

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

EVIDÊNCIAS PSICOMÉTRICAS DO
CUESTIONÁRIO DE ANSIEDAD SOCIAL PARA ADULTOS (CASO-A30)

Marcia Fortes Wagner

Prof^a. Dr^a. Margareth da Silva Oliveira
Orientadora

Porto Alegre

2011

Marcia Fortes Wagner

EVIDÊNCIAS PSICOMÉTRICAS DO
CUESTIONÁRIO DE ANSIEDAD SOCIAL PARA ADULTOS (CASO-A30)

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Margareth da Silva Oliveira

Porto Alegre

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

W134e Wagner, Marcia Fortes
Evidências psicométricas do *Cuestionário de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A30)* / Marcia Fortes Wagner.
Porto Alegre, 2011.
108 f.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Psicologia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS, 2011.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Margareth da Silva Oliveira.

1. Psicologia. 2. Transtorno de Ansiedade Social. 3.
Alcoolismo. 4. Habilidades Sociais. 5. Validação. 6. CASO-
A30. I. Oliveira, Margareth da Silva. II. Título.

CDD 150
155.5

Ficha elaborada pela bibliotecária Isabel Merlo Crespo CRB 10/1201

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**EVIDÊNCIAS PSICOMÉTRICAS DO *CUESTIONÁRIO DE ANSIEDAD
SOCIAL PARA ADULTOS (CASO-A30)***

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Margareth da Silva Oliveira
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PUCRS
Orientadora Presidente

Prof^a. Dr^a. Zilda Aparecida Pereira Del Prette
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - UFSCAR

Prof^a. Dr^a. Eliane Mary Oliveira Falcone
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - UERJ

Prof. Dr. Marco Antônio Pereira Teixeira
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - UFRGS

Prof. Dr. Gabriel José Chittó Gauer
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PUCRS

Ao meu marido, Claudio e aos meus filhos, Thiago e Lucas pelo amor e compreensão dedicados neste período, tolerando minha ausência.

Aos meus pais Jandyr (in memoriam) e Izaura por me incentivarem sempre a investir em meus estudos e vida profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a colaboração das instituições que participaram na realização deste estudo, principalmente ao LABICO/ SAPP (Laboratório de Intervenções Cognitivas do Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia da PUCRS) com o auxílio dos estagiários do referencial cognitivo-comportamental e à Faculdade Meridional/IMED que colaboraram no desenvolvimento desse estudo.

À Prof^a. Dr^a. Margareth da Silva Oliveira, pelo constante apoio, compreensão e orientação, além de exemplo e estímulo à busca de um aprimoramento profissional. Acima de tudo, pela amizade, carinho e confiança demonstrados durante esses anos de convivência.

Aos auxiliares de pesquisa do grupo Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva que estiveram junto comigo nestes quatro anos, pela colaboração, disposição e apoio recebidos durante este período. Aos alunos da IMED que muito auxiliaram na realização deste estudo, desde a aplicação do instrumento em sua primeira e extensa versão, em especial aos alunos da Escola de Psicologia que foram solidários e auxiliaram na coleta de dados. Aos colegas do grupo de pesquisa pela oportunidade de poder compartilhar conhecimentos, dúvidas, angústias e alegrias vivenciadas no decorrer de todas as etapas deste estudo e pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS e, em especial, aos professores, pelo acolhimento e ensino recebidos. Aos funcionários por sua constante dedicação e disponibilidade.

À CAPES pelo apoio financeiro, que me possibilitou a realização do doutorado.

À minha banca Dr^a. Zilda Aparecida Pereira Del Prette, Dr^a. Eliane Mary Oliveira Falcone, Dr. Marco Antônio Pereira Teixeira e Dr. Gabriel José Chittó Gauer pelo aceite do convite para composição da Banca Examinadora deste estudo.

MUITO OBRIGADO!

RESUMO

Esta tese de doutorado descreve o processo de adaptação para a realidade brasileira do Cuestionário de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A30), instrumento de avaliação do Transtorno de Ansiedade Social (TAS)/Fobia Social(FS). Caracteriza-se por fazer parte de um estudo transcultural desenvolvido nos países iberoamericanos Argentina, Austrália, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Espanha, Estados Unidos, Equador, Guatemala, México, Paraguai, Peru, Portugal, República Dominicana, Uruguai e Venezuela, por meio de uma parceria com a Universidade de Granada, na Espanha, tendo como coordenador o Professor Dr. Vicente Caballo. Trata-se de um projeto que integra a linha de pesquisa PROINSTRU: Desenvolvimento, Adaptação, Validação e Padronização de Instrumentos psicológicos à realidade brasileira desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, coordenado pela professora Dra. Margareth da Silva Oliveira. A tese consta de três seções, sendo a primeira teórica, a segunda empírica com os estudos das propriedades psicométricas do instrumento e a terceira uma pesquisa com aplicação do instrumento antes e depois de uma intervenção grupal breve. A seção 1 apresenta a revisão de literatura intitulada “Habilidades sociais no contexto do Transtorno de Ansiedade Social e Dependência de Álcool”, na qual o TAS é conceitualizado e são explorados estudos de associação entre o TAS e a Dependência do Álcool. O estudo investigou as principais proposições discutidas no meio científico relacionadas ao déficit de habilidades sociais enquanto fator de risco ao desenvolvimento destes quadros clínicos e concluiu que uma das intervenções que demonstram eficácia pode ser o Treinamento de Habilidades Sociais. Tal intervenção visa instrumentalizar o indivíduo a desenvolver habilidades sociais e relações interpessoais mais satisfatórias, estimulando estratégias de enfrentamento, resolução de problemas, como resistir ao oferecimento de bebida alcoólica e conseguir dizer não. A Seção 2 apresenta um estudo empírico intitulado “Estudos de Adaptação do Cuestionário de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A30)”, o qual tem o objetivo de estudar as propriedades psicométricas e descrever os estudos de evidência de validade do CASO-A30, viabilizando-o como um novo instrumento de avaliação do transtorno de ansiedade social. A amostra foi constituída de 951 sujeitos, dos quais 537 eram mulheres e 414 homens, correspondendo a 183 pessoas do grupo clínico e 768 de população geral. A média de idade das pessoas foi de 28,58 anos (DP= 11,39). A população clínica foi organizada em dois grupos: 82 sujeitos com TAS e 101 alcoolistas. O CASO-A30 obteve um coeficiente de Alfa de Cronbach de 0,93, demonstrando uma consistência interna altamente satisfatória. A análise fatorial indicou a presença de cinco fatores, tal como nos estudos originais de seus autores, cada um com seis itens e boa consistência interna. A Seção 3 descreve o estudo “Treinamento em habilidades sociais com uso do CASO-A30: estudo de intervenção grupal”, no qual são apresentados os resultados de uma intervenção breve grupal de Treinamento de Habilidades Sociais (THS) com universitários que possuem TAS. Através da aplicação do CASO-A30 antes e depois do THS, buscou-se verificar se o instrumento consegue monitorar mudanças de comportamento nos indivíduos, avaliando a melhora dos sintomas do TAS nos sujeitos submetidos à intervenção. Essa tese revelou que o CASO-A30 em sua versão brasileira apresentou os requisitos necessários em termos de consistência interna e validade fatorial para ser amplamente utilizado como escolha para a avaliação do TAS tanto no âmbito da pesquisa científica quanto na prática clínica.

Palavras-chave: Transtorno de Ansiedade social, Alcoolismo, Habilidades Sociais, Validação, CASO-A30.

ABSTRACT

This thesis describes the process of adaptation process to Brazilian reality of the Social Anxiety Questionnaire for Adults (SAQ-A30) instrument for assessing the Social Anxiety Disorder (SAD) / Social Phobia. It is characterized by being part of a cultural study developed in the Ibero-American countries Argentina, Austrália, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Espanha, Estados Unidos, Equador, Guatemala, México, Paraguai, Peru, Portugal, República Dominicana, Uruguai, e Venezuela, through a partnership with the University of Granada, Spain, with the coordinator Vicente Caballo PhD.. This is a project that integrates research line PROINSTRU: Development, Adaptation, Validation and Standardization of Psychological instruments to the Brazilian reality developed by the Research Group of Evaluation and Treatment in Cognitive Psychotherapy from the Post graduation Program in Psychology at the Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, coordinated by Margareth da Silva Oliveira PhD. The thesis consists in three sections, being the first theoretical, the second with empirical studies of psychometric properties and validity of the instrument, and the third section, with the application of the instrument before and after a brief group intervention. The first section presents the literature review entitled "Social skills in the context of Social Anxiety Disorder and Alcoholism," in which the SAD is conceptualized and are exploited association studies between SAD and alcohol dependence. The study investigated the main ideas discussed in the scientific field related to social skills deficits as a risk factor for development of clinical condition and concluded that one of the interventions that demonstrate efficacy may be the Social Skills Training. This intervention aims to equip the individual to develop social skills and interpersonal relationships more satisfying, stimulating coping strategies, problem solving, how to resist offers of alcohol and to say no. Section 2 presents an empirical study titled "Social Anxiety Questionnaire for Adults (SAQ-A30)", which aims to study the psychometric properties and describe the evidence of validity studies of the SAQ-A30, enabling it as a new instrument for assessment of social anxiety disorder. The sample consisted of 951 subjects, of whom 537 were women and 414 men, corresponding to 183 people in the clinical group and 768 in the general population. The average age of people was 28.58 years ($SD = 11.39$). The clinic population was organized into two groups: 82 subjects with SAD and 101 alcoholics. The SAQ-A30 had a Cronbach Alpha coefficient of 0.93, demonstrating a highly satisfactory internal consistency. Factor analysis indicated the presence of five factors, as in the original studies of their authors, each one with six items and good internal consistency. Section 3 describes the study "Social skills training to use the SAQ-A30: intervention study group", which presents the results of a brief intervention group of Social Skills Training (SST) with students who have SAD. Through the application of SAQ-A30 before and after SST, we sought to determine whether the instrument is able to monitor behavioral changes in individuals, assessing the improvement in symptoms of SAD in subjects undergoing intervention. This thesis revealed that the SAQ-A30 in its Brazilian version presented the necessary requirements in terms of internal consistency and factorial validity to be widely used as a choice for the assessment of SAD both within the scientific research and in clinical practice.

Keywords: Social anxiety disorder, alcoholism, social skills, validation, SAQ-A30.

SUMÁRIO

TABELAS.....	11
LISTA DE SIGLAS.....	12
INTRODUÇÃO.....	13
SEÇÃO 1 – ESTUDO DE REVISÃO DE LITERATURA “HABILIDADES SOCIAIS NO CONTEXTO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL E ALCOOLISMO”.....	18
Introdução.....	18
Prevalência e comorbidades do Transtorno de Ansiedade Social.....	20
Instrumentos para rastreamento do TAS.....	21
Habilidades sociais e uso de substâncias.....	23
Habilidades sociais no TAS e Dependência do Álcool	24
Programas de Treinamento de Habilidades Sociais.....	25
Discussão e Considerações Finais.....	31
SEÇÃO 2 – ESTUDO EMPÍRICO “ ESTUDOS DE ADAPTAÇÃO DO CUESTIONÁRIO DE ANSIEDAD SOCIAL PARA ADULTOS (CASO–A30)”....	34
Introdução.....	34
Método.....	40
Participantes.....	40
Instrumentos.....	40
Procedimentos de coleta de dados.....	43
Aspectos éticos.....	44
Análise dos dados.....	45
Resultados.....	45
Análise descritiva da amostra.....	45
Estudos de Fidedignidade.....	47
Estudos de Validade.....	48

Análise Fatorial.....	48
Evidências de Validade de Critério.....	51
Validade Convergente.....	52
Evidências baseadas em testes que avaliam construtos relacionados.....	53
Discussão dos resultados.....	55
Conclusão.....	60
SEÇÃO 3 – TREINAMENTO EM HABILIDADES SOCIAIS COM USO DO CASO-A30: ESTUDO DE INTERVENÇÃO GRUPAL	62
Introdução.....	62
Método.....	68
Participantes.....	69
Instrumentos.....	69
Procedimentos.....	70
Descrição geral da intervenção.....	70
Descrição dos Encontros.....	72
Resultados.....	76
Discussão.....	78
Conclusão.....	81
CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS.....	86
APÊNDICES.....	99
Apêndice 1 - Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.....	100
Apêndice 2 - Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos.....	102
Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	106

TABELAS

Seção 2 – Estudo empírico “Estudos de evidências psicométricas do *Cuestionário de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A30)*”

Tabela 1 – Características da amostra quanto ao sexo e ocupação.....	47
Tabela 2 - Matriz estrutural de cargas fatoriais da análise das respostas.....	49
Tabela 3 - Eigenvalues da análise fatorial exploratória das respostas.....	50
Tabela 4 - Médias(M), desvios-padrão (DP) e Alfa de Cronbach para os fatores do CASO-A30 pré e pós-teste	50
Tabela 5 – Correlação entre os cinco fatores do CASO-A30 e a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (total e suas subescalas).....	53
Tabela 6 – Correlações entre os cinco fatores do CASO-A30 e os cinco fatores do IHS-Del- Prette.....	54

Seção 3 – Treinamento em Habilidades Sociais com uso do CASO-A30: estudo de intervenção grupal

Tabela 1 - Dados descritivos da amostra.....	77
Tabela 2 – Resultados do teste T pareado para pré e pós-teste.....	78
Tabela 4 – Média (M), desvios padrão (DP) da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz no pré e pós-teste	78

LISTA DE SIGLAS

APA = *American Psychiatric Association*

CASO-A30 = *Cuestionário de Ansiedade Social para Adultos* com 30 questões

CEP = Comitê de Ética da PUCRS

CFP = Conselho Federal de Psicologia

CISO-A = *Cuestionário de Interacción Social para Adultos*

DSM-IV-TR = Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais 4a edição revisada

HS = Habilidades Sociais

IHS-DEL- PRETTE = Inventário de Habilidades Sociais de Del Prette & Del Prette.

LSAS= *Liebowitz Social Anxiety Scale*

PROHABS = Projeto Habilidades Sociais

PROINSTRU= Projeto de Desenvolvimento, Adaptação, Validação e Padronização de Instrumentos psicológicos à realidade brasileira.

PUCRS = Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

SADD = *Short-Form Alcohol Dependence Data*

SPIN = *Social Phobia Inventory*

SPSS = *Statistical Package for the Social Sciences*

TAS = Transtorno de Ansiedade Social

TCC = Terapia Cognitivo-Comportamental

THS= Treinamento de Habilidades Sociais

INTRODUÇÃO

Investigar os relacionamentos interpessoais e as diversas formas como se manifestam nas situações sociais tem sido o foco de muitas pesquisas. Estudos sobre o assunto demonstram uma relação direta entre baixo índice de habilidades sociais e dificuldades e conflitos na relação com outras pessoas, pior qualidade de vida e diversos tipos de transtornos psicológicos, entre eles os transtornos de ansiedade, como o Transtorno de Ansiedade Social (TAS), e o abuso de substâncias (Del Prette & Del Prette, 2001, 2003).

Para aprofundar o estudo sobre o assunto, é necessário compreender o conceito de habilidades sociais. Tal conceito pode ser definido originalmente por Caballo (1996) como:

Habilidades Sociais ou comportamento socialmente habilidoso é um conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais, e que geralmente resolve os problemas imediatos da situação enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas (p. 365).

Outra conceituação de Del Prette e Del Prette (1999) propõe:

As habilidades sociais correspondem a um universo mais abrangente das relações interpessoais e se estendem para além da assertividade, incluindo as habilidades de comunicação, de resolução de problemas, de cooperação e aquelas próprias dos rituais sociais estabelecidos pela subcultura grupal (p. 29).

A assertividade abrange uma subárea das habilidades sociais e, de acordo com a citação de Bandeira, Quaglia, Bachetti, Ferreira e Souza (2005), pode ser caracterizada

como a afirmação dos próprios direitos e a expressão de pensamentos, sentimentos e crenças de maneira apropriada, respeitando o direito das demais pessoas.

Fazem parte do repertório das habilidades sociais inúmeros comportamentos. Alguns desses comportamentos podem ser assim descritos: iniciar, manter e finalizar conversas, pedir ajuda, fazer e responder perguntas, fazer e recusar pedidos, defender-se, expressar sentimentos, agrados e desagradados, pedir mudança no comportamento do outro, lidar com críticas e elogios, admitir erro e pedir desculpas, escutar empaticamente (Falcone 2002; Caballo, 2003b).

Uma das habilidades sociais analisada por alguns autores é a empatia (Falcone, 1999; Pavarino, Del Prette & Del Prette, 2005; Falcone et al, 2008) visto que o comportamento empático, ou seja, compreender o que os outros sentem e pensam, além de manifestar de forma apropriada esta compreensão, apresenta muita importância na qualidade das relações interpessoais no âmbito pessoal e profissional. A avaliação e o treinamento da empatia podem trazer benefícios aos indivíduos que apresentam problemas de desempenho social, aumentando o vínculo com as demais pessoas e reduzindo a ansiedade social.

Nos últimos anos, a produção de referencial sobre habilidades sociais (HS) em geral vem tornando-se mais consistente, tanto em aspectos relacionados à avaliação, quanto à intervenção. Quando se realiza uma avaliação das HS de determinada população, o objetivo é identificar os déficits e reações emocionais disfuncionais que interferem na expressão do comportamento habilidoso (Del Prette & Del Prette, 1999), através da utilização de alguns instrumentos. Entre eles podemos citar as entrevistas, os inventários, os auto-registros e a observação dos comportamentos, os quais podem ser aplicados ao próprio sujeito, aos pais ou aos professores (Del Prette & Del Prette, 1999; Falcone, 2002; Caballo, 2003b; Falcone, 2008).

Nesse sentido, identificada a presença de déficits, pode ser proposta uma intervenção voltada ao desenvolvimento de tais habilidades sociais. Dessa forma, um tratamento que pode ser oferecido é o Treinamento em Habilidades Sociais (THS), direcionado ao ensino de estratégias e habilidades interpessoais aos indivíduos, instrumentalizando-os com recursos que propiciem uma melhora de sua competência interpessoal e individual em situações sociais específicas (Caballo, 2003b).

Em relação aos transtornos psicológicos, alguns pesquisadores comprovam que há correlação entre Habilidades Sociais (HS), Transtorno de Ansiedade Social (TAS) e Transtorno por uso de substâncias. O TAS e a Dependência de Álcool são dois quadros clínicos que muitas vezes ocorrem em associação, visto que os indivíduos tendem a buscar nas bebidas alcoólicas uma redução da sua ansiedade frente a situações de interação social. Levitan, Rangé e Nardi (2008) reforçam a idéia de que os transtornos ansiosos, em especial o TAS e a Agorafobia, podem ser associados com frequência ao déficit em habilidades sociais em situações não-estruturadas.

Entretanto, avaliar um indivíduo e detectar a presença de TAS nem sempre é uma tarefa simples. Um diagnóstico correto requer uma criteriosa avaliação e a utilização de instrumentos válidos e confiáveis, que possam ser adaptados aos hábitos e cultura de um país, além de terem um construto fidedigno.

Para ser considerado legítimo, um instrumento de medida deverá apresentar evidências empíricas de sua validade e fidedignidade, sendo que a validade tem sido entendida como a verificação do que o teste avalia e se ele realmente mede aquilo que se propõe (Pasquali, 2001). Estudos de validade e de precisão de testes psicológicos são elementos fundamentais para garantir a confiabilidade dos resultados das aplicações.

A Resolução CFP nº 02/2003, promulgada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), teceu esclarecimentos sobre os testes psicológicos e propôs um conjunto de

propriedades básicas que os instrumentos devem apresentar. Destacou que instrumentos estrangeiros traduzidos para o português necessitam ser “adequados a partir de estudos realizados com amostras brasileiras, considerando a relação de contingência entre as evidências de validade, precisão e dados normativos com o ambiente cultural onde foram realizados os estudos para sua elaboração” (Conselho Federal de Psicologia, CFP, 2003, p. 4).

Corroborando as considerações da Resolução CFP nº 02/2003, foi publicado recentemente outro texto elucidando os aspectos técnicos e conceituais da ficha de avaliação dos testes psicológicos. Este documento foi organizado pelo CFP, visando atualizar os conceitos relacionados à validade dos testes a partir das exigências da *American Psychological Association* (Nunes & Primi, 2010).

