

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

**Thársia Girardi Carpane**

**Evidências Psicométricas da Escala de Crenças e Pensamentos Sociais**

Juiz de Fora

2025

**Thársia Girardi Carpanez**

**Evidências Psicométricas da Escala de Crenças e Pensamentos Sociais**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, área de Processos Psicossociais e Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para obtenção do título de Doutora.

Orientador: Lélío Moura Lourenço

Juiz de Fora  
2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Girardi Carpaneze, Thársia .  
Evidências Psicométricas da Escala de Crenças e Pensamentos Sociais / Thársia Girardi Carpaneze. -- 2025.  
70 f.

Orientador: Lélío Moura Lourenço  
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2025.

1. Transtorno de ansiedade social. 2. crenças cognitivas. 3. Propriedades psicométricas. 4. escala de crenças e pensamentos sociais . I. Moura Lourenço , Lélío , orient. II. Título.

**Thársia Girardi Carpanez**

**Evidências Psicométricas da Escala de Crenças e Pensamentos Sociais**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, área de Processos Psicossociais e Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para obtenção do título de Doutora.

Aprovada em: 31 de janeiro de 2025

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço (Orientador)  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Laisa Marcorela Andreoli Sartes  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof. Dr. Bruno Bonfá Araujo  
University of Western Ontario

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Carla Ferreira de Paula Gebara  
Centro Universitário Academia

---

Prof. Dr<sup>ª</sup>. Alana Augusta Concesso de Andrade  
Centro Universitário Academia

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador, Lélío Moura Lourenço, pelo incentivo, confiança e liberdade que tornaram essa jornada mais tranquila.

Aos integrantes do Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social (NEVAS) e em especial aos integrantes do Grupo de Tímidos, pela grande ajuda e parceria.

Aos psicólogos parceiros e demais graduandos, pela ajuda na coleta de dados.

Aos participantes desta pesquisa, pela disponibilidade, confiança e colaboração.

Aos meus pais e irmãos, pelo amor, encorajamento e apoio incondicional nos momentos difíceis.

Aos meus amigos, que tornaram essa jornada leve e torceram por mim à cada conquista.

Aos professores da banca, Bruno, Laisa, Carla e Alana pela atenção e contribuições endereçadas a este trabalho.

A todos que de maneira direta ou indireta fizeram contribuições para o bom andamento deste estudo, meus sinceros agradecimentos.

## Evidências Psicométricas da Escala de Crenças e Pensamentos Sociais

### RESUMO

O transtorno de ansiedade social é caracterizado pelo medo ou ansiedade marcados diante de situações sociais em que o indivíduo está exposto ao possível julgamento do outro. *The Social Thoughts and Beliefs Scale (STABS)* é um instrumento desenvolvido para acessar cognições associadas à ansiedade social. O objetivo deste estudo foi avaliar as propriedades psicométricas da versão brasileira da STABS. A amostra foi composta por 318 adultos (população geral:261; subclínica:57), entre 18 e 60 anos. Para avaliar a consistência interna, validades convergente e divergente, reprodutibilidade teste-reteste, estrutura fatorial e sensibilidade da escala a pesquisa dividiu-se em três fases. Na fase 1 foi realizado o processo de tradução e adaptação transcultural da escala original, gerando sua versão brasileira. Na fase 2, os 318 participantes preencheram o questionário sociodemográfico, a versão brasileira da STABS, escala de medo de avaliação negativa, escala de autoavaliação ao falar em público, escala de ansiedade social Liebowitz, e o PHQ-9 para rastreamento de sintomas depressivos. Na fase 3, parte da amostra subclínica (n=26) passou pela intervenção grupal em terapia cognitivo comportamental e preencheram os mesmos instrumentos das fases anteriores como pré e pós-teste. A versão brasileira da STABS apresentou excelente consistência interna ( $\alpha = 0,95$   $p < 0,001$ ), excelente confiabilidade teste-reteste ( $r = 0,88$   $p < 0,05$ ) e estrutura fatorial ajustada ao modelo de dois fatores, com correlação entre os dois fatores latentes de  $r = 0,91$  ( $Z = 62,0$ ;  $p < 0,001$ ). Este estudo trouxe suporte adicional à validade e confiabilidade da STABS contribuindo para o cenário brasileiro com um instrumento confiável para medir sintomas cognitivos do transtorno de ansiedade social.

