigo?.....	0 1 2 3 4 5 6
Se houver um silencio na conversa, o que eu posso falar?.....	0 1 2 3 4 5 6
As pessoas notarão o quão ansioso (a) eu estou.....	0 1 2 3 4 5 6

27. Eu me sinto ansioso (a) antes de entrar em uma situação social

28. Minha voz some ou muda quando eu estou falando em uma situação social

29. Eu não vou falar com as pessoas até que elas falem comigo

30. Eu tenho pensamentos perturbadores quando eu estou em uma reunião social. Por exemplo:

Eu gostaria de poder sair e evitar toda a situação.....	0 1 2 3 4 5 6
Se eu errar novamente eu vou realmente perder a minha confiança	0 1 2 3 4 5 6
Que tipo de impressão eu estou dando?	0 1 2 3 4 5 6
O que quer que eu diga provavelmente irá soar estúpido.....	0 1 2 3 4 5 6

31. Eu experiencio o seguinte antes de entrar em uma situação social:

Sudorese	0 1 2 3 4 5 6
----------------	---------------

- Desejo freqüente de urinar 0 1 2 3 4 5 6
- Palpitações no coração 0 1 2 3 4 5 6
32. Eu experiencio o seguinte em uma situação social:
- Sudorese 0 1 2 3 4 5 6
- Rubor..... 0 1 2 3 4 5 6
- Tremores 0 1 2 3 4 5 6
- Desejo freqüente de urinar 0 1 2 3 4 5 6
- Palpitações no coração 0 1 2 3 4 5 6
33. Eu me sinto ansioso (a) quando estou sozinho (a) em casa..... 0 1 2 3 4 5 6
34. Eu me sinto ansioso (a) quando estou em um lugar estranho..... 0 1 2 3 4 5 6
- 35 Eu me sinto ansioso (a) quando eu estou dentro de qualquer meio de transporte público (ônibus, trem, avião)..... 0 1 2 3 4 5 6
36. Eu me sinto ansioso (a) quando atravesso ruas 0 1 2 3 4 5 6
37. Eu me sinto ansioso (a) quando estou em lugares públicos cheios de gente (lojas, igrejas, cinemas, restaurantes, etc.) 0 1 2 3 4 5 6
38. Estar em lugares grandes e abertos me deixa ansioso (a)..... 0 1 2 3 4 5 6
39. Eu me sinto ansioso (a) quando estou em lugares fechados (elevadores, túneis, etc.) 0 1 2 3 4 5 6
40. Estar em lugares altos me deixa ansioso (a) (prédios altos)..... 0 1 2 3 4 5 6

41. Eu me sinto ansioso (a) quando estou em uma fila muito longa 0 1 2 3 4 5 6
42. Há momentos em que eu sinto que preciso me segurar em algo por medo de que eu possa cair 0 1 2 3 4 5 6
43. Quando eu saio de casa e vou a vários lugares, eu vou com um familiar ou amigo 0 1 2 3 4 5 6
44. Eu me sinto ansioso (a) quando estou dirigindo um carro 0 1 2 3 4 5 6
45. Há certos lugares que eu não vou porque posso me sentir preso (a) 0 1 2 3 4 5 6