A presente tese de doutorado intitulada “Evidências Psicométricas do *Cuestionário de Ansiedade Social para Adultos – CASO A30*” corrobora o estudo sobre o papel das habilidades sociais nos transtornos psicológicos, em especial no Transtorno de Ansiedade Social (TAS), associado à Dependência de Álcool, visando descrever o processo de adaptação para a realidade brasileira do *Cuestionário de Ansiedad Social para Adultos/CASO-A30* (Caballo et al., 2010a, 2010b). Está inserida no Grupo de Pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, coordenado pela professora Dra. Margareth da Silva Oliveira, integrando a linha de pesquisa PROINSTRU: Desenvolvimento, Adaptação, Validação e Padronização de Instrumentos psicológicos à realidade brasileira.

Foi elaborada a partir de três seções relatadas a seguir:

A seção 1 constitui-se de uma revisão de literatura intitulada “Habilidades Sociais no contexto do Transtorno de Ansiedade Social e Dependência de Álcool”, na qual o TAS é

conceitualizado e são explorados estudos de associação do TAS e Dependência de Álcool. Nesta seção foram identificadas produções científicas catalogadas nos bancos de dados computadorizados *PubMed*, *Psycinfo*, *Web of Science* e *Lilacs* no intervalo dos anos de 1999 a 2010, com os descritores *social skills*, *social skills training*, *social anxiety disorder*, *social phobia*, *alcohol*, *substance abuse*, com a finalidade de investigar o presente tema. Os descritores nas bases de língua portuguesa foram: habilidades sociais, treinamento de habilidades sociais, ansiedade social, fobia social, álcool, abuso de substância. Alguns referenciais originaram-se de livros, teses de doutorado e dissertações de mestrado, entre outros, que não poderiam deixar de ser citados.

A seção 2 apresenta um estudo empírico intitulado “Estudos de Adaptação do *Cuestionário de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A30)*”, o qual tem o objetivo de estudar as propriedades psicométricas e descrever os estudos de evidência de validade do CASO-A30, viabilizando-o como um novo instrumento de rastreamento de sintomas do transtorno de ansiedade social.

Já a seção 3, “Treinamento em habilidades sociais com uso do CASO-A30: estudo de intervenção grupal” descreve os estudos de validade no contexto de uma intervenção breve grupal de Treinamento de Habilidades Sociais com universitários que possuem Transtorno de Ansiedade Social, com aplicação do CASO-A30 antes e depois, para comprovar se o instrumento apresenta sensibilidade e identifica uma melhora no comportamento social dos indivíduos. Segundo Cummings e Hulley (2008), a capacidade de um instrumento detectar mudanças pode ser testada por sua aplicação antes e depois de um tratamento eficaz. Nunes e Primi (2010) reforçam que o estudo de validade pode ser feito no contexto de uma intervenção planejada para alterar o construto que o instrumento pretende avaliar e, desta forma, possibilita verificar se este é capaz de captar mudanças resultantes da intervenção.

SEÇÃO 1 – REVISÃO DE LITERATURA

“HABILIDADES SOCIAIS NO CONTEXTO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL”

Introdução

O presente trabalho propõe uma revisão da literatura sobre as habilidades sociais nos quadros clínicos do Transtorno de Ansiedade Social e no abuso de substâncias. Nesse sentido, busca investigar as principais teorias propostas e discutidas no meio científico relacionadas ao déficit de habilidades sociais enquanto fator de risco ao desenvolvimento de transtornos psicológicos.

De acordo com os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association, APA, 2002*), o Transtorno de Ansiedade Social (TAS) ou Fobia Social (FS) requer “um medo acentuado e persistente de situações sociais ou de desempenho nas quais o indivíduo poderia sentir vergonha, medo de humilhação e evitação” (APA, 2002, p. 437). Para a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (*World Health Organization, WHO, 1993*), é necessário que apenas um desses sintomas esteja presente para diagnosticar o TAS e especifica que o medo de escrutínio deve estar envolvido com pequenos grupos de pessoas; medo de falar frente a grandes públicos não é considerado como uma condição fóbica patológica.

Em grande parte das referências pesquisadas, consta a nomenclatura “Transtorno de Ansiedade Social”, enquanto em outras é utilizada “Fobia Social”. O presente estudo optou

por seguir a tendência de consolidar a expressão técnica de "Transtorno de Ansiedade Social (TAS)".

Inúmeras situações são consideradas ameaçadoras por indivíduos com TAS, visto que existe um medo persistente de serem avaliados ou julgados em momentos de interação social ou de desempenho (WHO, 1993; Nardi, 2000; APA, 2002; Chagas et al., 2010). Entre as situações sociais que os indivíduos com TAS mais temem e evitam, o falar em público é o medo mais prevalente. Tal dado é frequente na maioria das publicações, enfatizando que esse medo é comum em diferentes países e culturas (Hofman & DiBartolo, 2000; Nardi, 2000; APA, 2002; D'El Rey & Pacini, 2005a, 2005b; Osório, Crippa & Loureiro, 2009).

Existem dois subtipos de TAS: 1) generalizado, que se relaciona ao medo da maioria das situações sociais e de desempenho e 2) circunscrito, específico ou não generalizado, o qual pode ser caracterizado pelo medo de uma única situação pública de desempenho ou de um pequeno número de situações de interação social. Os indivíduos que possuem o subtipo generalizado estão mais propensos a apresentar "déficits nas habilidades sociais e a ter grave prejuízo social e ocupacional" (APA, 2002, p.438).

O TAS está entre os mais comuns de todos os transtornos psicológicos, mas com frequência não diagnosticado nos serviços de saúde. O diagnóstico diferencial do TAS pode auxiliar na identificação do transtorno. O diagnóstico diferencial é bastante complexo, pois as características clínicas do TAS podem se assemelhar com outros quadros clínicos que apresentam esquiva de situações sociais (Michels & Torres, 2004; Chagas et al, 2010), entre eles depressão, transtorno de pânico com agorafobia, transtorno de ansiedade de separação e transtorno de ansiedade generalizada (APA, 2002). Para o correto diagnóstico de TAS, é necessário averiguar o grau de prejuízo do indivíduo em

função da sua ansiedade, suas crenças sobre sua eficácia social e a extensão de áreas de sua vida afetadas pelo transtorno.

Prevalência e Comorbidades do Transtorno de Ansiedade Social

O TAS é um quadro clínico que usualmente tem início precoce na infância ou adolescência, com prevalência média ao longo da vida variando de 3 a 13%, e provoca uma grande incapacidade e redução da qualidade de vida. A idade média de início situa-se em uma fase intermediária da adolescência e pode estar relacionada com um histórico de timidez na infância, apresentando maior incidência no sexo feminino em estudos epidemiológicos, apesar de algumas amostras clínicas evidenciarem igual representação entre os sexos ou maioria do sexo masculino. Indivíduos com esse transtorno tendem a apresentar dificuldades tanto na vida acadêmica quanto no trabalho, habilidades sociais empobrecidas e menor probabilidade de estabelecer um relacionamento amoroso ou casar (Sareen & Stein, 2000; APA, 2002; Marom, Aderka, Hermesh & Gilboa-Schechtman, 2009).

As investigações sobre a comorbidade do TAS destacam outros Transtornos de Ansiedade, Transtornos do Humor, Transtorno de Personalidade Esquiva, Bulimia Nervosa e Transtornos Relacionados a Substâncias (APA, 2002; Biondi & Arcangeli, 2004; Irurtia, Caballo & Ovejero, 2009), em especial a comorbidade do TAS com a Dependência de Álcool (Terra, Figueira & Barros, 2004; D'El Rey & Pacini, 2005a). Essa dependência “consiste na presença de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos” que indicam que a pessoa vem utilizando uma substância, apesar dos problemas significativos causados. Relaciona-se a um padrão repetitivo de ingerir bebidas alcoólicas “que resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo” (APA, 2002, p.208).

Terra, Figueira e Barros (2004) focalizaram a comorbidade com a Dependência de Álcool, explorando o impacto das fases de intoxicação e de abstinência do uso de bebida alcoólica sobre o curso do TAS, concluindo que o uso do álcool diminui os sintomas da fobia social a princípio e acaba agravando-os, posteriormente. Para outros, como Thevos, Thomas e Randall (2001) e D'El Rey e Pacini (2005a), o TAS é o transtorno primário, com o abuso/dependência de substâncias surgindo mais tarde. A severidade da resposta de ansiedade em situações sociais para esses indivíduos é muitas vezes incapacitante, o que os fazem evitar a situação ou consumir álcool, ou ambos. O indivíduo, ao não conseguir desenvolver um repertório bem-elaborado de habilidades sociais e perceber suas dificuldades no estabelecimento de vínculos interpessoais, pode ser estimulado a desenvolver o comportamento de beber, tendo a ansiedade social como produtora do uso de bebidas alcoólicas, o que pode resultar em abuso ou dependência dessa substância.

Instrumentos para rastreamento do TAS

Para a escolha de um tratamento eficaz, é necessária uma criteriosa avaliação psicológica do indivíduo e um correto diagnóstico, visto que avaliar um indivíduo e detectar a presença de TAS nem sempre é uma tarefa simples. Dessa forma, uma boa avaliação requer a utilização de instrumentos válidos e confiáveis, que estejam adaptados para a cultura do país.

Entre os instrumentos existentes para identificar a presença de TAS, é possível destacar a *Liebowitz Social Anxiety Scale*/ Escala de Ansiedade Social de Liebowitz, LSAS (Liebowitz, 1987; Terra et al.,2006), o *Social Phobia and Anxiety Inventory*/ Inventário de Fobia Social e Ansiedade, SPAI (Turner, Beidel, Dancu & Stanley, 1996; Picon, Gauer, Fachel, & Manfro, 2005) e o *Cuestionário de Ansiedad Social para Adultos*, CASO-A30

(Caballo et al., 2010a, 2010b), cuja versão brasileira está sendo conduzida pelo Grupo de Pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Wagner & Oliveira, 2007b; Oliveira, Caballo, Wagner & Susin, 2009), com a apresentação dos estudos de validação na presente tese. Já o Inventário de Habilidades Sociais, IHS-Del-Prette (Del Prette & Del Prette, 2001), é um instrumento elaborado e validado por um grupo de pesquisadores brasileiros com o objetivo de aferir o repertório de habilidades sociais do indivíduo, sendo que seus resultados permitem identificar déficits e recursos, bem como o planejamento de estudos e programas de prevenção.

A Liebowitz Social Anxiety Scale/ Escala de Ansiedade Social de Liebowitz, LSAS (Liebowitz, 1987; Terra et al., 2006) é um instrumento amplamente utilizado em diversos países na prática clínica dos profissionais da saúde, bem como no âmbito da pesquisa. Segundo a revisão de literatura realizada por Osório, Crippa e Loureiro (2005), essa escala já havia sido adaptada para o inglês, francês, hebraico, turco e espanhol. Posteriormente, Terra et al. (2006) desenvolveram o estudo da consistência interna e estrutura fatorial da versão em português, enquanto Zubeidat, Salinas e Sierra (2008) investigaram as propriedades psicométricas da LSA em população espanhola, sendo que a escala mostrou-se confiável e estruturalmente válida em todos os estudos.

O *Social Phobia and Anxiety Inventory*/ Inventário de Fobia Social e Ansiedade, SPAI (Turner, Beidel, & Dancu, 1989), instrumento de 45 itens, foi traduzido recentemente para o português por Picon, Gauer, Fachel e Manfro (2005). Os resultados do estudo brasileiro demonstraram que esse inventário é uma medida fidedigna e válida para rastreamento e avaliação de indivíduos com TAS.

O Inventário de Habilidades Sociais, IHS-Del-Prette (Del Prette & Del Prette, 2001) tem sido muito utilizado em pesquisas sobre avaliação de HS. A maioria investigou

o repertório socialmente habilidoso de estudantes universitários (Del Prette, Del Prette & Barreto, 1999; Magalhães & Murta, 2003; Del Prette et al., 2004; Barreto, Pierre, Del Prette & Del Prette, 2004; Villas Boas, Silveira & Bolsoni-Silva, 2005; Bolsoni-Silva, 2009).

Todos os estudos concluíram que o IHS é um instrumento válido para medir o construto de habilidades sociais, a partir de variadas dimensões comportamentais e situacionais deste conceito. Poucos pesquisadores (Aliane, Lourenço & Ronzani, 2006; Wagner & Oliveira, 2007a, 2009; Rodrigues & Oliveira, 2010) dedicaram-se à investigação das HS em população clínica utilizando este instrumento.

Habilidades sociais e uso de substâncias

Nas últimas décadas, pesquisas envolvendo a área de habilidades sociais no abuso de substâncias foram desenvolvidas no exterior, como os de Botvin, Baker, Renick, Filazzola e Botvin (1984) e Botvin e Griffin (2004). Seus enfoques abrangiam a importância de tratamentos preventivos de abordagem cognitivo-comportamental voltados ao desenvolvimento das competências gerais para a vida, bem como ao ensino de estratégias para resistir à pressão direta interpessoal para utilização de substâncias.

A literatura tem evidenciado a relação entre habilidades sociais (HS) e transtornos psicológicos (Falcone, 2000; Scheier, 2001; Del Prette & Del Prette, 2002; Furtado, Falcone & Clark, 2003; D'El Rey & Pacini, 2005a), como esquizofrenia, transtornos afetivos e de ansiedade, transtornos invasivos (como autismo), e abuso e dependência de drogas (Scheier, Botvin, Diaz & Griffin, 1999; Botvin, Baker, Renick, Filazzola & Botvin, 1984; Botvin & Griffin, 2004; Wagner & Oliveira, 2007a).

Alguns estudos abordam a respeito dos chamados déficits em habilidades sociais que podem estar presentes no uso de substâncias sob a forma de baixa competência social e dificuldades específicas, como enfrentamento de situações de risco à auto-estima e resolução de problemas, dificuldades que podem levar o indivíduo a uma fuga, via uso de substâncias (Scheier, Botvin, Diaz & Griffin, 1999; Irurtia, Caballo & Ovejero, 2009). A existência de relações significativas entre abuso de substâncias psicoativas e déficits em HS tem sido comprovada em diversas investigações científicas (Spooner, 2000; Weiberg, 2001; Barkin, Smith & Durant, 2002; Caballo, 2003a; Alexandre, Del Rio & Pol, 2004; Wagner & Oliveira, 2009), apesar de poucas conseguirem comprovar uma relação causal entre ambos.

Habilidades Sociais no TAS e Dependência do Álcool

Estudos científicos envolvendo a relação das HS no TAS e na Dependência do Álcool ainda são em número reduzido. Terra (2005) realizou um estudo com 300 pacientes alcoolistas entrevistados na hospitalização e re-entrevistados em suas residências, visando investigar alguns dados em indivíduos que possuem essa associação entre TAS e alcoolismo. Em seus resultados, identificou um predomínio (91,7%) de homens na amostra, com idade média de 41,5 anos. Tais achados são confirmados no DSM-IV-TR, o qual descreve que “o Abuso e Dependência de Álcool são mais comuns entre indivíduos do sexo masculino” (APA, 2002, p.233).

Bittencourt, Oliveira e Souza (2005) pesquisaram 100 dependentes do álcool internados em unidades de tratamento e constataram que todos os sujeitos que apresentavam TAS referiram a presença de seus sintomas antes do início do uso abusivo do álcool, alegando que o alcoolismo age atenuando os sintomas desse transtorno. O uso de

álcool, de acordo com Cardigan e Randall (2003) pode ocorrer como automedicação para diminuição da ansiedade elevada frente a situações sociais e de desempenho em fórbicos sociais. Pode-se, então, concluir que é fundamental o diagnóstico adequado das comorbidades para indicar a forma de intervenção mais eficaz e com consequente aderência ao tratamento para alcançar um sucesso terapêutico.

Aliane, Lourenço e Ronzani (2006) estabeleceram uma relação entre o campo das HS e a dependência de substâncias psicoativas, identificando os índices de HS dos dependentes pesquisados abaixo da média, quando comparados à média da população, conforme consta no Inventário de Habilidades Sociais- IHS-Del-Prette (Del Prette & Del Prette, 2001). Constataram que 50% da amostra de alcoolistas de um estudo estavam abaixo da média do grupo de referência do IHS e que 30% dos alcoolistas em abstinência também apresentavam essa média.

Programas de Treinamento de Habilidades Sociais

De acordo com Bolsoni-Silva (2002), o estudo teórico e prático do Treinamento de Habilidades Sociais (THS) é fundamental, visto que os indivíduos ficam muito tempo engajados em interações sociais. Ao conseguirem ser socialmente habilidosos, promovem interações sociais mais satisfatórias, com aumento dos reforçadores, o que pode auxiliar na prevenção e/ou redução das dificuldades psicológicas. D'El Rey e Pacini (2006) fortalecem o THS enquanto opção de tratamento de quadros clínicos, entre eles o TAS, através da utilização de técnicas como a modelagem pelo terapeuta, ensaio comportamental, reforçamento social e treinamento realizado fora da sessão, visto que esses recursos podem ser eficazes na redução da ansiedade no confronto interpessoal.

Corroborando esses dados, uma revisão de literatura a respeito de TAS e habilidades sociais realizada por Angélico, Crippa e Loureiro (2006), concluiu que o perfil de indivíduos com TAS generalizado ou que apresentam níveis elevados de ansiedade social pode ser caracterizado pela presença de prejuízos em suas habilidades sociais, afetando negativamente o seu desempenho social, suas habilidades de comunicação, percepções interpessoais e competência social. Nos resultados dos estudos, concluiu que o THS pode ser considerado um dos melhores tratamentos de escolha aplicados no contexto clínico em pacientes com diagnóstico de TAS generalizada.

O tratamento dos transtornos de ansiedade, entre eles o TAS, associado à dependência de álcool e outras drogas, pode ser semelhante ao que se preconiza para os transtornos de ansiedade sem abuso de substâncias. Entretanto, é necessário que a pessoa seja exposta a situações desencadeadoras de ansiedade, eliminando os comportamentos de esquiva e evitação que mantêm e reforça o transtorno. Além disso, é prioritária a realização de um trabalho de reestruturação cognitiva de tais situações, com correção de prováveis crenças distorcidas em relação à auto-eficácia, e ensino de estratégias para lidar com os sintomas fisiológicos da ansiedade (Irurtia, Caballo & Ovejero, 2009).

Nesse sentido, o treinamento de habilidades sociais (THS) é uma intervenção que vem sendo estudada e considerada adequada para o tratamento do TAS, bem como no abuso de álcool e outras drogas. Sua eficácia está sendo estudada não apenas no tratamento, mas também na prevenção dos transtornos por uso de substâncias psicoativas. Porém, ainda são poucos os estudos de associação entre habilidades sociais, TAS e alcoolismo.

Murta (2005), ao revisar a literatura sobre o tema, reconheceu que a produção brasileira envolvendo programas de THS tem início recente, comparada à produção em outros países, como os de língua inglesa e espanhola. Porém, apresentam delineamentos

pré-experimentais em contextos diversificados e cuidados metodológicos relevantes. Bolsoni-Silva et al. (2006) confirmaram tais questões, referindo que o campo teórico-prático do THS ainda pode ser considerado recente no Brasil, apesar de estar em crescimento, com a existência de grupos de pesquisa que possuem uma produção regular e interesses em aspectos voltados à cultura brasileira. Existe uma maior produção de estudos empíricos em relação aos conceituais, concluindo que ainda é pouco investigado o repertório de habilidades sociais de populações clínicas, tais como depressão, TAS ou fobia social, abuso de substâncias, entre outras, além de existirem poucos estudos-modelos e manuais de intervenção.

O THS envolve o treinamento dos indivíduos para se tornarem competentes em suas interações sociais. Inclui o ensino e a prática de habilidades sociais pela utilização de técnicas cognitivo-comportamentais como fornecimento de instruções, ensaio de modelagem comportamental, tarefas de casa, *feedback* corretivo verbal e em vídeo, reforço positivo, reestruturação cognitiva, solução de problemas, relaxamento e vivências grupais (Caballo, 2003b; Feldman & Rivas-Vazquez, 2003; Marom, Aderka, Hermesh & Gilboa-Schechtman, 2009).

Programas de THS para o tratamento dos transtornos de ansiedade, em especial no TAS, tem se mostrado como uma intervenção que apresenta bons resultados. Bieling, McCabe e Antony (2008) reforçam a idéia da utilização do THS como componente do tratamento comportamental em diversos casos, tais como transtorno de ansiedade social/fobia social, depressão, esquizofrenia, problemas conjugais, entre outros. Ponniah e Hollon (2008) realizaram um artigo de revisão para identificar as intervenções psicológicas para o TAS em adultos e proporcionar uma atualização sobre as quais são apoiadas empiricamente.