*Palavras-chave:* crenças cognitivas; propriedades psicométricas; evidências de validade; tradução; transtorno de ansiedade social.

## Psychometric Evidence of the Social Thoughts and Beliefs Scale

### ABSTRACT

Social anxiety disorder is characterized by marked fear or anxiety in social situations in which the individual is exposed to possible judgment of others. The Social Thoughts and Beliefs Scale (STABS) is an instrument developed to assess cognitions associated with social anxiety. The objective of this study was to evaluate the psychometric properties of the Brazilian version of the STABS. The sample consisted of 318 adults (general population: 261; subclinical: 57), between 18 and 60 years old. To assess the internal consistency, convergent and divergent validity, test-retest reproducibility, factorial structure and sensitivity of the scale, the research was divided into three phases. In phase 1, the process of translation and cross-cultural adaptation of the original scale was carried out, generating its Brazilian version. In phase 2, the 318 participants completed the sociodemographic questionnaire, the Brazilian version of the STABS, fear of negative evaluation scale, public speaking self-assessment scale, Liebowitz social anxiety scale, and the PHQ-9 for screening depressive symptoms. In phase 3, part of the subclinical sample ( $n = 26$ ) underwent group intervention in cognitive behavioral therapy and completed the same instruments as in the previous phases as pre- and post-test. The Brazilian version of the STABS showed excellent internal consistency ( $\alpha = 0.95$   $p < 0.001$ ), excellent test-retest reliability ( $r = 0.88$   $p < 0.05$ ), and a factor structure adjusted to the two-factor model with a correlation between the two latent factors of  $r = 0.91$  ( $Z = 62.0$ ;  $p < 0.001$ ). This study provided additional support for the validity and reliability of the STABS, contributing to the Brazilian scenario with a reliable instrument to measure cognitive symptoms of social anxiety disorder.

*Keywords:* cognitive beliefs; psychometric properties; validity evidence; translation; social anxiety disorder.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
1.2 Justificativa.....	12
1.3 Objetivo primário .....	13
1.4 Objetivos secundários.....	13
1.5 Revisão de literatura .....	13
1.5.1 Metodologia utilizada na revisão de literatura .....	13
1.5.2 Resultados encontrados na revisão de literatura.....	15
1.5.3 Discussão da revisão de literatura .....	21
<b>2 DESENVOLVIMENTO .....</b>	<b>24</b>
2.1 Fase 1 - Processo de tradução e adaptação transcultural da escala de crenças e pensamentos sociais.....	24
2.1.1 Procedimentos do projeto piloto.....	25
2.1.2 Instrumentos utilizados no projeto piloto .....	26
2.1.3 Resultados do projeto piloto .....	27
2.1.4 Discussão do projeto piloto .....	31
2.2 Fase 2 – Aplicação da escala de crenças e pensamentos sociais na população geral .....	33
Amostra .....	33
2.2.1 Instrumentos .....	33
2.2.2 Procedimentos .....	35
2.3 Fase 3 – Amostra subclínica e grupos de intervenção em terapia cognitivo comportamental para o transtorno de ansiedade social .....	36
2.3.1 Amostra.....	36
2.3.2 Instrumentos .....	36
2.3.3 Procedimentos .....	36
2.4 Aspectos éticos .....	37
2.5 Metodologia de análise de dados.....	38



<b>3 RESULTADOS.....</b>	<b>40</b>
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>47</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS), também conhecido como ansiedade social ou fobia social tem como característica marcante o medo da avaliação negativa por parte de outras pessoas quando inserido em uma situação social (American Psychiatric Association [APA], 2022, Caballo et al., 2021). De acordo com a 5ª versão revisada do manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM5-TR) (APA, 2022) outras características definidoras do TAS são o temor em agir de forma a demonstrar sintomas da ansiedade que serão avaliados negativamente; as situações sociais quase sempre provocarem ansiedade e serem evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade; o medo ou ansiedade ser desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social; o medo ou ansiedade ou esquiva serem persistentes e causarem sofrimento ou prejuízo no funcionamento social clinicamente significativo. Além destes critérios, o manual traz o especificador do tipo desempenho, ou seja, quando todas essas características aparecem de maneira restrita às situações que envolvem a fala ou o desempenhar em público (APA, 2022).