Uma intervenção psicoterápica voltada ao TAS deve facilitar a aprendizagem de novas habilidades sociais e prevenir a redução de comportamentos inadequados. Nos estudos de Stravynski et al. (2000), é reforçada a ideia que o THS para o TAS envolve a identificação, discussão e prática das situações temidas. Para Lörh (2001), isso pode auxiliar o indivíduo a buscar maneiras mais assertivas de relacionamento e lidar melhor com as dificuldades que surgirem na vida. Sendo assim, programas nessa área devem focalizar o desenvolvimento da assertividade, da empatia e da solução de problemas (Falcone, 2000, 2002), visando aumentar as competências sociais. Nesse sentido, após ser diagnosticada a presença do TAS, programas de THS podem ser pensados como uma boa opção de tratamento desse transtorno.

Inúmeras pesquisas têm focado intervenções voltadas ao desenvolvimento de habilidades sociais. Entre elas, Botvin e Griffin (2004) apresentaram o *The Life Skills Training*, um programa de prevenção primária eficaz para o abuso de substâncias, com o objetivo de promover a competência social e pessoal e desempenhar um papel importante na prevenção de outros comportamentos negativos durante a adolescência. A intervenção abrangia uma competência mais ampla, com aplicação direta ao uso de drogas, mas também voltadas ao enfrentamento de problemas do cotidiano.

Um programa brasileiro semelhante, denominado Habilidades de Vida, foi apresentado nos ensaios clínicos de Gorayeb, Cunha Netto e Bugliani (2003) e em Minto, Pedro, Cunha Netto, Bugliani e Gorayeb (2006). Os autores relataram estudos voltados a adolescentes e professores, com o objetivo de desenvolver habilidades para lidar com diversas situações de risco e instrumentalizar os jovens a tornarem-se mais competentes psicossocialmente. A intervenção evidenciou melhoras nas relações interpessoais, aumento de consciência das situações de risco e incremento das habilidades necessárias para resolução de problemas.

Williams, Griffin, Macaulay, West e Gronewold (2005) descrevem um estudo da eficácia de uma intervenção preventiva frente ao abuso de substâncias, através do ensino de habilidades sociais de resistência, habilidades de competência geral, pessoal e social. Ao final, constataram que houve efeitos significativos da intervenção sobre a atitude de usar drogas, bem como na aquisição de habilidades de redução da ansiedade e conhecimentos das habilidades de relaxamento, reforçando a eficácia das intervenções preventivas voltadas ao abuso de substâncias e ansiedade. Oliveira (2002) enfatiza que o aprendizado de novas habilidades interpessoais capacita os indivíduos a defenderem seus direitos de forma mais efetiva e desenvolver habilidades de recusa e enfrentamento em situações aversivas, principalmente nas quais houver a pressão de seus pares para um envolvimento em comportamentos pouco saudáveis, como, por exemplo, violência e uso de drogas ilícitas.

O tratamento clínico de indivíduos com TAS e dependência do álcool baseado nas relações sociais e rede de apoio social, com ênfase no treinamento de habilidades sociais tem demonstrado eficácia (Thevos, Thomas & Randall, 2001). Nesse contexto, foi implementado o programa denominado Treinamento de Habilidades para a Vida. Os resultados relataram reduções significativas nas expectativas frente ao uso do álcool, fornecendo evidências preliminares de que expectativas podem ser mediadoras na influência do Treinamento de Habilidades para a Vida (MacKillop, Ryabchenko & Lisman, 2006).

Outra publicação voltada a um enfoque psicoterápico foi descrito por Torres, Vazquez, Medina-Mora e Velazquez (2005), objetivando adaptar, sistematizar, implementar e avaliar o impacto de um projeto-piloto de um modelo de intervenção para reduzir padrões de consumo entre dependentes de álcool e outras drogas na população mexicana. A intervenção cognitivo-comportamental modelo teve duração de 15 a 24

sessões, com frequência de duas vezes por semana e duração de 1 ou 2 horas cada. Foi aplicada a 9 alcoolistas, com média de idade de 35 anos, sendo 07 do sexo masculino e 02 do sexo feminino, incluindo diversos componentes, tais como comunicação, resolução de problemas, recusa ao consumo, treinamento de habilidades sociais e prevenção de recaída. Alterações significativas identificadas durante e após o tratamento foram: redução no consumo, aumentos nos níveis de satisfação geral no cotidiano, aumento nos níveis de auto-eficácia. Os pesquisadores verificaram a eficácia do modelo de intervenção para reduzir padrões de consumo e concluíram que este teve um impacto significativo sobre a previsão das variáveis de consumo, bem como a auto-eficácia, estimulando um processo de prevenção de recaídas.

Posteriormente, outro ensaio clínico foi realizado por Torres, Mares, Medina-Mora e Velazquez (2007), visando avaliar uma nova intervenção grupal com 20 dependentes de substâncias aditivas, utilizando um modelo conceitual da teoria da aprendizagem social para explicar a abstinência de álcool em dependentes. Propuseram uma intervenção denominada *Integrated Model of Everyday Satisfaction*, com as variáveis: consumo, precipitadores, auto-eficácia, satisfação cotidiana, bem como as de situações específicas, como comunicação, resolução de problemas, recusa de consumo, depressão e ansiedade. Foram realizadas avaliações pré e pós intervenção com a aplicação de alguns instrumentos como inventários de consumo de drogas, Escalas Beck de ansiedade e depressão, etc. e utilizadas técnicas de instrução verbal, modelagem, testes comportamentais e *feedback*. As variáveis preditoras da abstinência foram: lidar com situações de risco com comportamentos alternativos, obtendo satisfação diária com o seu desempenho em atividades da vida diária, auto-eficácia para resistir ao consumo em situações de risco e enfrentamento à pressão dos demais para consumir. Em vinte dependentes, a quantidade e a frequência do consumo foi significativamente alterada para abstinência após a sua

participação na intervenção cognitivo-comportamental, ocorrendo diminuição e recusa no consumo, aumento de capacidade de enfrentar situações de risco, maior satisfação cotidiana e auto-eficácia para evitar consumo, diminuição da ansiedade e depressão, além do aumento da comunicação e de habilidades de resolução de problemas.

Discussão e Considerações Finais

Os artigos, capítulos de livros e dissertações encontrados nesta revisão mostraram fortes evidências de que o TAS e o alcoolismo estão associados a um baixo repertório de habilidades sociais. O uso frequente que alguns indivíduos fazem do álcool e outras drogas, para enfrentar alguma situação fóbica, pode ser considerado um fator de risco para a dependência.

É destacado na literatura que o TAS apresenta um medo persistente de embaraço ou de avaliação negativa em momentos de interação social ou de desempenho frente às demais (WHO, 1993; APA, 2002; Chagas et al., 2010), principalmente o medo de falar em público (Hofman & DiBartolo, 2000; Nardi, 2000; APA, 2002; D'El Rey & Pacini, 2005a, 2005b; Osório, Crippa & Loureiro, 2009). Tal constatação pode ser determinante na compreensão do uso de álcool no quadro clínico do TAS, bem como na investigação da presença de TAS nos casos de dependência e abuso do álcool, visto que o indivíduo pode buscar a diminuição desses temores por meio da ingestão de bebidas alcoólicas.

Conforme D'El Rey e Pacini (2005a, 2005b), o álcool alivia o medo excessivo e a esquiva, sintomas característicos do quadro clínico do TAS e tal alívio pode vir a ser um fator mantenedor do uso de bebidas alcoólicas, contribuindo para que esses indivíduos não consigam ficar em abstinência. Terra (2005) corrobora essa ideia, ao afirmar que o uso do álcool diminui os sintomas de ansiedade social a princípio, apesar de acabar agravando-os

posteriormente, o que pode causar nos indivíduos uma falsa crença de que o álcool irá diminuir a sua ansiedade e ajudar a se portarem adequadamente em situações sociais. Esse efeito psicoativo inicial altamente satisfatório ou reforçador pode levar a probabilidade de tal comportamento se repetir. Os estudos de Terra (2005) identificaram que o uso de álcool pode ser caracterizado como mais comum em indivíduos do sexo masculino.

Botvin et al. (1998) fazem referência aos fatores sociais de risco que, associados ao uso de substâncias psicoativas, tais como o álcool, estão estreitamente relacionados à presença de habilidades interpessoais empobrecidas. Outros autores referem também sobre a existência de predisposição biológica, habilidades sociais inadequadas, rejeição social, baixa qualidade e pouca consistência das relações familiares, problemas emocionais e psiquiátricos, história de comportamento anti-social e delinquência (Spooner, 2000; Weinberg, 2001), além de baixa auto-estima e déficits precoces no funcionamento psicológico (Falcone, 2000; Scheier, 2001; Del Prette & Del Prette, 2002) relacionando tais fatores ao abuso de substâncias.

Porém, para ser possível escolher e oferecer ao indivíduo um tratamento adequado e eficaz, inicialmente é necessário a realização de um correto diagnóstico e de uma avaliação criteriosa. Terra et al. (2006) reforçam essa afirmação, ao utilizar em sua investigação a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz, para avaliar o grau de severidade do TAS em uma amostra de alcoolistas e confirmar que esse instrumento foi sensível e apresentou confiabilidade na identificação desse quadro clínico. Esta tese de doutorado vem ao encontro dessa necessidade de instrumentos adequados e propõe a adaptação para a realidade brasileira de um novo instrumento para avaliação do TAS.

A partir dos estudos encontrados, conclui-se que uma das intervenções que demonstram eficácia no tratamento do Transtorno de Ansiedade Social, com e sem comorbidade com o uso de substâncias, pode ser o Treinamento de Habilidades Sociais.

Tal intervenção visa instrumentalizar o indivíduo a desenvolver habilidades sociais e relações interpessoais mais satisfatórias, estimulando estratégias de enfrentamento, resolução de problemas, como resistir ao oferecimento de bebida alcoólica e conseguir dizer não.

Os achados de Oliveira (2002), Williams, Griffin, Macaulay, West e Gronewold (2005), bem como de Torres, Vazquez, Medina-Mora e Velazquez (2005) e Torres, Mares, Medina-Mora e Velazquez (2007) reforçam o acima exposto, comprovando a eficácia de um modelo de intervenção preventiva frente ao abuso de substâncias, através do ensino de habilidades sociais de resistência, habilidades de competência geral, pessoal e social, tendo como meta promover a auto-eficácia do indivíduo frente ao comportamento problema de uso de álcool, buscando atingir e manter a abstinência, além do aumento das habilidades de comunicação e de resolução de problemas. Dessa forma, os indivíduos irão defender seus direitos de forma mais efetiva e desenvolver habilidades de recusa e enfrentamento em situações aversivas, tornando-se mais capacitados em suas relações interpessoais.

Nesta revisão, ainda pode ser considerado que poucos estudos brasileiros foram encontrados, associando HS e THS nos quadros clínicos relacionados à ansiedade social e ao alcoolismo, o que sugere que a produção de artigos referentes a esse assunto é recente. Dessa forma, os dados disponíveis na literatura sugerem que a relação entre habilidades sociais e TAS associada ao alcoolismo deve ser melhor investigada, a fim de implementação de programas que realmente contemplem de modo mais direto e objetivo as demandas interpessoais e os déficits presentes nesse quadro clínico, entre os quais é possível destacar o THS.

SEÇÃO 2 – ESTUDO EMPÍRICO

“ESTUDOS DE ADAPTAÇÃO DO *CUESTIONÁRIO DE ANSIEDAD SOCIAL* *PARA ADULTOS (CASO-A30)*”

Introdução

Avaliar habilidades sociais requer a utilização de instrumentos de medida válidos e fidedignos, para medir de forma adequada este construto, visando conhecer o repertório de habilidades dos indivíduos. Da mesma forma, avaliar as dimensões do transtorno de ansiedade social (TAS) é uma tarefa complexa e implica na necessidade de instrumentos de avaliação específicos e com adequadas propriedades psicométricas, que identifiquem a presença de déficits nas habilidades sociais e possibilitem um diagnóstico correto, com o objetivo de tomar decisões a respeito do tratamento.

Essa seção visa descrever o processo de adaptação da versão brasileira do *Cuestionário de Ansiedad Social para Adultos/CASO-A30* de autoria de Caballo et al. (2010a, 2010b). É um dos estudos decorrentes de um amplo projeto denominado “PROHABS/Projeto Habilidades Sociais” desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, coordenado pela Prof^a. Dr^a. Margareth da Silva Oliveira. Está inserido na linha de pesquisa “PROINSTRU: Desenvolvimento, Adaptação, Validação e Padronização de Instrumentos psicológicos à realidade brasileira”.

Caracteriza-se por ser um estudo transcultural desenvolvido nos países iberoamericanos Argentina, Austrália, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Espanha, Estados Unidos, Equador, Guatemala, México, Paraguai, Peru, Portugal,

República Dominicana, Uruguai e Venezuela. Sua realização foi feita através de uma parceria com a Universidade de Granada, na Espanha, tendo como coordenador o Professor Dr. Vicente Caballo.

O instrumento foi denominado inicialmente como CISO-A, *Cuestionário de Interacción Social para Adultos* (Caballo et al., 2006), objetivando avaliar as situações sociais causadoras de maiores níveis de ansiedade na realidade brasileira, realizando um estudo comparativo entre gêneros e investigando tais situações tanto em população geral, quanto em população clínica de indivíduos que apresentam o quadro clínico de Transtorno de Ansiedade Social (TAS).

O CISO-A foi descrito por Caballo et al. (2006) como um novo questionário para avaliar diferentes dimensões do TAS/Fobia Social, o qual se originou de situações sociais reconhecidas durante um período de seis anos em um grande número de participantes. De mais de 1000 situações sociais, surgiu a versão inicial do CISO-A composta de 512 itens, acrescida de 4 perguntas de sinceridade, totalizando 516 itens, a qual foi aplicada de forma anônima a 1573 sujeitos de diferentes regiões da Espanha e com diferentes estudos, com idade a partir de 15 anos. Esta medida apresentava, para cada um dos itens, uma escala do tipo Likert de 7 pontos para avaliar o grau de mal-estar, tensão ou nervosismo frente às situações descritas, com a seguinte pontuação: nenhum (escore 0), muito pouco (1), pouco (2), médio (3), bastante (4), muito (5) e muitíssimo (6). A criação desse instrumento foi justificada pelos autores em função da enorme incidência da ansiedade social na atualidade e a dificuldade na realização desse diagnóstico, visto que as medidas existentes, tais como entrevistas e questionários, normalmente têm origem em países de língua inglesa e sua adaptação aos países de fala espanhola e portuguesa carece de cuidados, apresentando muitos problemas em sua adaptação.

Os resultados da aplicação do CISO-A 516 nos diferentes países inicialmente demonstraram uma estrutura fatorial de 06 fatores nos estudos de Caballo et al. (2008): F1) Estar em evidência/ Fazer papel de ridículo; F2) Interações com o sexo oposto; F3) Interações com desconhecidos; F4) Situações de crítica e ridículo; F5) Expressão assertiva de incômodo, desagrado ou cansaço; e F6) Falar /atuar em público/Interação com pessoas em posição de autoridade. Os resultados associados à idade e sexo em seis dimensões da ansiedade social referem que em quase todos os países, exceto em três deles, foram encontradas diferenças significativas na ansiedade social associadas ao sexo, destacando que as mulheres relataram mais ansiedade que os homens em 88,67% das situações sociais incluídas. Quanto à idade, os sujeitos mais jovens, com idade até 24 anos, mostraram diferenças na ansiedade social, de acordo com as dimensões específicas da ansiedade social. Ansiedade e idade nesse estudo foram associadas positivamente em algumas dimensões da ansiedade social e negativamente em outras.

A adaptação do CISO-A foi realizada em parceria com a Universidade de Granada. O instrumento possuía uma versão em espanhol e outra em português, O “*back translation*” foi organizado pela equipe espanhola, com pessoas que conheciam os dois idiomas e revisadas por outras. Já para a validação brasileira, dois profissionais da área da psicologia integrantes do grupo de pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva da PUCRS que possuíam o domínio da língua espanhola realizaram a avaliação da tradução dos termos. Foram sugeridas pequenas modificações, visto que a tradução estava adequada em sua maior parte, mas algumas questões necessitavam reformulação, entre elas a 93, 163, 174, 340 e 387.

Na questão 93, a frase “Fazer o ridículo diante do chefe” necessitou uma mudança para adequar-se ao tipo de linguagem utilizada no Brasil e foi substituída a expressão “fazer o ridículo” para “fazer papel de ridículo”, sendo a questão mantida como “Fazer

papel de ridículo diante do chefe”. Na questão 163, foi substituída a expressão “Falar em público diante pessoas atraentes do sexo oposto” para “Falar em público diante de pessoas atraentes do sexo oposto”, com o acréscimo da palavra “de”, conforme exige o português. Já na questão 174, o item escrito como “Expor minha opinião e que me contradigam” foi modificado para “Expor minha opinião e ser contrariado”, proporcionando uma melhor compreensão do item. A questão 340, escrita como “Que me coloquem em ridículo em frente à pessoa de quem gosto” sofreu uma modificação para “Que me façam parecer ridículo frente à pessoa que eu gosto”, ficando mais adequada à forma brasileira mais usual de se expressar. Por fim, na questão 387, optou-se por alterar a frase “Que eu esteja falando e parecer que ninguém esteja dando bola” para “Que eu fale e pareça que ninguém está prestando atenção”, para torná-la mais compreensível. Tais reformulações tiveram por objetivo tornar o instrumento mais adequado ao português e facilitar a compreensão dos itens durante a sua aplicação.

A partir dessa versão em português, um estudo piloto com profissionais da área da psicologia foi conduzido para verificar se os termos estavam adequados e as instruções de aplicação estavam claras. O instrumento foi considerado de fácil compreensão e não houve dúvidas em relação aos termos da versão traduzida para o português. A partir deste estudo inicial, surgiu a versão oficial em português do CISO-A 516 itens.

O instrumento considerado como “padrão-ouro” para verificar a validade convergente do CISO-A no estudo original foi a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz/LSAS (Liebowitz, 1987; Terra et al., 2006), visto que ambas avaliam o mesmo construto relacionado à ansiedade social. O estudo brasileiro de adaptação da LSAS identificou uma elevada consistência interna, com um valor de Alfa de Cronbach de 0,95, o que comprovou que apresenta fidedignidade para rastreamento e avaliação do grau de severidade do TAS.

A aplicação do CISO-A, na versão de 516 itens, foi conduzida no estado do Rio Grande do Sul por Wagner e Oliveira (2007b) em uma amostra total de 200 sujeitos da população geral, distribuídos em 40,5% do sexo masculino e 59,5% do sexo feminino, com idade média de 29 anos. Em relação ao estado civil, 27,6% eram casados, 65,8% solteiros, 0,5% viúvos e 6% separados. Quanto à escolaridade, 6% da amostra possuíam ensino fundamental, 66% ensino médio e 28% ensino superior. Os resultados evidenciaram que maiores níveis de ansiedade estão vinculados a situações sociais que envolvam acidentes com pessoas próximas e/ou da família. Corroborando os estudos de Caballo et al. (2008; 2010a; 2010b), também encontraram diferenças estatisticamente significativas quando comparadas as habilidades sociais entre os gêneros na aplicação brasileira. As mulheres apresentaram-se mais ansiosas diante do enfrentamento do contexto social ($p < 0,001$).

Caballo et al. (2006) analisaram a distribuição de cada item dos resultados da aplicação do CISO-A 516 nos 18 países, considerando a média e desvio padrão típicos de cada um deles e eliminaram aqueles que obtiveram uma média extremamente elevada ou baixa e cuja distribuição se afastava muito de uma distribuição normal. Foram mantidas as questões consideradas significativas, as quais indicavam situações sociais desencadeadoras de ansiedade e os itens do CISO-A foram reduzidos.

O instrumento passou por diversas versões, entre elas o CISO-AR 154, CISO-AR 118, CISO-AR 116, CISO-AR 142, CISO-AR 112, CISO-AR 82, CISO-AR72 até surgir a versão final intitulada CASO-A30. Para cada versão, a aplicação em amostra brasileira foi realizada e os dados foram organizados em bancos de dados no Programa Microsoft Office Excel 2003 e encaminhados aos autores do instrumento na Universidade de Granada, Espanha, a fim de auxiliar na elaboração da versão final reduzida para ser utilizada na presente pesquisa. Em cada uma das versões do CISO-A foi utilizada uma amostra

brasileira em torno de 200 sujeitos, sendo aproximadamente 100 mulheres e 100 homens. Serão aqui descritos brevemente alguns resultados das versões de 112 e 72 itens.