Os primeiros sinais do TAS se dão comumente no começo da infância ou adolescência e a prevalência do transtorno na população geral varia em torno de 5% a 13% (APA, 2022; Book & Randall, 2002; Heimberg & Magee, 2016; Rangé et al., 2017; Schneier et al., 1992). Os fatores de risco para o surgimento do transtorno envolvem elementos do temperamento como neuroticismo e baixa extroversão; ambientais como experiências sociais negativas, maus-tratos e adversidades na infância; além da interação entre genética e ambiente (APA, 2022; Hope et al., 2012).

Fatores cognitivos e comportamentais são relevantes no desenvolvimento e manutenção da ansiedade social (Maeda et al., 2022; Wong & Rapee, 2016) e para compreender o funcionamento da pessoa com o transtorno modelos cognitivos explicativos foram criados (Clark & Wells, 1995; Hofmann, 2007; Rapee & Heimberg, 1997). Um denominador comum nestes modelos é o papel central das cognições, como por exemplo, os pensamentos e crenças negativas sobre si, sobre a situação social e sobre as consequências de um comportamento social inadequado (Maeda et al., 2017; Stein et al., 2019; Wong et al., 2021). Estas crenças mal adaptativas se tornam a fonte da percepção de perigo em situações sociais que resultam em

subsequente ansiedade e na manutenção da ansiedade social (Maeda et al., 2017; Stein et al., 2019).

A influência do processamento de informação enviesado característico do transtorno é perceptível durante todas as fases explicativas do modelo cognitivo (Clark & Beck, 2012). Na fase antecipatória à situação social existe um processamento intencional e forçado com a ativação de crenças de inadequação social, julgamentos negativos que outras pessoas podem fazer e baixa capacidade de performar a fim de atender aos padrões de desempenho social esperados (Clark & Beck, 2012). Quando o indivíduo está inserido na situação social a ativação de crenças sociais mal adaptativas de ameaça e vulnerabilidade geram o viés atencional para ameaça, comportamentos inibitórios automáticos, avaliação negativa do próprio estado emocional e performance social e uso de comportamentos de segurança. Já no processamento pós-evento, a reavaliação da situação social vivida pela pessoa perpassa por distorções e vieses gerando a confirmação da ameaça social e vulnerabilidade, reforçando as crenças mal adaptativas e resultando em emoções como constrangimento e vergonha (Clark & Beck, 2012).

O tratamento do transtorno de ansiedade social pode-se dar tanto pela farmacoterapia, psicoterapia ou a combinação das duas modalidades (APA, 2022; Caballo et al., 2021). Dentre as abordagens terapêuticas destinadas ao tratamento do TAS, a terapia cognitivo comportamental (TCC) é a que possui sólido apoio empírico, tendo eficácia em seus formatos individual, grupal e online (Gadelha, et al., 2021; Rangé et al., 2017). Como princípio norteador desta abordagem tem-se a premissa de que as emoções e comportamentos são influenciados pelas cognições da mesma maneira que os comportamentos podem afetar as emoções e padrões de pensamentos (Beck, 2022; Wright et al., 2008).

A perspectiva desenvolvida por Beck (Beck, 2022; Wright et al., 2008) postula níveis básicos de processamento da informação que são apresentados nas formas de pensamentos automáticos, crenças intermediárias e centrais. Os pensamentos automáticos apesar de com frequência não estarem sujeitos à análise racional cuidadosa, são cognições de fácil acesso já que se tem consciência de sua presença e surgem de imediato diante de uma situação vivida (Beck, 2022; Wright et al., 2008). Já as crenças são regras fundamentais para o processamento da informação e que não se tem fácil acesso se comparados com os pensamentos automáticos (Beck, 2022; Wright et al., 2008). As crenças intermediárias são definidas como regras condicionais ou pressupostos (do tipo “se, então”) que influenciam na regulação emocional e autoestima e; as crenças nucleares são regras globais e absolutas que influenciam na interpretação da informação quando se refere à autoestima (Beck, 2022; Wright et al., 2008).

Um dos objetivos do trabalho desenvolvido em terapia é propiciar a flexibilidade cognitiva, através de um trabalho de reconhecimento e mudança de pensamentos disfuncionais, já que em determinados momentos tais cognições podem estar em desacordo com a situação vivida (Beck, 2022; Caballo et al., 2021). Pacientes com ansiedade social comumente possuem crenças de que não são adequados, que não possuem boas habilidades sociais ou habilidades importantes para o contato social, tais crenças levam a uma autocrítica elevada que impacta tanto no nível de ansiedade diante de uma situação social quanto nos comportamentos adotados, que reforçam estas crenças (Falconi, 2001; Hope et al., 2012). Como resultado, ansiosos sociais têm prejuízo na vida social e profissional, com baixa desenvoltura para interações sociais, tarefas a serem realizadas no dia a dia e destreza nas relações profissionais (APA, 2022).