A versão CISO-AR112 aplicada em amostra de pessoas de diversas regiões da Espanha apresentou um Alfa de Cronbach de 0,99, indicando uma consistência interna elevada e produziu uma estrutura de cinco fatores que explicaram 45,5% da variância total. Os fatores encontrados foram: F1- Situações de interação com desconhecidos, F2- Falta de habilidade no manejo das interações sociais, F3- Situações de expressão de desconforto, aborrecimento ou desagrado, F4- Situações de falar / apresentar em público e relacionar-se com superiores, e F5- Situações de interação com o sexo oposto (Caballo et al., 2006).

A versão CISO-A72 foi submetida a uma nova análise fatorial por Caballo et al (2010a) e confirmou uma estrutura de cinco fatores. Esses fatores foram assim descritos: Fator 1- Interação com o sexo oposto, Fator 2 - Expressão assertiva de incômodo, desagrado ou tédio, Fator 3 - Falar em público/Interação com pessoas em posição de autoridade, Fator 4 - Estar em evidência/ Fazer papel de ridículo e Fator 5- Interação com desconhecidos.

A partir do surgimento da versão reduzida de 30 itens, o instrumento passou a ser denominado *Cuestionário de Ansiedade Social para Adultos/ CASO-A30*. Nos estudos de fidedignidade da versão original (Caballo et al., 2010a), o CASO-A30 apresentou boa consistência interna, com um coeficiente Alpha de Cronbach de $\alpha=0,97$. A criação desse instrumento possibilitou uma nova medida de sensibilidade para avaliar a ansiedade social. Na investigação de Caballo et al. (2010a) com os dados do CASO-A30 dos diversos países participantes desta pesquisa envolvendo população geral e clínica, surgiram os seguintes fatores: 1)Interação com o sexo oposto, 2) Expressão assertiva de incômodo, desagrado ou tédio, 3) Falar em público e interação com pessoas de autoridade, 4) Situações de crítica e ridículo, e 5) Interação com pessoas desconhecidas.

A partir da aplicação do CASO-A30 em uma amostra exclusivamente espanhola de estudantes universitários conduzido por Caballo et al. (2010b), os resultados confirmaram os estudos anteriores, indicando uma consistência interna altamente satisfatória, com um Alfa de Cronbach de 0,91 e uma análise fatorial que revelou o mesmo número de cinco fatores. A ordenação dos fatores foi alterada para: F1-Falar em público e interação com pessoas de autoridade; F2-Interação com sexo oposto; F3-Interação com pessoas desconhecidas; F4- Expressão assertiva de incômodo, desagrado ou tédio e F5- Estar em evidência e fazer papel de ridículo.

A presente pesquisa de doutorado, voltada à validação do CASO-A30 para a realidade brasileira, analisou as propriedades psicométricas do instrumento. Foram realizados estudos de fidedignidade, análise fatorial, evidências de validade de critério, validade convergente, além de uma investigação das evidências baseadas em testes que avaliam construtos relacionados.

Método

Trata-se de um estudo instrumental (Montero & Leon, 2007).

Participantes:

A amostra foi constituída por 951 sujeitos com idade a partir de 16 anos, do sexo feminino e masculino, com a escolaridade mínima de 5ª série.

Instrumentos:

Ficha de dados sócio-demográficos: para compilação dos principais dados dos participantes.

Cuestionário de Ansiedad Social para Adultos / CASO-A30 (Caballo, et al., 2010a): composta por 30 questões, com o objetivo de identificar a presença de ansiedade social na população geral e clínica. É uma escala do tipo Likert com 5 pontos, com variações de nenhum ou muito pouco (1), pouco (2), médio (3), bastante (4), muito ou muitíssimo (5). O estudo original do CASO-A30 apresentou uma estrutura de cinco fatores: Fator 1 - Interação com o sexo oposto, Fator 2- Estar em evidência e fazer papel de ridículo, Fator 3-Interação com pessoas desconhecidas, Fator 4 - Falar em público e interação com pessoas em posição de autoridade e Fator 5 - Expressão assertiva de incômodo, desagrado ou tédio. Os estudos de fidedignidade do CASO-A30 em sua versão original apresentaram elevada consistência interna, com um coeficiente Alpha de Cronbach com valor $\alpha=0,97$.

Escala de Ansiedade Social de Liebowitz/ LSAS (Liebowitz, 1987; Terra et al., 2006): utilizada como instrumento padrão ouro, é uma medida para avaliar a gravidade de Fobia Social constituída de 24 itens, avaliados em duas categorias: ansiedade e evitação. Apresenta uma escala Likert de 0 a 3, com uma identificação dos escores diferente nas subescalas ansiedade e evitação. Na categoria ansiedade, o grau dos escores varia de 0= nenhum, 1=leve, 2=moderado e 3= grave e na categoria evitação, os escores são pontuados como 0 = nunca, 1= ocasionalmente, 2 = frequentemente e 3 = geralmente. A pontuação dos escores gerais resulta em três categorias: leve (de 30 a 51), moderada (entre 52 e 81) e grave (acima ou igual a 82. Os estudos de validação da Liebowitz constataram uma consistência interna altamente satisfatória, com um coeficiente de $\alpha=0,95$.

Inventário de Habilidades Sociais / IHS-Del-Prette (Del Prette & Del Prette, 2001), possui 38 itens de auto-relato para aferir o repertório de habilidades sociais usualmente requerido em uma amostra de situações cotidianas. Apresenta uma escala Likert que varia de 0 a 4 pontos: A) nunca ou raramente (em cada 10 situações desse tipo,

reajo dessa forma no máximo 2 vezes), B) com pouca frequência (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma 3 a 4 vezes), C) com regular frequência (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma 5 a 6 vezes), D) muito frequentemente (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma 7 a 8 vezes) e E) sempre ou quase sempre (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma 9 a 10 vezes). Algumas questões são pontuadas de forma inversa, numa escala Likert de 4 a 0.

As propriedades psicométricas do IHS-Del- Prette foram analisadas no estudo realizado por Del Prette, Del Prette e Barreto (1999), com estudantes universitários e se obtiveram índices de correlação positivos, com consistência interna satisfatória e com um Alpha de Cronbach de 0,75. Foi identificada uma estrutura fatorial de cinco fatores principais, com coeficientes alfa que variaram de 0,96 para o primeiro a 0,74 para o quinto. Tal resultado possibilita afirmar que este inventário apresenta evidências de validade e confiabilidade para avaliação do repertório de habilidades sociais tanto em trabalhos de pesquisa como em avaliação na prática clínica, em situações de seleção profissional e em treinamento.

Em seu estudo original, o IHS-Del-Prette apresentou a seguinte estrutura de cinco fatores: “Fator 1 - Enfrentamento com risco, relacionado a situações de afirmação, defesa de direitos e de auto-estima. Avalia principalmente o conceito de assertividade” (composto pelos itens 1, 5, 7, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 21 e 29); “Fator 2 - Auto-afirmação na expressão de afeto positivo, que retrata demandas interpessoais de expressão de afeto positivo e de afirmação da auto-estima, com risco mínimo de reação indesejável” (itens 3, 6, 8, 10, 28, 30 e 35); “Fator 3 - Conversação e desenvoltura social, relativo a situações sociais neutras, em termos de afeto positivo ou negativo, demandando “traquejo social” na conversação” (itens 13, 17, 19, 22, 24, 36 e 37); “Fator 4 - Auto-exposição a desconhecidos ou a situações novas, o qual envolve a abordagem a pessoas desconhecidas” (itens 9, 14, 23 e 26); e o

“Fator 5 – Autocontrole da agressividade a situações aversivas, o qual reúne itens de reação a estimulações aversivas do interlocutor, com controle da raiva e agressividade, e um item negativamente correlacionado com esse fator que reflete a impulsividade” (itens 18, 31 e 38).

Short-Form Alcohol Dependence Data / SADD (Jorge e Masur, 1985): Instrumento utilizado para a amostra clínica de dependentes do álcool, com o objetivo de avaliar o nível de gravidade da dependência. Possui uma escala Likert de 0 a 3 na qual as respostas são: nunca (0), poucas vezes(1), muitas vezes (2) e sempre (3). Conforme os pontos de corte, classifica-se o grau de severidade da dependência em leve, moderada e grave: dependência leve (0 a 9 pontos), dependência moderada (10 -19 pontos) e dependência grave (20 - 45 pontos). Foi elaborado por Raistrick, Dunbar e Davidson (1983) a partir da versão original (ADD), perfazendo 15 itens e validado no Brasil por Jorge e Masur (1985). Os estudos de fidedignidade deste instrumento constataram uma boa consistência interna, apresentando uma correlação do coeficiente de Spearman $r = 0.81$ e confiabilidade de teste - reteste $r = 0.90$.

Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e uma equipe de auxiliares de pesquisa previamente treinada, a fim de resguardar os procedimentos de padronização na aplicação. A aplicação do protocolo de pesquisa foi realizada individualmente, respeitando-se as instruções de aplicação dos instrumentos.

A população geral foi coletada no estado do Rio Grande do Sul, principalmente na região metropolitana de Porto Alegre e na cidade de Passo Fundo, com utilização da técnica em cadeias (“*snowball sampling*” ou “bola de neve”), na qual “os participantes ou

informantes com os quais já foi feito contato utilizam suas redes sociais para indicar outras pessoas que poderiam potencialmente participar ou contribuir para estudo” (Mack, Woodsong, Macqueen, Guest & Namey, 2005, p.5). A seleção dos indivíduos, dentro de cada cadeia, respeitou os critérios de inclusão da amostra e da voluntariedade. Inicialmente foi feito um contato, no qual foi exposto o projeto a cada participante e os que aceitaram participar, firmaram termos de consentimento livre e esclarecido. A seguir, foram aplicados os instrumentos de forma individual.

A amostra clínica foi composta por um grupo de indivíduos com TAS e outro de Dependência do álcool. O grupo com TAS foi coletado em locais de atendimento clínico de psicologia, no Serviço de Atendimento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e da Faculdade Meridional. Já o grupo de alcoolistas foi avaliado em unidades especializadas em tratamento para dependência química das cidades de Porto Alegre e Passo Fundo/ RS.

Realizado o contato prévio para realização do estudo com as direções das instituições especializadas no atendimento de pacientes dependentes químicos e com TAS, o projeto foi encaminhado para avaliação e a coleta de dados foi iniciada após a aprovação. Em todos os grupos, uma equipe de auxiliares de pesquisa, previamente treinada, auxiliou na coleta de dados.

Aspectos Éticos

O presente estudo foi avaliado e aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), sob número CEP 08/04082. Todos os participantes aceitaram participar de forma voluntária e assinaram um Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido, no qual foram explicitados os objetivos do estudo, sendo que a assinatura foi pré-condição para ser incluído na amostra.

Análise dos Dados

As informações coletadas nesta pesquisa foram organizadas e posteriormente processadas no software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 17.0. Somente para o cálculo do Teste de Kruskal Wallis, seguido do teste de Dunn (nível de significância de 5%), utilizou-se o *software* BioStat. Para análise dos dados utilizou-se estatística descritiva (médias, desvio-padrão, porcentagens e frequências) e inferencial (Coeficiente Alfa de Cronbach, Kruskal Wallis, seguido do teste de Dunn, Correlação de Spearman, Teste de Kolmogorov-Smirnov e Análise Fatorial com utilização de rotações ortogonais do tipo Varimax, todos com nível mínimo de significância de 5%).

Resultados

Análise Descritiva da Amostra

O *Cuestionário de Ansiedad Social para Adultos/ CASO-A30* foi administrado em uma amostra brasileira com um total de 951 participantes, subdivididos em dois grupos, sendo 768 de população geral e 183 de população clínica. A população geral apresentou idades entre 16 e 63 anos, e idade média de 26,23 anos (DP=9,58), sendo a maioria (60,5%, n= 465) do sexo feminino.

A amostra clínica de 183 participantes ficou assim dividida:

Grupo 1: 82 pessoas com TAS, com média de idade de 28,52 anos (DP=10,18), sendo a maioria (68,3%, n=56) do sexo feminino. Este grupo apresentou idades de 17 a 59 anos.

Grupo 2: 101 dependentes de álcool, com idades entre 23 a 59 anos e média de 46,45 anos (DP=8,66), com a maioria representada pelo sexo masculino, perfazendo 84,2% da amostra (n=85). Quanto à gravidade da dependência avaliada pelo SADD, a maioria, ou seja, 67,3% (n=68) apresentaram índice grave de dependência do álcool, enquanto 26,7% (n=27) grau moderado e 5,9% (n=6) grau leve.

Em relação à classificação do tipo de ansiedade social apresentada, tanto na população geral, quanto nas populações clínicas de TAS e Dependência do Álcool, houve um predomínio do tipo “específico” ou “não generalizado”. Os achados da pesquisa na população geral demonstraram que 22,3% (n=171) apresentaram o tipo “específico ou não generalizado”, 4,7%, (n=36) o tipo “generalizado” e 73% (n= 561), não tinham nenhum tipo de TAS. Na população de indivíduos com TAS, 59,8% (n=49) apresentaram o tipo específico ou não generalizado e 40,2% (n=33) dos participantes apresentaram, o tipo generalizado. Nos alcoolistas, 29,7% (n=30) da amostra total tinha TAS específico ou não generalizado, 13,9% (14) TAS generalizado e 56,4% (n=57) não relataram ter TAS.

Em relação ao nível de educação formal e à situação ocupacional, na população geral a prevalência maior (59,1%, n=454) foi de estudantes universitários. O mesmo ocorreu na população clínica de TAS, onde 53,7% (n= 44) estavam cursando o Ensino Superior. Porém, na população clínica de alcoolistas, estes dados diferem, pois 69,3% (n=70) são trabalhadores sem carreira universitária.

Na Tabela 1 estão apresentadas algumas características das amostras clínicas e não clínicas quanto ao sexo e situação ocupacional e/ou educacional.

Tabela 1. Características da amostra quanto ao sexo e ocupação.

Características da amostra	Grupo					
	População Geral		População Clínica TAS		População Clínica Alcoolistas	
	n	%	N	%	n	%
Sexo						
Masculino	303	39,5	26	31,7	85	84,2
Feminino	465	60,5	56	68,3	16	15,8
Ocupação						
Estudante de Psicologia	200	26,0	8	9,8	1	1,0
Estudante de outra carreira	254	33,1	36	43,9	1	1,0
Psicólogo (a)	38	4,9	0	0,0	0	0,0
Profissional de outra carreira universitária	66	8,6	11	13,4	8	7,9
Trabalhador sem carreira universitária	129	16,8	23	28,0	70	69,3
Estudante Pré-universitário	64	8,3	1	1,2	0	0
Outros	17	2,2	3	3,7	21	20,8
Total	768	100	82	100	101	100

Estudos de Fidedignidade

A fidedignidade de um instrumento está relacionada ao grau em que produz resultados consistentes entre medidas repetidas ou equivalentes de um mesmo objeto, relevando-se a ausência do erro. Trata-se da análise das escalas de mensuração, que permite determinar a extensão em que os itens estão relacionados com os demais e a fidedignidade do constructo. De acordo com Urbina (2007), uma medida bastante utilizada é o Alfa de Cronbach, que trata da consistência interna baseada na correlação média entre os itens. Há divergências sobre qual o valor mínimo aceitável para o Alfa de Cronbach, pois pode assumir valores entre 0 e 1, sendo que, quanto mais próximo a 1, maior a fidedignidade das dimensões do constructo. A autora sugere o mínimo ideal de 0,7 para pesquisas aplicadas e 0,6 para pesquisas exploratórias.

A verificação da fidedignidade do CASO-A30 na população brasileira, baseada no coeficiente de Alfa de Cronbach, foi de $\alpha=0,93$. Através do método das duas metades (split-half), encontraram-se os seguintes resultados: 1ª metade $\alpha= 0,85$ e 2ª metade $\alpha=0,88$.

Estudos de Validade

Análise fatorial

A análise de fatores observa padrões de correlações, uma vez que é esperado que algumas variáveis estejam relacionadas a outras e que algumas variáveis não se relacionem. Quando há um grupo de variáveis altamente relacionados entre si, chamamos tal grupo de “fator”. Assim, objetiva-se, com a análise de fatores, expressar o maior número possível de variáveis com o menor número possível de fatores. Existem muitos tipos de análises de fatores, sendo um dos mais familiares a Análise de Componentes Principais (ACP). Este tipo de procedimento analisa tanto a variância exclusiva como a variância compartilhada e, portanto, se supõe que exista uma pequena margem de erro, ao contrário do que acontece com outros procedimentos onde somente a variância compartilhada é analisada (enquanto a variância exclusiva é excluída), onde se admite uma margem de erro maior. Além do método de extração dos fatores, a rotação dos eixos ajuda na interpretação dos resultados, uma vez que maximiza as altas correlações e minimiza as baixas (Dancey & Reidy, 2006).

Assim, neste estudo foi utilizada a ACP como método de extração dos fatores. Como método de rotação dos eixos, utilizou-se rotações ortogonais do tipo Varimax com normalização de Kaiser. A análise dos fatores incluiu todos os 30 itens do CASO-A30 e o tamanho da amostra foi de 951 sujeitos.

O CASO-A30 foi agrupado em cinco fatores, os quais conjuntamente explicaram 54,25% da variação total. Na Tabela 2 estão apresentadas as cargas fatoriais de cada item nos cinco componentes resultantes da análise.

Tabela 2 - Matriz estrutural de cargas fatoriais da análise das respostas

Itens CASO- A 30	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
12. Ter que falar na aula, no trabalho ou em uma reunião.	0,77				
3. Falar em público.	0,77				
18. Que um professor me faça perguntas na sala de aula ou um superior em uma reunião.	0,69				
25. Que num jantar com os meus colegas, estes me obriguem a dizer algo em nome de todos.	0,66				
29. Falar com um superior ou uma pessoa de autoridade.	0,63				
7. Participar de uma reunião com pessoas de autoridade.	0,62				
30. Dizer a uma pessoa que me atrai que gostaria de conhecê-la melhor.		0,76			
4 . Marcar um encontro com uma pessoa atrativa do sexo oposto.		0,73			
20. Ser convidado para sair por uma pessoa que me atrai.		0,70			
27. Convidar uma pessoa atraente para dançar.		0,67			
23 . Iniciar uma conversa com uma pessoa do sexo oposto que eu gosto.		0,65			
6 . Sentir-me observado (a) por pessoas do sexo oposto.		0,57			
13 . Manter uma conversa com uma pessoa que acabo de conhecer.			0,70		
10. Fazer novos amigos.			0,69		
17. Falar com pessoas que não conheço em festas e reuniões.			0,67		
19. Olhar nos olhos, enquanto falo com uma pessoa que acabo de conhecer.			0,60		
22 . Ir a um evento social onde só conheço uma pessoa.			0,50		
15 . Cumprimentar todos os presentes em uma reunião social na qual não conheço a maioria deles.			0,45		
2 . Ter que dizer a um vizinho que pare de fazer barulho.				0,72	
26 . Dizer a alguém que seu comportamento está me incomodando e pedir que deixe de fazê-lo.				0,67	
14. Expressar minha raiva a uma pessoa que está me incomodando.				0,64	
5 . Queixar-me ao garçom de que a comida não está do meu agrado.				0,63	
11 . Dizer não a um pedido que me incomoda fazer.				0,55	
9 . Dizer a alguém que ele (a) feriu meus sentimentos.				0,51	
24. Que me joguem na cara que fiz algo errado.					0,72
28 . Ser criticado (a).					0,70
21 . Cometer um erro na frente de outras pessoas.					0,62
16 . Que me façam uma brincadeira em público.					0,51
8 . Falar com alguém e que essa pessoa não preste atenção em mim.					0,48
1 . Cumprimentar uma pessoa e não ser correspondido (a).					0,38

Os *engenvalues* (ou autovalores) “mostram a proporção da variância que cada fator é capaz de reter” (Dancey & Reidy, 2006, p. 435). Neste estudo, foram retidos cinco fatores que explicaram os 54,25% da variância. Cada fator com *engenvale* acima de 1 foi

mantido. Os *eigenvalues* dos fatores e a variância correspondente são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Eigenvalues da análise fatorial exploratória das respostas

Componente	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
<i>Eigenvalue</i>	9,92	2,10	1,81	1,25	1,20
% da variância	33,06	7,01	6,02	4,17	3,99

O Fator 1, fator principal, agrupou predominantemente as respostas dos sujeitos relacionadas aos comportamentos de falar em público e interações com pessoas em posição de autoridade. Os itens 12, 3, 18, 25, 29 e 7 ficaram alocados neste fator. O Fator 2, denominado interação com o sexo oposto agrupou as respostas dos itens 30, 4, 20, 27, 23. Já o Fator 3, que recebeu a designação de interação com pessoas desconhecidas, foi composto pelos itens 13, 10, 17, 19, 22 e 15. O Fator 4 envolve os comportamentos de expressão assertiva de incômodo, desagrado ou tédio. Fazem parte dele os itens 2, 26, 14, 5, 9 e 11. O Fator 5 está relacionado à questão de estar em evidência e fazer papel de ridículo, sendo composto pelos itens 24, 28, 21, 16, 8, 1.