Dado o papel dos pensamentos e crenças na manutenção dos sintomas da ansiedade social a precisão na sua identificação se torna crucial para bons resultados terapêuticos. Desta forma, a utilização de instrumentos como uma ferramenta de apoio ao trabalho do psicólogo é incentivada por pesquisadores e profissionais da área, para o desenvolvimento de uma prática baseada em evidências (Borsa & Seize, 2018; Dobson & Dobson, 2011; Prodrissimo et al., 2021). A importância da validação e adaptação de instrumentos é reiterada por Beaton et al. (2000) e Souza e Rojjanasrirat (2011) ao relatarem o aumento de estudos transculturais e multinacionais indicando a necessidade de adaptação das medidas de saúde para uso em outros países que não o de origem da escala, propiciando aos pesquisadores acesso a instrumentos que são confiáveis e validados em diversas culturas.

São diversos os instrumentos, disponíveis no Brasil, para a avaliação da ansiedade e de transtornos de ansiedade. Em um estudo de revisão, DeSouza et al. (2013) evidenciam que a maioria dos artigos incluídos se referiam a instrumentos internacionais adaptados para uso no contexto brasileiro. Os autores salientam que parte das escalas que tinham como objetivo avaliar um transtorno de ansiedade específico se referia ao transtorno de ansiedade social. Outras pesquisas também destacam a maioria dos inventários adaptados e validados com foco na avaliação dos sinais e sintomas da ansiedade social (Caballo et al., 2017; Osório et al., 2005).

Escalas que explorem identificar aspectos cognitivos e crenças características do TAS tornam-se uma área de conhecimento relevante. Dentre estes instrumentos temos o *Report of Youth Social Cognitions* (RYSC) (Wong et al., 2018); a *Social Thoughts and Beliefs Scale* (STABS) (Fergus et al., 2009; Gros & Sarver, 2014; Stein et al., 2019); a *Self-Beliefs Related to Social Anxiety Scale* (SBSA) (Heeren et al., 2014; Maeda et al., 2017; Wong & Moulds, 2011; Wong et al., 2014; Wong et al., 2021); o *Core Beliefs Questionnaire* (CBQ) (Wong et

al., 2017); o *Negative Self-Beliefs Inventory* (NSBI) (Tang et al., 2015) e; o *Core Extrusion Schema-Revised* (CES-R) (Levinson et al., 2017).

A STABS, desenvolvida por Turner et al. (2003), é uma escala de autopreenchimento que tem por objetivo identificar o grau com que determinados pensamentos ou crenças são característicos de surgirem quando o respondente antecipa ou vivencia uma situação social. O instrumento é composto por 21 itens, e os autores em seus estudos iniciais encontraram uma estrutura fatorial de dois fatores – comparação social e inaptidão social e; seu ponto de corte se estabelece somando todas as questões e subtraindo 21 do valor total, dessa forma, o escore total pode variar de 0 a 84 (Turner et al., 2003). Ao longo dos anos pesquisas foram realizadas e a STABS demonstrou ter adequadas propriedades psicométricas em amostras clínicas e de estudantes de graduação, além de ser uma medida válida e confiável para identificar sintomas cognitivos característicos do transtorno de ansiedade social (Fergus et al., 2009; Gros & Sarver, 2014; Stein et al., 2019). Contudo, algumas limitações são apontadas nestes estudos, como por exemplo o uso de apenas um instrumento para avaliação das validades convergente e divergente (Stein et al., 2019), além da presença de amostras (grupo clínico e controle saudáveis) homogêneas separadas e divergentes entre si no que se refere as características demográficas (sexo, idade, estado civil) (Gros & Sarver, 2014).

Destarte, considerando a prevalência do TAS, o prejuízo que traz para a vida profissional e social das pessoas, a função dos instrumentos ao potencializarem o trabalho desenvolvido pelo psicólogo e as limitações apontadas pelos estudos desenvolvidos ao longo dos anos para avaliar as propriedades psicométricas da STABS o presente estudo tem como objetivo avaliar as evidências psicométricas da “Escala de Crenças e Pensamentos Sociais” trazendo evidências iniciais da validade do instrumento para o contexto brasileiro e contribuindo para o acúmulo de evidências de validade da escala no contexto internacional.