Foram calculadas a média (M) e o desvio padrão (DP) para cada um dos fatores, além do Alfa de Cronbach para verificar a consistência interna dos mesmos. Os achados podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4. Médias(M), desvios-padrão (DP) e alfa de Cronbach para os fatores do CASO-A30.

Fatores	M	DP	A
F1- Falar em público e interação com pessoas em posição de autoridade	16,95	5,99	0,87
F2- Interação com o sexo oposto	16,52	5,52	0,84
F3- Interação com pessoas desconhecidas	13,59	5,06	0,82
F4- Expressão assertiva de incômodo, desagrado ou tédio	17,27	5,16	0,78
F5- Estar em evidência e fazer papel de ridículo	19,00	4,76	0,75

Evidências de Validade de Critério:

A validade de critério é um dos principais métodos para a investigação da aplicabilidade de um teste para fins diagnósticos ou preditivos. Os estudos podem ser concorrentes ou preditivos, de acordo com o seu delineamento. Nos estudos concorrentes o instrumento e a verificação do critério são feitos de forma simultânea ou em momentos próximos; já os preditivos são realizados em momento estratégico para verificar o seu poder preditivo após um tempo considerável (Nunes & Primi, 2010).

Neste estudo, a validade de critério concorrente foi analisada entre os grupos 1 (amostra da população geral), 2 (alcoolistas) e 3 (pacientes com fobia social), buscando verificar se o CASO-A30 é um instrumento capaz de discriminar a ansiedade social entre diferentes grupos.

Foi realizado o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov dos 5 fatores do CASO-A30 entre os diferentes grupos analisados e a condição de normalidade foi violada ($p < 0,05$). Por esta razão, utilizou-se o Teste de Kruskal Wallis, seguido do teste de Dunn, para comparar a média dos postos de cada grupo em relação a cada um dos fatores do CASO-A30. Assim, obteve-se os seguintes resultados entre os grupos com relação aos diferentes fatores do CASO-A30:

Fator 1: Houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre os postos médios do grupo 1 em relação ao grupo 2 e em relação ao grupo 3, assim como houve diferença ($p < 0,05$) entre os grupos 2 e 3. O grupo 3 apresentou o maior posto médio (895,48), seguido do grupo 2 (794,22) e grupo 1 (389,36).

Fator 2: Houve diferença ($p < 0,05$) entre o grupo 1 em relação ao grupo 2 e ao grupo 3, porém não houve diferença ($p > 0,05$) entre o grupo 2 e 3. Estes últimos apresentaram as

maiores médias dos postos (886,83 e 812,03, respectivamente) seguidos do grupo 1 (387,94).

Fator 3: Houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre o grupo 1 em relação aos grupos 2 e 3. De forma semelhante, houve diferença entre o grupo 2 e o grupo 3 quanto ao 3º fator. O maior posto médio foi do grupo 3 (710,99) seguido dos grupos 2 (521,79) e 1 (444,88), respectivamente.

Fator 4: Houve diferença ($p < 0,05$) tanto entre o grupo 2 e 3, quanto entre o grupo 1 em relação ao grupo 2 e em relação ao grupo 3. O maior posto médio foi do grupo 3 (884,98), seguido dos grupos 2 (766,83) e 1 (394,08).

Fator 5: Não houve diferença significativa entre o posto médio dos grupos 1 e 2. Porém, houve diferença entre o grupo 1 e 3 e entre o grupo 2 e o grupo 3. O maior posto médio foi do grupo 3 (732,18), seguido dos grupos 1 (451,98) e 2 (450,62).

Validade convergente:

A validade convergente verifica a existência de correlações consistentemente altas com outras formas de medida já existentes de um dado constructo, ou seja, evidencia a “semelhança ou identidade dos constructos avaliados” (Urbina, 2007, p.173). Nesta pesquisa, os estudos de evidências de validade convergente foram realizados na correlação entre o CASO-A30 e a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS), pois ambos se propõem a avaliar a presença do transtorno de ansiedade/fobia social.

Foi realizado o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov dos 5 fatores do CASO-A30, do CASO-A30 (total), da subescala de ansiedade e de evitação da LSAS e da escala total da LSAS. Desta forma, verificou-se que a condição de normalidade foi violada

($p < 0,05$) e, por esta razão, utilizou-se a Correlação de Spearman (nível de significância de 1%) a fim de se buscar evidências de validade convergente entre os instrumentos.

Os dados mostraram uma correlação positiva entre o CASO-A30 (total) com a subescala de ansiedade da LSAS ($r=0,719$, $p < 0,001$), com a subescala de evitação da LSAS ($r=0,592$, $p < 0,001$), e com a Escala Total da LSAS ($r=0,701$, $p < 0,001$). A Tabela 5 apresenta os demais resultados.

Tabela 5 – Correlação entre os cinco fatores do CASO-A30 e a Escala de Ansiedade de Liebowitz (total e subescalas)

FATORES CASO-A30		Leibowitz escore total	Subescala ansiedade	Subescala evitação
Fator 1 - Falar em público e interação com pessoas em posição de autoridade	r	0,641**	0,659**	0,541**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
Fator 2 - Interação com o sexo oposto	r	0,538**	0,564**	0,445**
	p	< 0,001	<0,001	<0,001
Fator 3 - Interação com pessoas desconhecidas	r	0,479**	0,496**	0,396**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
Fator 4 - Expressão assertiva de incômodo, desagradado ou tédio	r	0,620**	0,626**	0,531**
	p	<0,001	<0,001	<0,001
Fator 5 – Estar em evidência e fazer papel de ridículo	r	0,474**	0,478**	0,413**
	p	<0,001	<0,001	<0,001

**Correlação significativa ao nível de significância de 0,01.
Correlações realizadas através da Correlação de *Spearman*.

Evidências baseadas em testes que avaliam construtos relacionados

Muitas vezes, em pesquisas de evidências de validade, são utilizados outros testes como variáveis externas, que podem avaliar construtos teórica ou logicamente relacionados

ao instrumento, mas que não são construtos convergentes nem discriminantes, razão pela qual se espera correlações moderadas entre eles (Nunes & Primi, 2010).

Para realização desta análise, utilizou-se uma subamostra de população geral. Esta subamostra contou com 103 participantes do sexo masculino ou feminino.

O estudo demonstrou que houve correlação negativa entre o CASO-A30 e o IHS-Del-Prete. Os achados estão descritos na Tabela 6.

Tabela 6 - Correlações entre os cinco fatores do CASO-A30 e os cinco fatores do IHS-Del-Prete

		F1IHS Enfrentamento com risco	F2IHS Auto-afirmação na expressão de afeto positivo	F3IHS Conversação e desenvoltura social	F4IHS Auto-exposição a desconhecidos ou situações novas	F5IHS Autocontrole da agressividade a situações aversivas
F1 CASO-A30 Falar em público e interação com pessoas em posição de autoridade	r	-0,535**	-0,216*	-0,165	-0,406**	-0,353**
	p	<0,001	0,029	0,095	<0,001	<0,001
F2 CASO-A30 Interação com o sexo oposto	r	-0,487**	-0,368**	-0,299*	-0,418**	-0,238*
	p	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	0,015
F3 CASO-A30 Interação com pessoas desconhecidas	r	-0,207*	-0,195*	-0,224*	-0,214*	-0,255*
	p	0,036	0,049	0,023	0,030	0,009
F4 CASO-A30 Expressão assertiva de incômodo, desagrado ou tédio	r	-0,461**	-0,408**	-0,238*	-0,452**	-0,266*
	p	<0,001	<0,001	0,015	<0,001	0,007
F5 CASO-A30 Estar em evidência e fazer papel de ridículo	r	-0,328*	-0,245*	-0,299*	-0,269*	-0,125
	p	0,001	0,012	0,002	0,006	0,209
n		103				

r = Coeficiente de Correlação de *Spearman* *Correlação significativa ao nível de significância de 5%.
**Correlação significativa ao nível de significância de 1%.

Discussão dos Resultados

Em relação às características da amostra, o CASO-A30 apresentou 60,5% de mulheres na amostra de população geral, enquanto na amostra clínica de fobia social o percentual de mulheres foi de 68,3%, ambas apresentando uma maioria feminina de participantes. Esse resultado é corroborado por outros estudos das versões anteriores do instrumento (Caballo et al., 2006, 2008) nos quais também se manteve uma predominância do sexo feminino. Sareen e Stein (2000) reforçam esses achados, referindo que o TAS é uma patologia que atinge mais comumente indivíduos do sexo feminino, como na maioria dos transtornos de ansiedade. O DSM-VI-TR (APA, 2002) refere que em alguns estudos epidemiológicos essa diferença entre os sexos é observada, apesar de não se confirmar em outras pesquisas.

Já na amostra clínica de Dependência do Álcool, amostra não contemplada nos estudos originais do instrumento, essa situação se inverteu, com uma predominância de sujeitos do sexo masculino, perfazendo 84,2% da amostra (n= 85). Terra et al (2006) corroboram estes dados em suas pesquisas, onde encontraram maior prevalência de homens nas amostras de alcoolistas, o que é confirmado no DSM-IV-TR (APA, 2002).

Com relação à comorbidade entre TAS e Dependência de Álcool encontrada em 43,6% da amostra clínica, vários estudos (Thevos, Thomas & Randall, 2001; Michels & Torres, 2004; Terra, Figueira & Barros, 2004; D'El Rey & Pacini, 2005a, 2005b) confirmam essa associação. Outros pesquisadores como Falcone (2000) e Del Prette et al. (2002) têm evidenciado a relação entre habilidades sociais e problemas psicológicos. Além disso, muitos pesquisadores têm focado seu interesse na relação entre TAS e uso de substâncias psicoativas (Botvin, Baker, Renick, Filazzola & Botvin, 1984; Scheier, Botvin, Diaz & Griffin, 1999; Botvin & Griffin, 2004; Wagner & Oliveira, 2007a, 2009b).

Avaliar o TAS é uma tarefa complexa e implica na necessidade de instrumentos de avaliação específicos e com adequadas propriedades psicométricas, que possibilitem um diagnóstico correto, com o objetivo de tomar decisões a respeito do tratamento e seguimento. Nesse sentido, selecionar um questionário, teste ou escala adequados para avaliar os resultados de um tratamento é muitas vezes difícil e resulta em dúvidas conceituais (Zubeidat, Parra & Sierra, 2006).

Os resultados obtidos nesse estudo revelam que o *Cuestionário de Ansiedad Social para Adultos* (CASO-A30) apresenta boas qualidades psicométricas para a realidade brasileira. Os estudos de fidedignidade revelaram um valor elevado no Alfa de Cronbach ($\alpha=0,93$), o que evidencia uma consistência interna considerada altamente satisfatória. Da mesma forma, por meio do método das duas metades (split-half), 1ª metade $\alpha= 0,85$ e 2ª metade $\alpha=0,88$, é possível constatar que se mantém plenamente satisfatória.

Este valor vem ao encontro dos resultados da versão original do instrumento, a partir dos dados de sua aplicação em 16 países da América Latina, além de Espanha e Portugal, os quais relataram um $\alpha= 0,97$ (Caballo et al., 2008), bem como do estudo realizado exclusivamente com universitários espanhóis, que também encontrou um coeficiente Alfa de Cronbach elevado de 0,91(Caballo et al., 2010b). Todos os estudos realizados evidenciaram que o CASO-A30 apresenta uma excelente consistência interna, confirmando a fidedignidade de seus resultados na avaliação do TAS.

A análise fatorial do CASO-A30 neste estudo brasileiro de validação indicou a presença de cinco fatores, tal como nos estudos originais de seus autores, cada um com seis itens. A ordem dos fatores sofreu algumas alterações, mas manteve os mesmos itens alocados em cada fator do estudo original. Todos os fatores apresentaram uma boa consistência interna, com os valores de alfa bastante significativos, variando entre 0,75 a

0,87. O fator 1, relacionado a falar em público, foi o que apresentou o valor mais significativo ($\alpha=0,87$).

O primeiro fator, que é o principal fator de um instrumento de avaliação, no presente estudo foi denominado “Falar em público e interação com pessoas de autoridade”, o que difere do estudo original, no qual está classificado como Fator 4. Neste fator concentram-se em ambos os estudos os itens 3, 7, 12,18, 25, 29. Tal resultado possibilita inferir que o falar em público possui maior importância no TAS para os brasileiros. Alguns estudos realizados por pesquisadores brasileiros como Osório, Crippa & Loureiro (2009), D’El Rey e Pacini (2005b) e Hofman e DiBartolo (2000) corroboram esses achados, afirmando que o falar em público é um dos medos mais prevalentes tanto em indivíduos com TAS, como na população geral.

O segundo fator, “Interação com sexo oposto” estava colocado como Fator 1 nos estudos originais. Os itens 4, 6, 20, 23, 27, 30 permaneceram classificados neste fator.

O terceiro fator denominado “Interação com pessoas desconhecidas” apresentou-se como terceiro fator em ambos os estudos. Neste ficaram as questões 10, 13, 15, 17,19, 22.

O quarto fator, intitulado “Expressão assertiva de incômodo, desagradado ou tédio” estava anteriormente alocado como fator 5 no estudo original. As questões 2, 5, 9, 11,14, 26 continuaram a integrar este fator.

O quinto fator, “Estar em evidência e fazer papel de ridículo” estava posicionado como fator 2 na investigação original. Nele estão os itens 1, 8, 16, 21, 24, 28.

O estudo de Caballo exclusivamente com população universitária espanhola (Caballo, 2010b) identificou uma estrutura fatorial semelhante a do estudo brasileiro. Os fatores encontrados foram: F1-Falar em público e interação com pessoas de autoridade; F2-Interação com desconhecidos; F3- Interação com o sexo oposto; F4-Expressão assertiva de incômodo, desagradado ou tédio e F5- estar em evidência e fazer papel de ridículo. Exceto

pelos fatores 2 e 3, que possuem diferenças na ordem que foram retirados, quando comparados ao estudo brasileiro e espanhol, os demais preservam a mesma ordem.

A identificação do fator 1- falar em público, como a dimensão principal na amostra brasileira e espanhola vem ao encontro do DSM-IV-TR (APA, 2002), que destaca que na população geral, a maioria dos indivíduos com TAS teme falar em público, enquanto que um menor grupo teme falar com desconhecidos ou fazer novas amizades. Tal aspecto foi referido anteriormente na citação das investigações realizadas por Hofman e DiBartolo (2000), D'El Rey e Pacini (2005b) e Osório, Crippa & Loureiro (2009).

A validade convergente foi verificada por meio do cálculo de correlação do CASO-A30 com a escala LSAS, uma vez que a ansiedade social é um construto avaliado por ambos e se refere ao medo acentuado e persistente de situações sociais ou de desempenho nas quais o indivíduo poderia sentir vergonha (APA, 2002). Os dados mostraram uma correlação positiva entre o CASO-A30 (total) com a subescala de ansiedade da LSAS, com a subescala de evitação da LSAS e com a Escala Total da LSAS, confirmando que os construtos convergem, ou seja, os respectivos instrumentos estão medindo construtos similares. Tanto o CASO-A30 quanto a LSAS demonstram apresentar fidedignidade em seus resultados e capacidade de identificar a presença do Transtorno de Ansiedade Social em sua aplicação no contexto da pesquisa ou de aplicação clínica.

Os resultados encontrados no estudo com população espanhola (Caballo, 2010b) também corroboram os resultados brasileiros, uma vez que, além de apontar correlação significativa entre o CASO-A30 (score total) e a Escala Total da LSAS, também aponta uma correlação positiva forte ($r=0,70$) entre o CASO-A30 e a subescala de ansiedade da LSAS e uma correlação moderada ($r=0,55$) entre o CASO-A30 e a subescala de evitação da LSAS. Tais dados indicam que nos dois estudos foi constatada uma correlação mais forte entre o CASO-A30 e a subescala de ansiedade da LSAS, quando comparada com a

subescala de evitação, o que se justifica porque ambos avaliam o mesmo construto, relacionado à avaliação de diferentes dimensões da ansiedade social.

Na análise de critério, em todos os fatores do CASO-A30 foi possível observar que existe diferença estatisticamente significativa entre os grupos: 1 (amostra da população geral), 2 (dependentes de álcool) e 3 (TAS). Os resultados demonstram que o grupo 3 teve média mais elevada em todos os fatores em relação aos outros dois grupos. Ao mesmo tempo, os grupos 1 e 2 também apresentaram diferenças entre si. Este resultado é extremamente importante porque significa que o CASO-A30 conseguiu discriminar os grupos de população geral, alcoolismo e TAS, apresentando média mais elevada no TAS, o que comprova que o instrumento apresenta boa capacidade para identificar a presença de ansiedade social.

Quanto às evidências baseadas em testes que avaliam construtos relacionados, realizada a partir da utilização do IHS-Del-Prette, é possível destacar que as variáveis se comportaram de maneira inversa, ou seja, na medida em que uma aumentou, a outra diminuiu e vice-versa. A correlação negativa do CASO-A30 com o IHS-Del-Prette foi um resultado esperado, pois escores mais elevados no CASO-A30 indicaram a presença de ansiedade social, o que pressupõe que devem ser mais baixos no IHS-Del-Prette, demonstrando que o mesmo indivíduo que apresentou TAS deve exibir um repertório empobrecido de HS. Já quanto mais desenvolvidas as HS de um indivíduo, menor o seu escore no CASO-A30. Esse resultado torna claro que o CASO-A30 e o IHS-Del-Prette não avaliam exatamente o mesmo construto, mas medem construtos relacionados, pois segundo alguns pesquisadores, é inegável que existe uma relação entre o estudo das habilidades sociais e os transtornos psicológicos (Falcone, 2000; Del Prette et al., 2002). Após a utilização da correlação de Spearman, com nível de significância de 0,05, foi constatado

que a maioria dos fatores do CASO-A30 apresenta coeficiente de correlação negativa significativo com o IHS-Del-Prette.

Estudo similar foi desenvolvido por Angélico (2009), no qual foi investigada a correlação entre o IHS-Del-Prette e o Social Phobia Inventory /SPIN (Connor et al., 2000; Osório, 2008), instrumento para detectar sintomas de TAS, que apresenta um construto semelhante ao da LSAS. Os resultados apontaram para uma correlação negativa, ou seja, os indivíduos que apresentavam TAS obtiveram escores mais baixos no IHS-Del-Prette e mais elevados no SPIN. Tais resultados comprovam a relação existente entre habilidades sociais empobrecidas, funcionamento social deficitário e os sintomas do TAS, reforçando os achados desta tese.

Neste contexto, autores como Scheier, Botvin, Diaz e Griffin (1999) e Barkin, Smith e Durant (2002) corroboram esses resultados quando se referem aos chamados déficits em habilidades sociais como elementos desencadeadores dos transtornos psicológicos, entre eles os transtornos de ansiedade, como o TAS. Angélico, Crippa e Loureiro (2006) referem que indivíduos com níveis elevados de ansiedade social podem apresentar prejuízos em suas habilidades sociais, afetando negativamente o seu desempenho social, suas habilidades de comunicação, percepções interpessoais e competência social.

Conclusão

Estudos de validação de instrumentos são de grande valia para o avanço do conhecimento relacionado aos diferentes transtornos mentais. Sua utilização no contexto clínico, na avaliação e no tratamento, bem como na pesquisa, permitem a identificação do transtorno de forma cada vez mais precisa e, conseqüentemente, a possibilidade de escolha de um tratamento mais adequado a cada caso.

Após o estudo das propriedades psicométricas do CASO-A30, foi constatada estabilidade na estrutura e natureza dos cinco fatores, os quais demonstraram ótima consistência interna. Além disso, esse instrumento apresenta distribuição fatorial bastante clara, ou seja, as cinco dimensões se apresentaram claramente definidas e com capacidade para avaliar a presença de ansiedade social.

A partir dos resultados obtidos, é possível concluir que a versão brasileira do CASO-A30 apresentou os requisitos necessários a um bom instrumento, mostrando-se bastante adequada às diferentes populações, tanto geral quanto clínica. Este resultado possibilita afirmar que o instrumento demonstrou adequação para uso na população brasileira, com qualidades psicométricas semelhantes ao estudo original, confirmando sua fidedignidade na avaliação de diferentes dimensões da ansiedade social em indivíduos do sexo feminino e masculino.

SEÇÃO 3 - TREINAMENTO EM HABILIDADES SOCIAIS COM USO DO CASO-A30: ESTUDO DE INTERVENÇÃO GRUPAL

Introdução

Estar envolvido em interações sociais é um comportamento inerente ao ser humano. Entretanto, nem sempre o indivíduo consegue ser habilidoso socialmente e manter relações interpessoais satisfatórias. Estudos evidenciam uma relação direta entre baixo índice de interação social, déficits nas habilidades sociais e conflitos nos relacionamentos interpessoais, pior qualidade de vida e diversos tipos de transtornos psicológicos (Del Prette & Del Prette, 2001).

No contexto universitário, muitas situações exigem a utilização de algumas habilidades sociais, entre elas, tomada de decisão e capacidade de resolução de problemas, autonomia e competência nos relacionamentos interpessoais, tendo em vista que o indivíduo está em processo de formação para ingressar em um mercado de trabalho altamente competitivo, no qual os mais assertivos acabam apresentando melhor desempenho. Investigações de Furtado, Falcone & Clark (2003) envolvendo habilidades sociais (HS) apontam para a conclusão que deficiências nessas habilidades podem contribuir para o desenvolvimento do estresse e de transtornos psicológicos.

Bartholomeu, Nunes e Machado (2008) analisaram as relações entre HS e socialização em estudantes universitários, pressupondo que as interações sociais estabelecidas entre os indivíduos são favorecidas ou dificultadas em função das tendências da sua personalidade. Os resultados indicaram diferenças significativas entre os sexos. As mulheres apresentaram maior tendência a expressar afetos positivos, elogiar familiares, defender alguém do grupo, além de abordar desconhecidos, pedindo-lhes favores ou

fazendo-lhes perguntas, e falar em público. Também evidenciaram uma maior incidência de características de personalidade como amabilidade, altruísmo, apoio emocional, bondade, além de empatia, responsividade, cuidado e confiança nos demais. Já os homens demonstraram resultados mais elevados no fator autocontrole da agressividade, o que sugere uma maior tendência a reagirem adequadamente a estímulos que determinem o controle de agressividade e raiva, lidando com críticas e brincadeiras ofensivas, mas com um componente de impulsividade.

As investigações de Falcone (1999) e Falcone et al (2008) apresentaram o seu foco na empatia, importante habilidade social que está relacionada à capacidade de compreender, compartilhar ou considerar sentimentos e necessidades das outras pessoas, além da expressão desta compreensão de forma sensível e adequada, propiciando que estes se sintam compreendidos. Desenvolveram um programa de treinamento da empatia com estudantes universitários, visando o desenvolvimento do comportamento empático. As conclusões dos estudos permitem afirmar que ocorreram significativas mudanças no convívio social dos estudantes, com aumento de sua capacidade de ouvir e compreender os demais, bem como de sua expressão desta compreensão, com consequente redução dos conflitos interpessoais e melhoria geral nos relacionamentos sociais.

Já um estudo chileno realizado com 156 sujeitos do sexo masculino, com idades entre 16 a 46 anos, deu ênfase na avaliação das relações entre otimismo e habilidades de resolução de problemas, que são considerados fatores protetores perante as dificuldades da vida. Os dados encontrados evidenciam que indivíduos pessimistas diferenciam-se dos otimistas, tendo mais dificuldades na orientação positiva e na solução racional dos problemas, concluindo que os otimistas apresentam melhores estratégias efetivas de enfrentar as demandas do meio (Villarroel & Guerrero, 2003). Esses dados reforçam a importância de programas de intervenção que auxiliem os indivíduos em suas dificuldades

para serem mais assertivos na busca de soluções, estimulando sua competência para aprenderem a lidar com os problemas que surgirem ao longo da vida.

Muitos pesquisadores concordam sobre a relevância da Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG), incluindo o Treinamento de Habilidades Sociais (THS) como um tratamento padrão a ser empregado em pacientes com Transtorno de Ansiedade Social (TAS) ou Fobia Social, para que os efeitos negativos que esse grave transtorno ansioso acarreta a seu portador sejam minimizados (Caballo, 2003a; Angélico, Crippa e Loureiro, 2006; D'El Rey & Pacini, 2006; D'El Rey, Lacava, Cejkinski & Mello, 2008). Essa intervenção deve utilizar-se de técnicas de exposição e reestruturação cognitiva e, em relação ao THS, está embutido indiretamente na exposição das situações temidas.

Nesse sentido, os tratamentos cognitivo-comportamentais mais estudados para o TAS são o THS, as técnicas de exposição, as técnicas de reestruturação cognitiva e a combinação de exposição e reestruturação cognitiva. São utilizadas técnicas de relaxamento, dessensibilização sistemática e treinamento no manejo da ansiedade (Caballo, 2003b, Feldman & Rivas-Vazquez, 2003; Marom, Aderka, Hermesh & Gilboa-Schechtman, 2009).

Os estudos de Cottraux et al. (2000) e Herbert et al. (2005) comprovaram a eficácia do THS, a partir da comparação de distintas intervenções com indivíduos que apresentavam TAS. Cottraux et al. (2000) pesquisaram dois grupos, um de terapia cognitivo-comportamental (TCC) aliada ao THS, enquanto o outro de psicoterapia de apoio. Já Herbert et al. (2005) investigaram os resultados de um grupo de Terapia Cognitivo Comportamental Grupal (TCCG), em comparação com outro de TCCG acrescida de THS. Os achados indicaram que, tanto a TCC quanto a TCCG aliada ao THS,

demonstraram maior efetividade e duração dos efeitos a longo prazo do que a psicoterapia de apoio ou a TCCG isolada.

Uma revisão de literatura envolvendo estudos que avaliaram a eficácia das técnicas cognitivo e/ou comportamentais na redução do TAS foi desenvolvida por Mululo, Menezes, Fontenelle e Versiani (2009). Os resultados confirmaram que técnicas cognitivas e comportamentais (convencionais e inovadoras) são eficazes no tratamento deste quadro clínico, destacando que a associação da TCC com evitação de comportamentos de segurança e com o THS apresentou vantagem adicional em relação ao modelo convencional. Embora a maioria das intervenções realizadas nesses ensaios tenha sido grupal, os melhores resultados foram encontrados com o tratamento individual.

Programas de THS com aplicação do Inventário de Habilidades Sociais – IHS-Del-Prette (Del Prette & Del Prette, 2001) antes e depois da intervenção estão sendo implementados nos últimos anos. Alguns pesquisadores, como Del Prette e Del Prette (2003), estão mais voltados ao desenvolvimento da competência nas relações interpessoais no ambiente de trabalho e focalizaram suas intervenções em amostras de universitários em fase final de graduação, com duração de 36 horas, divididas em duas sessões semanais de duas horas. Suas conclusões mostraram evidências de que houve o desenvolvimento das habilidades, entre elas, observação e descrição de comportamentos, automonitoramento do desempenho em situações que exigem criatividade e autocontrole, dar e receber feedback, elogiar desempenhos, expressar-se de forma assertiva e empática e lidar com críticas. Outros focalizaram o repertório socialmente habilidoso de estudantes universitários, em amostras de alunos com queixas de dificuldades interpessoais (Villas Boas, Silveira & Bolsoni-Silva, 2005), em graduandos de psicologia (Del Prette, Del Prette & Barreto, 1999; Magalhães & Murta, 2003; Del Prette et al., 2004; Bolsoni-Silva, 2009) e de comparação entre homens e mulheres graduandos das áreas de Ciências Humanas, Exatas e Biológicas

em geral (Barreto, Pierre, Del Prette & Del Prette, 2004). Todos os estudos referem que houve diferenças significativas, detectadas na aplicação do IHS-Del-Prette antes e depois da intervenção, concluindo que programas de THS favorecem o desenvolvimento de habilidades e da competência social.

Outras intervenções grupais breves descritas na literatura incluem programas de THS, TCC e exposição ao vivo com adolescentes que apresentam transtornos de ansiedade (Fisher, Masia-Warner & Klein, 2004; Olivares-Olivares, Rosa-Alcázar & Olivares-Rodríguez, 2007). Segundo Sareen e Stein (2000), entre as psicoterapias de curto prazo, a terapia comportamental cognitiva, o THS e a exposição em terapia *in vivo* são os tratamentos que têm sido sistematicamente estudados e demonstrado eficácia em pacientes com TAS. Sendo assim, programas preventivos devem focalizar o desenvolvimento da assertividade, bem como da empatia e da solução de problemas (Falcone, 2000, 2002), visando aumentar as competências sociais.

Nessa mesma perspectiva, Gorayeb, Cunha Netto e Bugliani (2003) desenvolveram no Brasil um programa chamado Habilidades de Vida, voltado a adolescentes e professores, com o objetivo de desenvolver habilidades para lidar com diversas situações de risco. Através de sessões grupais, ocorreu o treino em habilidades de decisão, resolução de problemas, pensamento crítico, pensamento criativo, comunicação eficaz, relacionamento interpessoal, autoconhecimento, empatia, lidar com as emoções e com o estresse. Os resultados evidenciaram que os adolescentes apresentaram melhoras na interação grupal, na interação com o facilitador do grupo, nas relações interpessoais fora do grupo, além de aumento de consciência sobre as situações de risco e as habilidades necessárias para manejá-las de forma adequada. Minto, Pedro, Cunha Netto, Bugliani e Gorayeb (2006) analisaram os temas, conteúdos e metodologias adotadas nessa

intervenção, destacando sua importância como uma estratégia para tornar os adolescentes mais competentes para enfrentar as demandas de sua vida cotidiana.

Outro programa semelhante já havia sido organizado pela Organización Panamericana de la Salud (2001) em um documento denominado “*Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*”. Neste, foi definido que o enfoque de habilidades para a vida deve desenvolver destrezas que propiciem aos jovens a aquisição de aptidões necessárias ao desenvolvimento humano e que possibilitem o enfrentamento dos desafios da vida por meio de métodos de educação interativos, incluindo discussões abertas, dramatizações, ensaio de habilidades e atividades diversas em grupos pequenos. Identificaram-se como habilidades para a vida os seguintes itens: 1) habilidades sociais e interpessoais (incluindo comunicação, habilidades de rechaço, agressividade e empatia), 2) habilidades cognitivas (como tomada de decisões, pensamento crítico e criativo e auto-avaliação) e 3) habilidades para manejar emoções (como o stress e o aumento interno de um centro de controle).

Estudos de Almeida (2003) e Caballo (1996) destacam as vantagens de algumas intervenções em grupo, entre as quais podemos citar: existência de uma situação social já estabelecida, diferentes tipos de pessoas podem representar papéis e fornecer *feedback*, possibilidade de uma série de modelos para modelação, além de que alguns modelos podem apresentar características em comum com o observador.

O interesse pelo estudo das interações sociais dos estudantes se justifica porque o ingresso na universidade traz mudanças e transformações sociais, à medida que este novo ambiente exige novas demandas de conhecimento, habilidades e competência, requerendo um processo de adaptação para se obter sucesso acadêmico. Bolsoni-Silva (2009) e

Bandeira e Quaglia (2005) destacam a relação entre habilidades sociais, rendimento acadêmico e saúde mental.

No contexto das habilidades sociais necessárias durante os estudos universitários, podem ser destacadas as envolvidas no falar em público: apresentação de seminários, fazer e responder perguntas aos professores e colegas, falar em sala de aula, conversar com o professor sobre notas e avaliações, trabalhar em grupo, ouvir, concordar ou discordar, negociar, argumentar, além de iniciar uma conversação visando um relacionamento amoroso, manter ou terminar relacionamentos, interagir com amigos e familiares. Todas essas habilidades propiciam uma vida saudável e, conseqüentemente, bom desempenho acadêmico (Boas, Silveira, & Bolsoni-Silva, 2005; Del Prette & Del Prette, 2003; Del Prette et al., 2004; Bandeira & Gaglia, 2005; Del Prette, Del Prette & Barreto, 1999; Pacheco & Rangé, 2006).

Esse trabalho tem por objetivo apresentar os resultados de uma intervenção breve grupal com universitários denominada “Programa de Desenvolvimento de Habilidades Interpessoais”, visando a melhora da competência interpessoal e individual por meio do ensino de estratégias para o aperfeiçoamento de suas habilidades de relacionamento social. Através da aplicação antes e depois da intervenção do *Cuestionário de Ansiedad Social para Adultos/ CASO-A30* (Caballo et al., 2010a; 2010b) em sua versão adaptada para o português (Wagner & Oliveira, 2007; Oliveira, Caballo, Wagner & Susin, 2009), buscou-se verificar se o instrumento consegue monitorar mudanças de comportamento nos indivíduos, avaliando a melhora dos sintomas do TAS no sujeitos submetidos ao THS.

Método

Trata-se de um estudo clínico de intervenção grupal com avaliação pré e pós intervenção (Wainer, 2008).

Participantes

Participaram deste estudo 32 estudantes universitários de instituições de ensino superior do estado do Rio Grande do Sul, de diferentes cursos de graduação, que apresentavam dificuldades de interação e ansiedade frente situações sociais.

Instrumentos:

Foram aplicados em todos os participantes alguns instrumentos, como:

1) ***Cuestionário de Ansiedad Social para Adultos/ CASO-A30*** (Caballo et al, 2010a; 2010b): Possui 30 itens a serem respondidos, de acordo com o número que melhor represente o grau de mal-estar, tensão ou nervosismo que cada uma das situações descritas provoca (ou provocaria), através de escala tipo Likert de 7 pontos: nenhum (score 0), muito pouco (score 1), pouco (score 2), médio (score 3), bastante (score 4), muito (score 5) e muitíssimo (score 6). Através dos estudos de validade fatorial do CASO-A30 para verificar se os fatores estão bem determinados, o instrumento foi agrupado em 5 fatores: Fator 1 - Falar em público/interação com pessoas em posição de autoridade, Fator 2 - Interação com o sexo oposto, Fator 3- Estar em evidência/ fazer papel de ridículo, Fator 4- Interação com pessoas desconhecidas e fator 5 - Expressão assertiva de incômodo, desagrado ou tédio. A verificação da fidedignidade do CASO-A 30 nos estudos originais encontrou um coeficiente de $\alpha=0,97$, enquanto os estudos na população brasileira desenvolvida nesta tese encontrou um $\alpha=0,928$.

2) **Escala de Ansiedade Social Liebowitz** (Liebowitz, 1987; Terra et al., 2006): utilizada como instrumento padrão ouro, é uma medida para avaliar a gravidade de Fobia Social constituída de 24 itens, avaliados em duas categorias: ansiedade e evitação. Apresenta uma escala Likert de 0 a 3, sendo na categoria ansiedade 0= nenhum, 1=leve, 2=moderado e 3= grave e na categoria evitação, com escores 0= nunca, 1= ocasionalmente,

2= frequentemente e 3= geralmente. A pontuação dos escores gerais resulta em três categorias: leve (abaixo de 51), moderada (entre 52 e 81) e grave (acima ou igual a 82). Os estudos de validação da Liebowitz constataram uma consistência interna altamente satisfatória, com um coeficiente de $\alpha=0,95$.

Procedimentos

O programa de intervenção foi divulgado nas instituições de ensino superior aos universitários através de propaganda no site, folders colocados nos prédios e convites feitos verbalmente nas salas de aula. Foi explicado que o trabalho estava voltado para alunos que apresentavam dificuldades interpessoais e o objetivo seria desenvolver habilidades sociais, tais como falar em público, expor sua opinião, expressar desagrado, fazer amizades, entre outras, instrumentalizando o indivíduo para um bom desempenho em sua vida pessoal e acadêmica.

O repertório de déficits nas HS dos participantes foi avaliado através do CASO-A30 (Caballo et al., 2010a; 2010b) e LSAS (Liebowitz, 1987; Terra et al., 2006). A avaliação inicial foi desenvolvida no primeiro encontro e a final no último encontro. Os dados coletados foram submetidos à análise estatística utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS, versão 17.0.

Inicialmente foi desenvolvido um estudo piloto com dois grupos de 08 participantes, totalizando dezesseis universitários, com o objetivo de testar o programa de 10 encontros e os instrumentos. Estes dados fizeram parte do Exame de Qualificação deste doutorado.

Descrição geral da intervenção

O protocolo do treinamento de habilidades sociais desenvolvido nesta tese foi adaptado do modelo descrito por Caballo (1996, 2003b), em formato grupal, variando entre

5 a 8 de participantes, com 10 encontros semanais de duração de 2h cada. A intervenção em grupo oferece algumas vantagens, pois propicia uma situação social já estabelecida, na qual é possível praticar com outras pessoas as habilidades trabalhadas, além de se estabelecer um clima de apoio mútuo em uma situação real e não simulada como no formato individual, bem como menor gasto financeiro por parte do paciente e uso econômico de tempo do terapeuta.

A estrutura de cada encontro segue um mesmo padrão, permitindo aos participantes liberdade de expressão de pensamentos e sentimentos. O programa desenvolve os seguintes conteúdos: autoconhecimento e habilidades de apresentação, relacionamento interpessoal e habilidades de conversação, habilidades de expressão de afeto e empatia, habilidades de assertividade, habilidades de conflito, lidar com o estresse, pensamento crítico e criativo, tomada de decisão e resolução de problemas. No decorrer dos encontros, foi desenvolvido junto aos participantes atividades de treinamento de habilidades sociais, com exposição oral de conceitos, debates e discussões, bem como técnicas de trabalho em grupo, a partir do contexto das práticas de exposição ou encenações comportamentais.

Os instrumentos de avaliação foram administrados pré e pós-intervenção, para verificar a eficácia do processo na busca de mudanças comportamentais significativas, com a substituição de comportamentos não desejáveis por outros mais adequados. De acordo com Cummings & Hulley (2008), a capacidade de um instrumento de detectar mudanças pode ser testada através de sua aplicação “antes e depois de os pacientes receberem um tratamento considerado eficaz” (p.270).

A intervenção ocorreu em uma sala da instituição, em horário e local diferente das aulas e foi conduzido sob a coordenação de uma psicóloga e co-coordenação de uma estagiária de psicologia. Os participantes foram informados dos objetivos da atividade, da aplicação dos instrumentos, da preservação do sigilo de suas identidades e assinaram um

termo de consentimento livre e esclarecido. O presente estudo recebeu aprovação da Comissão Científica e Comitê de Ética da PUCRS, integrando o protocolo de pesquisa registro CEP 08/04082.

Descrição dos encontros

A intervenção buscou monitorar a reação dos participantes a partir de alguns procedimentos como feedback verbal dos coordenadores do grupo, a cada encontro, sobre a aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos às situações cotidianas, feedback verbal dos integrantes do grupo sobre a possibilidade de utilização do que foi trabalhado em suas vivências diárias, relato da aplicação prática das habilidades adquiridas e avaliação de seu desempenho. Todos os encontros seguiram a mesma estrutura, iniciando com o resgate de assuntos e atividades programadas na semana anterior, espaço livre para a expressão das experiências na aplicação das estratégias aprendidas, discussão do conteúdo específico do dia, aplicação da régua com a pontuação de 0 a 100 (zero a cem), sendo “zero” a indicação de nenhuma ansiedade e “cem” de extremamente ansioso. A seguir, segue o breve relato dos encontros, em seus aspectos principais:

- Primeiro encontro: Apresentação dos coordenadores e explicação do objetivo do grupo e das atividades a serem desenvolvidas. Logo após, foi desenvolvida uma técnica de apresentação e integração interpessoal e, após a apresentação, os participantes identificaram o grau de ansiedade nesse momento inicial frente ao grupo na régua de 0 a 100. Foram apresentados os conceitos de habilidades sociais e treinamento de habilidades sociais. Ao final do encontro, foram aplicados os instrumentos: ficha sócio-demográfica, CASO-A30 (Caballo et al, 2010a; 2010b) e Escala de Fobia Social de Liebowitz (Liebowitz, 1987; Terra et al., 2006).

- Segundo encontro: Exposição dos conceitos e sintomas de ansiedade, especificando o que é ansiedade social e proporcionando um espaço para livre expressão, no qual os participantes foram convidados a se manifestar sobre momentos nos quais sentiram mais ansiedade e quais estratégias utilizaram para lidar com a situação. Após, foram ensinadas técnicas de controle da ansiedade, como o treino respiratório com respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo, realizando o treinamento das técnicas no grupo. A tarefa de casa foi treinar a respiração diafragmática e o relaxamento muscular progressivo, utilizando-os nas situações ansiogênicas que surgissem.
- Terceiro encontro: Enfoque nos comportamentos envolvidos nas habilidades sociais, a importância da comunicação não-verbal, como olhar, contato visual, expressão facial, postura corporal, gestos, distância/contato físico, aparência pessoal, volume e velocidade da voz. Os participantes assistiram a vinheta de um filme e identificaram os comportamentos não-verbais presentes, fazendo um debate sobre quais os mais adequados e propondo possíveis comportamentos no lugar dos não adequados. A tarefa de casa ficou relacionada à observação e anotação da comunicação não-verbal nos diferentes contextos em que a pessoa estava inserida e suas consequências.
- Quarto encontro: Explicação dos conceitos de agressividade, passividade e assertividade retiradas dos estudos de Caballo (2003b) e realização de um debate sobre comportamentos agressivos, passivos e assertivos. Os participantes foram divididos em duplas e receberam algumas fichas com exemplos de situações e três formas diferentes de reagir a elas. Após, escolherem a mais adequada e representaram o comportamento. Ao final, todos receberam a Folha de Auto-Registro das Habilidades Sociais para monitoramento de seus comportamentos diários como tarefa para a semana.

- Quinto encontro: Temas trabalhados relacionaram-se a: como iniciar e manter uma conversação, estar atento aos elementos não verbais, livre informação, auto-revelação, elogiar, pedir e expressar opinião, expressar sentimentos positivos. Em duplas, a partir de temas sugeridos por sorteio, foi definido um assunto de interesse mútuo e desenvolvido um diálogo, procurando manter a conversação sem pausas prolongadas. Por fim, avaliou-se a atividade, refletindo sobre possíveis erros de comunicação e abordagens. Perto do final da sessão, foi realizada outra atividade: em duplas, olhando nos olhos e de frente um para o outro, deveriam fazer um elogio sincero de algo que admirou no companheiro, ao que o outro aceitou, agradeceu e vice-versa. Como tarefa, foi estabelecida por cada um dos membros uma situação específica na qual poderiam treinar as estratégias desenvolvidas no grupo, descrevendo por escrito a atividade e avaliando como foi seu desempenho.

- Sexto encontro: O foco deste encontro foi Defesa dos Direitos, a partir de debate sobre uma lista dos principais direitos do ser humano. Foi solicitado que todos tentassem recordar de uma situação na qual já tenham sentido que foram desrespeitados em seus direitos, a qual foi descrita em uma folha. A sessão transcorreu com a participação voluntária dos participantes do grupo, realizando a auto-revelação das situações e, a partir de um trabalho de *rolle play* (ou dramatização) das cenas, o grupo buscou construir, em conjunto, estratégias de resolução de problemas nas quais tais situações poderiam ter transcorrido de forma mais adequada, por meio de conversação e comportamentos mais assertivos.

- Sétimo encontro: Atividades envolvendo a expressão dos sentimentos e as reações frente situações geradoras de estresse, visando o aprendizado de habilidades de conflito. Foram ensinadas algumas técnicas de como desarmar um argumento e expressar opiniões pessoais, desenvolvendo estratégias e maneiras de lidar assertivamente em tais momentos, reconhecimento dos sentimentos e expressão de afeto/empatia, conseguir convidar uma

pessoa para uma atividade, tomar consciência das dificuldades de ser empático em situações positivas e negativas.

- Oitavo encontro: O tema envolveu o estímulo ao pensamento crítico e criativo, a tomada de decisões e a resolução de problemas, buscando estimular as capacidades de questionamento, reflexão, análise, ausência de julgamento prévio das idéias, busca de alternativas, ouvir as pessoas e pedir esclarecimento quando uma afirmação não for clara. Em relação à tomada de decisão e resolução de problemas, foram investigadas as estratégias de avaliação das possíveis “situações-problema”, com delineamento de diferentes estratégias de resolução, eleição de maneiras e adoção de critérios, por meio da utilização de capacidades pessoais e recursos do meio. Um dos objetivos é o incremento da consciência dos indivíduos a respeito de sua responsabilidade frente à resolução de seus problemas, a partir da avaliação das diferentes opções para solucioná-los, de acordo com os critérios estabelecidos e escolha da alternativa que garanta maior chance de consequências positivas.
- Nono encontro: Desenvolvimento de um trabalho de prevenção de recaída, revisando conceitos importantes trabalhados durante as sessões e técnicas como a elaboração de cartões de enfrentamento, respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo. Foi realizada uma dinâmica de falar em público, na qual os participantes foram estimulados a preparar um pequeno texto de seu domínio para ser apresentado de forma breve frente ao grupo, tendo como pré-requisitos o domínio do assunto, a linguagem verbal e a não verbal. Após, o próprio grupo teceu considerações sobre a atividade, o desempenho individual e sugestões de possíveis mudanças comportamentais.

- Décimo encontro: Reavaliação, com a reaplicação dos instrumentos da primeira sessão. Como encerramento, foi realizado um resumo geral dos principais conceitos trabalhados na intervenção e *feedback* final de cada participante.

Resultados

O Programa de Desenvolvimento de Habilidades Interpessoais foi desenvolvido em uma amostra de 32 participantes, constituindo-se de 71,9% (n=23) sujeitos do sexo feminino e 28,1% (n=9) do sexo masculino, com variação de idade entre 19 a 41 anos, sendo a média de idade 25,75 anos (DP= 8,05).

Em relação ao estado civil e atividade, a maior parte da amostra (68,8%) afirmou ser solteiro e 62,5% relatam que possuem um trabalho. Nos resultados da aplicação do Critério de Classificação Econômica Brasil, a maior parte da amostra, 62,5% (N=20) está inserida na Classe B2, 15,6% (N=5) na C1, enquanto 9,4% estão alocados tanto na classe B1(N=3) quanto na C2 (N=3) e 3,1% (N=1) na classe D.

Do total (n=45) de participantes que realizaram a avaliação inicial, treze sujeitos (28,9%) não deram continuidade. Destes, quatro não preenchiam critérios para TAS pela avaliação do CASO-A30 e LSA, enquanto nove abandonaram o programa.

Quanto aos participantes que realizaram o programa de Desenvolvimento de Habilidades Interpessoais, na Tabela 1 estão apresentados alguns dados descritivos:

Tabela 1 - Dados descritivos da amostra.

Variáveis	Grupo de THS	
	n	%
Sexo		
Masculino	9	28,1
Feminino	23	71,9
Curso		
Psicologia	8	25,0
Direito	18	56,3
Ciências Contábeis, Arquitetura e Administração	4	12,5
Serviço Social e História	2	6,2
Atividade Profissional		
Trabalha	16	50
Não trabalha	16	50
Estado Civil		
Solteiro	22	68,8
Casado ou com companheiro(a)	6	18,8
Separado	4	12,5
Renda (em reais)		
500-1000	2	6,3
1000-1500	7	21,9
1500-2000	14	43,8
Acima de 2000	9	28,1
Total	32	100%

A análise dos dados da intervenção evidenciou diferenças na média grupal do escore total do CASO-A30 após a intervenção, em comparação com os resultados obtidos no início do programa. Foi realizado o Teste t para os resultados do escore total e dos fatores do CASO-A30 pré e pós-teste, descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Resultados do teste T pareado para pré e pós-teste.

CASO-A30		Escore					
		Total	F1	F2	F3	F4	F5
Pré-teste	M	102,56	22,33	20,31	17,44	21,09	22,33
	DP	13,65	5,55	5,27	5,86	5,04	3,77
Pós-teste	M	72,25	14,53	14,09	16,87	12,59	14,16
	DP	17,78	5,56	4,60	4,17	4,33	4,33
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,766	<0,001	<0,001

Para comparar os resultados obtidos na aplicação do CASO-A30 com os da LSA no início e no final do Programa de Desenvolvimento de habilidades Interpessoais, foi realizado o Teste t dos escores totais da LSA pré e pós teste.

A **Tabela 3** ilustra os resultados do Teste t pareado da LSA no pré e pós-teste.

Tabela 3- Médias e desvios padrão da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSA) no pré e pós-teste.

Escala de Ansiedade Social de Liebowitz	n	M	DP	p
Pré-Teste	32	64,75	19,011	
Pós-Teste	32	41,22	18,685	<0,001

Discussão

Em relação às características da amostra, a maioria dos participantes é do sexo feminino e possui estado civil solteiro, dados que vem ao encontro dos estudos de Nardi (2000) e APA (2002), os quais destacam a prevalência do sexo feminino no TAS e a

dificuldade que os indivíduos com esse quadro clínico podem ter para encontrar parceiros fixos e casar. No DSM-VI-TR (APA, 2002), está descrito que estudos epidemiológicos referem essa incidência maior do sexo feminino no TAS, mas que, em algumas amostras clínicas, aparece igualmente entre os sexos e em outras, prevalece o sexo masculino.

A análise dos dados pré e pós-teste evidenciou diferenças na média grupal do escore total do CASO-A30, indicando que o instrumento apresentou resultados satisfatórios referentes à validade neste estudo experimental. Os resultados do Programa de Desenvolvimento de Habilidades Interpessoais sugerem que os participantes apresentaram melhoras em seu repertório de habilidades sociais, na interação grupal, além de aumento da assertividade em situações difíceis, o que foi evidenciado pela melhora no escore total do CASO-A30 pós-intervenção.

O escore total e os fatores 1,2, 4 e 5 apresentaram boa consistência interna. Reforçam que o CASO-A30 demonstrou ser sensível à identificação de mudanças no construto que o instrumento quer medir.

Destacam-se as diferenças encontradas no F1 (Falar em público), que é o principal fator, corroborando os resultados psicométricos da análise fatorial do instrumento em amostra de população brasileira que foram apresentados na seção anterior.

Os estudos psicométricos do CASO-A30 com população espanhola (Caballo et al, 2010b) obtiveram resultados similares, apresentando o F1 como o Fator principal, denotando que, em ambas as culturas, o falar em público apresenta-se como um dos medos mais prevalentes em indivíduos que apresentam TAS (Osório, Crippa e Loureiro, 2009, Hofman e DiBartolo,2000; APA,2002), o que já foi caracterizado no estudo anterior.

Diferenças significativas foram encontradas no Fator 2 (Interação com o sexo oposto), Fator 4 (Expressão assertiva de incômodo, desagrado ou tédio) e Fator 5 (Estar em evidência e fazer papel de ridículo). Esses achados evidenciam a capacidade do

instrumento em monitorar as mudanças de comportamento relacionadas à ansiedade social nessas dimensões, bem como a eficácia da intervenção baseada no desenvolvimento das habilidades interpessoais.

Entretanto, o Fator 3 (Interação com pessoas desconhecidas) não evidenciou resultados significativos, não obtendo diferenças no escore pré e pós- teste. As hipóteses levantadas em relação a este achado questionam se o problema poderia ser atribuído à escala ou ao programa desenvolvido, bem como ao tamanho reduzido da amostra.

Existe uma grande probabilidade de que esta questão tenha ocorrido em função das atividades desenvolvidas no Programa de Desenvolvimento de Habilidades Interpessoais. Ao realizar uma análise do programa, as atividades foram planejadas em função das necessidades mais importantes de estudantes universitários, vinculadas ao falar em público e exposição em sala de aula. Talvez as atividades desenvolvidas não tenham contemplado a habilidade de interagir com pessoas desconhecidas, embora ao iniciar o programa, todos foram desafiados a manterem uma interação social com outros colegas de cursos diferentes da instituição e que não se conheciam.

As diferenças encontradas nesse estudo, após a realização da intervenção, detectaram mudanças nos comportamentos vinculados ao quadro clínico do TSA, ratificando que esse é um novo instrumento para avaliar as dimensões da ansiedade social que realmente é sensível às mudanças nesse construto que mede. Vem corroborar outras investigações desenvolvidas com população universitária (Villas Boas, Silveira & Bolsoni-Silva, 2005; Magalhães & Murta, 2003; Barreto, Pierre, Del Prette & Del Prette, 2004), as quais referem que programas de THS favorecem o desenvolvimento de habilidades e da competência social.

Conclusão

Este estudo teve por objetivo aplicar o CASO-A30 em um programa de intervenção, integrando o estudo de validação do instrumento. A partir do Programa de Desenvolvimento de Habilidades Interpessoais, com aplicação do CASO-A30 antes e depois da intervenção, é possível afirmar que o instrumento possui capacidade para identificar as mudanças comportamentais sobre o repertório de habilidades sociais de estudantes universitários, rastreando a presença de ansiedade social e a melhora após administração de um tratamento.

Os resultados obtidos nesse estudo de intervenção breve reforçam estudos anteriores que demonstram que o instrumento apresenta qualidades psicométricas adequadas para a população brasileira. A diferença significativa do CASO-A30 no pré e pós-teste comprovou essa afirmação. É um instrumento que apresenta elevada consistência interna, confirmando sua validade clínica na avaliação dos sintomas do TAS, bem como sua utilização em estudos que testem a eficácia terapêutica de programas de intervenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar habilidades sociais, relacionando-as com os quadros de TAS e Dependência de Álcool, é de suma importância para o desenvolvimento desta área do conhecimento científico que ainda necessita ser explorada. Nesse sentido, é tarefa dos profissionais da área da saúde mental investigar de forma bem fundamentada a presença de déficits nas habilidades sociais associados aos transtornos.

Para a realização de um processo de avaliação do TAS, bem como o posterior tratamento, é necessário, inicialmente, a escolha de um instrumento que seja realmente adequado à identificação do transtorno. O presente estudo mostra a importância da adaptação e validação de uma medida, principalmente quando se trata de um instrumento que deve rastrear populações clínicas e diferenciá-las de populações não clínicas.

Os resultados desta tese efetivamente permitem afirmar que o CASO-A30 apresentou boas propriedades psicométricas, com uma elevada consistência interna, constituindo um instrumento adequado para mensuração das dimensões da ansiedade social. As evidências possibilitam concluir que apresenta validade clínica na avaliação dos sintomas do TAS, bem como em estudos que testem a eficácia terapêutica de programas de intervenção.

A análise fatorial do CASO-A30 indicou a presença de cinco fatores, tal como nos estudos originais de seus autores, sendo que todos apresentaram uma boa consistência interna, com valores de alfa bastante significativos. É possível inferir que a análise fatorial foi bem sucedida, uma vez que foi possível determinar um número relativamente pequeno de fatores, os quais responderam por uma porcentagem razoável de dados.

A validade convergente, verificada por meio do cálculo de correlação do CASO-A30 com a escala LSA, encontrou uma correlação positiva entre o CASO-A30 com a LSA,

confirmando que os construtos convergem, ou seja, os respectivos instrumentos estão medindo construtos similares. Já em relação à utilização do IHS-Del-Prette e do CASO-A30 em conjunto, foi possível a confirmação de que medem construtos relacionados, o que reforça a evidência de que indivíduos com TAS, com ou sem comorbidade com uso de substâncias, apresentam déficits em suas habilidades sociais, o que pode desencadear prejuízos em diferentes esferas de sua vida, tais como social, acadêmica e profissional. O IHS-Del-Prette pode ser utilizado como aliado no rastreamento da presença de TAS, visto que pode complementar na detecção dos déficits nas habilidades sociais.

Em relação às amostras clínicas, o CASO-A 30 demonstrou ser sensível na identificação do TAS em indivíduos que apresentam Dependência de Álcool, comorbidade explorada neste estudo. Após a análise dos dados, foi observado que 43,6% da amostra de alcoolistas apresentavam TAS, índice bastante significativo e que reforça a necessidade de maior investigação dessa comorbidade, a fim de planejar um tratamento que contemple o desenvolvimento das habilidades deficitárias.

A aplicação dos instrumentos CASO-A30 e Escala Liebowitz na população geral, apesar de serem instrumentos com poucos itens e de fácil aplicação, demandou um grande esforço da equipe em relação aos anos de aplicação, desde a escala inicial do CASO-A30 de 516 itens, passando por todas as aplicações nas diferentes versões. Além disso, a falta de apoio dificultou a execução do projeto, gerando custos aos pesquisadores quanto aos materiais, deslocamento para instituições, entre outros.

Destaca-se que este é um estudo ibero-americano de elaboração de um instrumento que passou por todas as fases de criação de um inventário genuinamente transcultural. As relações internacionais na área de pesquisa foram contempladas e mostram-se promissoras no desenvolvimento científico, com a possibilidade de parcerias e publicações bilaterais

decorrentes do estudo, um dos pontos considerados importantes em programas de pós-graduação do país.

Programas de Desenvolvimento de Habilidades Sociais para o tratamento dos transtornos de ansiedade, em especial no TAS, tem se mostrado como uma intervenção que apresenta bons resultados. O instrumento demonstrou ser sensível à mudança frente à intervenção, apesar da amostra ser pequena. Um tamanho amostral maior poderia trazer novos resultados a serem discutidos. A maior dificuldade no estudo de intervenção grupal esteve relacionada ao treinamento da equipe, bem como ao alto grau de abandono do tratamento.

Os integrantes da equipe foram estudantes e profissionais treinados para aplicar o modelo. Porém, sabe-se que existem fatores intervenientes que podem influenciar no processo grupal. Em relação ao abandono do tratamento, a primeira hipótese diz respeito à técnica empregada que representa um desafio para essa população, à medida que necessitam se expor para realizar o tratamento. Além disso, a escolha das técnicas para a composição dos encontros do Programa de Desenvolvimento de Habilidades Interpessoais pode não ter contemplado exatamente todas as dimensões do construto.

Frente às considerações decorrentes dos achados deste estudo, sugere-se a implantação de programas de intervenção voltados ao desenvolvimento das habilidades sociais e tratamento do TAS nas instituições que participaram deste estudo. Um programa de treinamento das habilidades sociais trará importantes benefícios, visto que esse quadro clínico pode trazer prejuízos aos indivíduos. Tais prejuízos podem ser caracterizados desde pequenos desconfortos frente situações grupais, até o abandono total das atividades acadêmicas ou profissionais, além do início de uso de substâncias psicoativas.

Outros estudos podem ser realizados para abordar questões não contempladas nesta pesquisa, como: aplicar o CASO-A30 em pessoas com menor escolaridade; bem como em

outros transtornos e em outras regiões do país. Além disso, sugere-se a utilização deste instrumento num ensaio clínico, no qual seja possível verificar melhor os resultados do estudo experimental.

A validação do CASO-A30 para a realidade brasileira apresentou relevância em função da enorme incidência da ansiedade social na atualidade e a dificuldade na realização desse diagnóstico, surgindo como uma boa escolha entre as medidas já existentes. Além disso, o instrumento demonstrou ser de fácil utilização, com tempo de aplicação e correção reduzidos, o que favorece o seu uso em larga escala na identificação deste transtorno em sujeitos provenientes tanto da população geral, como de amostras clínicas, especialmente em contextos primários de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- Alexandre, N. L., Del Rio, M. P., & Pol, A. P. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, 16 (4), 1-6.
- Aliane, P. P., Lourenço, L. M., & Ronzani, T. M. (2006). Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 11 (1), 83-88.
- Almeida, C. G. (2003). *Intervenções em grupo: estratégias psicológicas para a melhoria da qualidade de vida*. São Paulo: Papyrus.
- American Psychiatric Association, APA. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-IV-TR. (4ª ed. rev.)*. Porto Alegre: Artmed.
- Angélico, A. P. (2009). *Transtorno de Ansiedade Social e habilidades sociais: estudo psicométrico*. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina, Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- Angélico, A. P., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2006). Fobia Social e habilidades sociais: uma revisão da literatura. *Interação em Psicologia*, 10(1), 113-125.
- Bandeira, M., & Quaglia, M. A. C. (2005). Habilidades sociais de estudantes universitários: identificação de situações sociais significativas. *Interação em Psicologia*, 9 (1), 45-55.
- Bandeira, M., Quaglia, M. A. C., Bachetti, L. S., Ferreira, T. L., & Souza, G. G. (2005). Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22 (2), 111-121.

- Barkin, S. L., Smith, K. S., & Durant, R. H. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behavior among young adolescents. *Journal of Adolescent Health, 30*, 448-454.
- Barreto, M. C. M., Pierre, M. R. S. R., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2004). Habilidades sociais entre jovens universitários: um estudo comparativo. *Revista de Matemática e Estatística, 22* (1), 31-42.
- Bartholomeu, D., Nunes, C. H. S. S., & Machado, A. A. (2008). Traços de personalidade e habilidades sociais em universitários. *PsicoUSF, 13* (1), 41-50.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2008). *Terapia Cognitivo-comportamental em grupos*. Porto Alegre: Artmed.
- Biondi, M., & Arcangeli, T. (2004). Trattamento integrate con farmacoterapia e psicoterapia nella fobia sociale: Confronto verso sola farmacoterapia a breve termine e al follow-up in 23 casi. / Combined treatment with psychotherapy and pharmacotherapy in social phobia: Comparison with only pharmacotherapy at short-term and follow-up in 23 patients. *Rivista di Psichiatria, 39* (4), 238-243.
- Bittencourt, S., Oliveira, M. S., & Souza, C.C. (2005). Estudo de relações entre Fobia social e Uso do álcool. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 1* (2), 172- 187.
- Boas, A.C.V.V., Silveira, F.F., & Bolsoni-Silva, A.T.(2005). Descrição de efeitos de um procedimento de intervenção em grupo com universitários: um estudo piloto. *Interação em Psicologia, 9*(2), 323-332.
- Bolsoni-Silva, A. T. (2002). Habilidades sociais: Breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação (Curitiba), 6* (2), 233-242.
- Bolsoni-Silva, A. T., Del Prette, Z. A., Del Prette, G., Montanher, A. R. P., Bandeira, M. & Del Prette, A. (2006). A área das habilidades sociais no Brasil: Uma análise dos estudos publicados em periódicos. In: M. Bandeira, Z.A. P. Del Prette, & A. Del

- Prette, (Orgs.) Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal (pp. 1-45). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bolsoni-Silva, A. T. (2009). Supervisão em habilidades sociais e seu papel na promoção deste repertório em estagiários de psicologia. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5 (1), 18-34.
- Botvin, G. J., Baker, E., Renick, N. L., Filazzola, A. D., & Botvin, E. M. (1984). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention. *Addictive Behaviors*, 9, 137-147.
- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2004). Life skills training: empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25 (2), 211-232.
- Caballo, V. E. (1996). Treinamento em habilidades sociais. In: V. E. Caballo (org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. (p. 361-398) São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Caballo, V. E. (2003a). *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos*. São Paulo: Santos Editora.
- Caballo, V. E. (2003b). *Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Caballo, V. E., López-Gollonet, C., Salazar, I. C., Arias, R. M, Ramírez-Uclés, I., & Equipo de Investigación CISO-A España (2006). Un nuevo instrumento para la evaluación de la ansiedad/fobia social: el Cuestionario de Interacción Social para Adultos” (CISO-A). *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 14 (2), 165-181.
- Caballo, V. E, Salazar, I. C, Irurtia, M. J., Arias. B., Hofmann, S. G., & CISO-A Research Team (2008). Social Anxiety In 18 Nations: Sex And Age Differences. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 16 (2), 161-185.

- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G. y the CISO-A Research Team (2010a). Measuring social anxiety in 11 countries: development and validation of the Social Anxiety Questionnaire for Adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 26, 95-107.
- Caballo V. E., Salazar, I. C., Arias. B., Irurtia, M. J. Calderero, M., & Equipo de Investigación CISO-A España (2010b). 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.
- Cardigan, M. H. & Randall, C. (2003). Self-medication in social phobia: a review of the alcohol literatura. *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 (4), 444-452.
- Connor, K.M, Davidson, J.R.T, Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN): a new self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Conselho Federal de Psicologia, CFP (2003). Resolução no 02/2003. Disponível em <http://www.pol.org.br>. Consulta feita em 09/01/2011.
- Cottraux, J., Note, I., Albuisson, E., Yao, S. N., Note, B., Mollard, E., Bonasse, F., Jalenques, I., Guérin, J., & Coudert, A. J. (2000). Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69 (3), 137-146.

- Cummings, S. R., & Hulley, S. B. (2008). Elaborando Questionários e Entrevistas. In S.B., Hulley, S. R. Cummings, W. S. Browner, D. G. Grady, & T. B Newman. Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica. (3ªed.). (p. 259 -274). Porto Alegre: Artmed.
- Dancey, C. P. & Reidy, J. (2006). Estatística sem matemática para psicologia. Porto Alegre: Artmed.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (1999). Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Del Prette, A., Del Prette, Z., & Barreto, M. C. M. (1999). Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: análisis de un programa de intervención. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 7(1), 27-47.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001). Inventário de Habilidades Sociais: manual de aplicação e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2002) Transtornos psicológicos e habilidades sociais. Em H. J. Guillard (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 10. Contribuições da construção da teoria do comportamento (377 –386)*, São Paulo, ESETec.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2003). No contexto da travessia para o ambiente de trabalho: treinamento de habilidades sociais com universitários. *Estudos de Psicologia*, 8 (3), 413-420.
- Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., Barreto, M. C. M., Bandeira, M., Rios-Saldaña, M. R., Ulian, A. L. A. O., Gerk-Carneiro, E. F., Falcone, E. M. O., & Villa, M. B. (2004). Habilidades sociais de estudantes de Psicologia: Um estudo multicêntrico. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 17 (3), 341- 350.

- D'El Rey, G. J. F., & Pacini, C. A. (2005a). Comorbidade com a dependência de substâncias nos subtipos da fobia social. *Arquivo de Ciências da Saúde, UNIPAR*, 9 (3), 207-210.
- D'El Rey, G. J. F., & Pacini, C. A. (2005b) 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.
- D'El Rey, G. J. F., & Pacini, C. A. (2006). Terapia Cognitivo-Comportamental da Fobia Social: modelos e técnicas. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 11 (2), 269-275.
- D'El Rey, G. J. F., Lacava, J. P. L., Cejkinski, A., & Mello, S. L.(2008). Tratamento cognitivo-comportamental de grupo na fobia social: resultados de 12 semanas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35 (2), 79-83.
- Falcone, E. O. (1999). A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1 (1), 23-32.
- Falcone, E. O. (2000). Habilidades Sociais: para além da assertividade. In: R. C. Wielenska (Org.) *Sobre Comportamento e Cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos*. São Paulo, ESETec, 6, 211 – 221.
- Falcone, E. O. (2002). Contribuições para o treinamento de habilidades de interação In: H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Contribuições para a construção da teoria do comportamento* (pp. 91-104). Santo André, SP: ESETec.
- Falcone, E. O., Ferreira, M. C., Luz, R. C. M., Fernandes, C. S., Faria, C. A., D'Augustin, J.F., Sardinha, A., & Pinho, V. D. (2008). Inventário de Empatia (I.E.): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Avaliação Psicológica*, 7 (3), 321-333.

- Feldman, L. B., & Rivas-Vazquez, R. A. (2003). Assessment and Treatment of Social Anxiety Disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34 (4), 396–405.
- Fisher, P. H., Masia-Warner, C., & Klein, R.G. (2004) Skills for Social and Academic Success: A School-Based Intervention for Social Anxiety Disorder in Adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, (4), 241-249.
- Furtado, E. S., Falcone, E. M. O., & Clark, C. (2003). Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. *Interação (Curitiba)*, 7 (2), 43-51..
- Gorayeb, R., Cunha Netto, J. R., & Bugliani, M.A. P. (2003) Promoção de saúde na adolescência: Experiência com programas de ensino de habilidades de vida. In: Z. A. Trindade, & N. A. Andrade (Orgs.) *Psicologia e Saúde: Um campo em construção* (pp. 89-100). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Myers, V. H., Dalrymple, K., & Nolan, E. M. (2005). Social Skills Training Augments the Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, 36, 125-138.
- Hofman, S. G., & DiBartolo, P. M. (2000). An instrument to assess self-statements during public speaking: scale development and preliminary psychometric properties. *Behaviour Therapy*, 31, 499-515.
- Irurtia, M. J., Caballo, V. E., & Ovejero, A. (2009). Trastorno de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 17 (1), 155-168.
- Jorge, M. R., & Masur, J. (1985). The use of the Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) in Brazilian Alcoholic Patients. *British Journal of Addiction*, 80, 301-305.

- Levitan, M., Rangé, B., & Nardi, A. E. (2008). Habilidades Sociais na Agorafobia e Fobia Social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (1), 095-100.
- Liebowitz M. R. (1987). Social phobia. *Modern problems of pharmacopsychiatry*, 22,141-73.
- Löhr, S. S. (2001) Desenvolvimento das habilidades sociais como forma de prevenção. In H.C. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.) *Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a variabilidade*. São Paulo: ESETec, 8, 191 – 194.
- Mack, N., Woodsong, C., Macqueen, K. M., Guest, G., & Namey, E. (2005). Qualitative Research Methods Overview. In N. Mack, C. Woodsong, K. M. Macqueen, G. Guest, & E Namey. (p. 1-12). *Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide*. U.S. Agency for International Development (USAID). Carolina do Norte/USA: Family Health International.
- MacKillop, J., Ryabchenko, K. A., & Lisman, S. A. (2006). Life skills training outcomes and potential mechanisms in a community implementation: a preliminary investigation. *Substance Use & Misuse*, 41 (14) , 1921 – 1935.
- Magalhães, P. P., & Murta, S. G. (2003). Treinamento de habilidades sociais em estudantes de psicologia: um estudo pré-experimental. *Temas em Psicologia da SBP*, 11 (1) 28–37.
- Marom, S., Aderka, I. M., Hermesh, H., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Social Phobia: Maintenance Models and Main Components of CBT. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46 (4), 264–268.
- Michels, M. J., & Torres, A. R. (2004). Diagnóstico diferencial da fobia social: uma revisão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 53 (5), 291-300.

- Minto, E. C., Pedro, C. P., Cunha Netto, J. R. C., Bugliani, M. A. P., & Gorayeb, R. (2006). Ensino de Habilidades de Vida na Escola: Uma experiência com adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 11 (3), 561-568.
- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847-862.
- Mululo, S. C. C., Menezes, G. B. de, Fontenelle, L., & Versiani, M. (2009). Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36 (6), 221-228.
- Murta, S. G. (2005) Aplicações do treinamento em habilidades sociais: análise da produção nacional. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18 (2), 283- 291.
- Nardi, A. E. (2000). *Transtorno de Ansiedade Social: Fobia Social – a timidez patológica*. Rio de Janeiro: 2000.
- Nunes, C. H. S. S., & Primi, R (2010). Aspectos técnicos e conceituais da ficha de avaliação dos testes psicológicos. In Conselho Federal de Psicologia - CFP (Org.), *Avaliação psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão* (pp. 101-128). Brasília: CFP.
- Olivares-Olivares, P. J., Rosa-Alcázar, A. I., & Olivares-Rodríguez, J. (2007). Validez Social de la intervención em adolescentes com fobia social: padres frente a profesores. *Terapia Psicológica*, 25 (1), 63-71.
- Oliveira, M. S. (2002). Abordagens psicoterápicas. In: Pulcherio G, Bicca C, Silva F.A. (Org.). *Álcool, outras drogas, informação: o que cada profissional precisa saber*. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 125-145.
- Oliveira, M. S., Caballo, V. E., Wagner, M. F., & Susin, N. (2009). Evidências psicométricas do Cuestionário de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A30) na

- população geral no Rio Grande do Sul. Anais do II Seminário Internacional de Habilidades Sociais. Rio de Janeiro: UERJ.
- Organización Panamericana de La Salud. (2001). División de promoción y Protección de la Salud, Programa de Salud Familiar y Población, Unidad Técnica de Adolescencia. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Fundación W. K. Kellog, Washington, D.C.
- Osório, F. L., Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2005). Instrumentos de avaliação do Transtorno de Ansiedade Social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (2), 73-83.
- Osório, F. L. (2008). Transtorno de Ansiedade Social: validação de instrumentos de avaliação. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina, Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- Pacheco, P., & Rangé, B. (2006). Desenvolvimento de habilidades sociais em graduandos de Psicologia. In: M. Bandeira; Z.A.P. Del Prette; A. Del Prette (pp. 199-216). Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pasquali, L. (2001). Técnicas do Exame Psicológico – TEP manual (volume I). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pavarino, M. G., Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2005). O desenvolvimento da empatia como prevenção da agressividade na infância. *PSICO*, 36 (2), 127-134.
- 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.
- Ponniah, K., & Hollon, S. D. (2008). Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: a qualitative review of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 38 (1), 3–14.

- Rodrigues, V. S., & Oliveira, M.S. (2010). Habilidades sociais y ansiedad social en fumadores y no fumadores. *Psicología Conductual*, 18(1),183-195.
- Sareen, J., & Stein, M. (2000) A Review of the Epidemiology and Approaches to the Treatment of Social Anxiety Disorder. *Drugs*, 59 (3),497-509.
- Scheier, L. M., Botvin, G. J., Diaz, T., & Griffin, K. W. (1999). Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education*, 29, 251-78.
- Scheier, L. M. (2001). Perceived neighborhood risk as a predictor of drug use among urban ethnic minority adolescents: moderating influences of psychosocial functioning. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 11(2), 67-105.
- Spooner, C. (2000) Causes and correlates of adolescent drug abuse and implications for treatment. *Drug and Alcohol Review*, 18 (4), 453-475.
- Stravynski, A., Arbel, N., Bounader. J., Gaudette. G., Lachance. L., Borgeat, F., Fabian, J., Lamontagne, Y., Sidoun, P., & Todorov, C. (2000). Social phobia treated as a problem in social functioning : a controlled comparison of two behavioural group approaches. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 188–198.
- 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 inpatients. *Revista do Hospital de Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo*,59 (4),187-192.
- Terra, M. B. (2005). *Fobia social e alcoolismo: um estudo da comorbidade*. São Paulo; s.n.
- Terra, M. B., Barros, H. M. T, Stein, A. T., Figueira, I., Athayde, L. D, Tergolina, L. P., Rovani, J. S, Silveira, & D. X. (2006). Internal consistency and factor structure of the Portuguese version of the Liebowitz Social Anxiety Scale among alcoholic patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (4), 265-269.

- Thevos, A. K., Thomas, S. E., & Randall, C. L. (2001). Social Support in Alcohol Dependence and Social Phobia: Treatment Comparisons. *Research on Social Work Practice*, 11 (4), 458-472.
- Torres, L. B., Vazquez, J.G, Medina-Mora, M. E., & Velazquez, H. A. (2005) Adaptation of a model of cognitive-behavioral intervention for dependent user of alcohol and others drugs in Mexico: a preliminary study. *Salud Mental*, 28 (1), 61-71.
- Torres, L. B., Mares, M. F., Medina-Mora, M. E. M., & Velazquez, H. A. (2007). Integrated modelo r everyday satisfaction in alcohol - and drug dependent users. *Salud Mental*, 30 (3), 29-38.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C.V., & Stanley, M.A. (1996). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessement*, 1, 35-40.
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da Testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Villas Boas, A. C. V. B., Silveira, F. F., & Bolsoni-Silva, A. T. (2005). Descrição de efeitos de um procedimento de intervenção em grupo com universitários: um estudo piloto. *Interação em Psicologia*, 9(2), 321-330.
- Villarroel, P. E. V., & Guerrero, A. (2003). Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. *Universitas Psychologica*, 2 (1), 21-26.
- Wagner, M. F., & Oliveira, M. S. (2007a). Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. *Psicologia Clínica*, 19 (2), 101 – 116.
- Wagner, M. F., & Oliveira, M. S. (2007b). Habilidade Social Transcultural: Cuestionário de Interación Social: dados brasileiros da primeira fase. *Anais do VI Congresso da Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas*, Gramado, RS.

- Wagner, M. F., & Oliveira, M. S.(2009). Estudo das habilidades sociais em adolescentes usuários de maconha. *Psicologia em Estudo*, 14 (1), 101-110.
- Wainer, R. (2008). A pesquisa quantitativa em psicologia:os delineamentos possíveis e a questão da amostragem. In H.Scarparo (pp. 39-54). *Psicologia e Pesquisa*. Porto Alegre: Sulinas.
- Weinberg, N. Z. (2001). Risk factors for adolescent substance abuse. *Journal of Learning Disabilities*, 34 (4), 343-351.
- Williams, C., Griffin, K. W, Macaulay, A. P., West, T. L., & Gronewold. E. (2005). Efficacy of a drug prevention CD-ROM intervention for adolescents. *Substance Use & Misuse*, 40 (6), 869-878.
- World Health Organization, WHO. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. World Health Organization: Genebra.
- Zubeidat, I., Salinas, J.M., & Sierra, J. C. (2008). Exploration of the psychometric characteristics of the Liebowitz Social Anxiety Scale in a spanish adolescent sample. *Depression and Anxiety*, 25 (11), 977–987.
- Zubeidat, I., Parra, A. F., & Sierra, J. C. (2006). Ansiedad y fobia social: revisión de los autoinformes más utilizados em población adulta e infanto-juvenil. *Terapia Psicológica*, 24 (1), 71-86.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício 136/08-CEP

Porto Alegre, 27 de fevereiro de 2008.

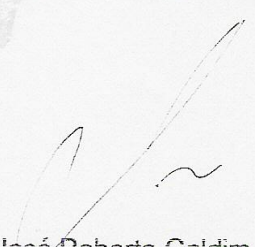
Senhor(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS
apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 08/04082 intitulado:
"Habilidades sociais: adaptação e validação do Cuestionario de Interacción
Social para Adultos (CISO-A)".

Sua investigação está autorizada a partir da
presente data.

Relatórios parciais e final da pesquisa devem ser
entregues a este CEP.

Atenciosamente,


Prof. Dr. José Roberto Goldim
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Profa Margareth da Silva Oliveira
N/Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000
Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

Apêndice 2 - Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos

1. ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data da Entrevista: ___/___/___ Entrevistador: _____

Local: _____

Paciente entrevistado em : Internação () Ambulatório ()

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: : ___/___/___ Idade: _____

Telefone Residencial: _____

Telefone Celular: _____

Telefone para recados: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

CIDADE: _____ Estado: _____

Email: _____ () Não possui

Estado Civil: _____ Escolaridade: _____

Renda familiar: 1- () 200 a 500 2-() 500 a 1000 3-() 1000 a 1500 4- () 1500 a 2000 5- acima de 2000

Critério de Classificação Econômica Brasil (Sistema de Pontos)

- Posse de itens**

-----	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 ou +</i>
Televisão em Cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada Mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de Lavar	0	2	2	2	2
Vídeo Cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe da família

Analfabeto / Primário Incompleto	Analfabeto / Até a 3ª série fundamental	0
Primário Completo / Ginasial Incompleto	Até 4ª série fundamental	1
Ginasial Completo / Colegial Incompleto	Fundamental Completo	2
Colegial Incompleto / Superior Incompleto	Médio Completo	4
Superior Completo	Superior Completo	8

Quanto usou desta última vez?

OBS: Marcar referente à quantidade que costuma usar em ml:

() 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () 6; () 7.

Qual é o tipo de bebida alcoólica que você costuma usar mais? _____

Você já esteve internado por causa da sua maneira de beber? () Sim () Não

Se marcou SIM indique quantas vezes e quando foi a última internação:

Abstinência do Álcool – bebida usada: _____

	SIM	NÃO
Tremores		
Sudorese		
Insônia		
Irritabilidade		
Alucinação		

Primeira dose do dia: () Ao despertar () pela manhã () depois do trabalho
() à noite () acorda para beber

Você esta usando algum medicamento? Qual? Qual dosagem? _____

Você já fez alguma cirurgia? Qual? _____

Você já teve alguma doença? Qual (s)? Com que idade? _____

Você já sofreu algum acidente? Que tipo? _____

Você já teve alguma convulsão? Quando? _____

Faz uso de outras drogas? () Sim () Não

Se responder SIM a questão anterior preencher o quadro abaixo:

Drogas	Idade que usou a 1ª vez	Frequência que costuma usar	Quantidade que costuma usar
Maconha			
Cocaína			
Crack			
Solventes			
Tabaco			

Apêndice 3- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE/ESCLARECIDO

Estamos solicitando sua autorização, a fim de que você participe da pesquisa “Habilidades Sociais: Adaptação e Validação do *Cuestionário de Ansiedade Social para Adultos* (CASO-A30)”, a qual tem como principal objetivo identificar as situações sociais geradoras de ansiedade mais relevantes na população. Esta pesquisa faz parte do grupo de pesquisa Avaliação e Intervenção em Psicoterapia Cognitiva do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da PUCRS.

Sua participação envolve o preenchimento de alguns questionários, num encontro com a duração de aproximadamente 1 hora. Essa atividade será realizada na própria instituição, sem prejuízo das atividades do local e sob a responsabilidade de uma pessoa treinada para tal. Os dados obtidos serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição da pesquisadora responsável pelo estudo. O maior desconforto para o participante da pesquisa será o tempo que deverá dispor para responder aos instrumentos. O maior benefício para o participante será a sua contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico de grande importância.

Eu _____ (nome por extenso) fui informado (a) dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvido (a), do desconforto previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos, a qualquer momento, através do telefone (54) 9183-7533 com a pesquisadora, psicóloga Marcia Fortes Wagner ou para a Profª Drª Margareth da Silva Oliveira, fone (51) 3320-3500, ramal 7749.

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Assinatura do participante: _____

Marcia Fortes Wagner

Pesquisadora

Dra. Margareth da Silva Oliveira

Orientadora

_____, ____/____/____

Local e data