## 1.2 Justificativa

O presente estudo justifica-se ao ter como objetivo avaliar as evidências de validade para o contexto brasileiro da escala de crenças e pensamentos sociais por algumas razões. A primeira justificativa, científica, é fundamentada a partir da introdução ao ser mencionado que a maioria dos inventários adaptados e validados têm como foco a avaliação de sinais e sintomas da ansiedade social. Assim, escalas que explorem identificar ou rastrear crenças e alterações cognitivas do TAS possuem pouco destaque, apresentando uma lacuna nesta área de conhecimento.

Diante deste cenário incipiente no que se refere a instrumentos que potencializem o trabalho desenvolvido pelo psicólogo clínico, especificamente, diante de crenças e pensamentos característicos do TAS, a presente pesquisa justificava-se socialmente. Ao trazer dados específicos da realidade brasileira ajuda psicólogos no seu exercício profissional, refletindo em uma prática clínica diretiva e com foco assertivo em cognições que desempenham papel fundamental no TAS.

Por fim, a terceira justificativa, institucional, refere-se às significativas contribuições deste estudo ao projeto de pesquisa “A efetividade da terapia cognitivo-comportamental de grupo em pacientes com fobia social: pesquisa e extensão” elaborado pelo Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social (NEVAS), ligado ao programa de pós-graduação em psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). A escala será adicionada à bateria de instrumentos utilizados nas fases de pré e pós-teste da intervenção baseada na terapia cognitivo comportamental para pessoas com sintomas característicos do TAS, contribuindo para avaliação da efetividade da intervenção, além de permitir o aperfeiçoamento do protocolo de intervenção grupal em ansiedade social desenvolvido e publicado pelo grupo de pesquisa.

### 1.3 Objetivo primário

- Adaptar a escala de crenças e pensamentos sociais para adultos no contexto brasileiro e verificar as evidências de validade do instrumento.

### 1.4 Objetivos secundários

- Realizar o processo de tradução e adaptação do instrumento original
- Analisar as propriedades psicométricas de teste-reteste, confiabilidade, consistência interna, validade divergente, convergente
- Examinar a estrutura fatorial da escala
- Analisar a sensibilidade e especificidade do instrumento para rastrear pessoas com cognições típicas do transtorno de ansiedade social
- Correlacionar os níveis de sintomas depressivos com os níveis de pontuação para o transtorno de ansiedade social

### 1.5 Revisão de literatura

#### 1.5.1 Metodologia utilizada na revisão de literatura

O objetivo da revisão de literatura foi identificar estudos de validação ou avaliação das propriedades psicométricas de instrumentos que medissem o transtorno de ansiedade social. Para isso foi realizada uma revisão de literatura acerca dos artigos que abordavam os temas: instrumentos, transtorno de ansiedade social, crenças centrais e terapia cognitiva comportamental. Foram consultadas as bases de dados: Scopus, Scielo, Pubmed/Medline e PsycInfo. Os termos com operadores booleanos “*core belie\**”; “*belie\**” AND “*cognitive behavioral therapy*” AND “*social anxiety*” AND “*instruments*” foram mesclados entre si, gerando 14 combinações utilizadas como descritores na realização das buscas. As 14 combinações foram: 1) “*core belie\**” AND “*social anxiety*”; 2) “*core belie\**” AND “*instruments*”; 3) “*core belie\**” AND “*cognitive behavioral therapy*”; 4) “*core belie\**” AND “*cognitive behavioral therapy*” AND “*social anxiety*”; 5) “*core belie\**” AND “*social anxiety*” AND “*instruments*”; 6) “*core belie\**” AND “*cognitive behavioral therapy*” AND “*social anxiety*” AND “*instruments*”; 7) “*core belie\**” AND “*cognitive behavioral therapy*” AND “*instruments*”; 8) “*belie\**” AND “*social anxiety*”; 9) “*belie\**” AND “*instruments*”; 10) “*belie\**” AND “*cognitive behavioral therapy*”; 11) “*belie\**” AND “*cognitive behavioral therapy*” AND “*social anxiety*”; 12) “*belie\**” AND “*social anxiety*” AND “*instruments*”; 13) “*belie\**” AND “*cognitive behavioral therapy*” AND “*social anxiety*” AND “*instruments*”; 14) “*belie\**” AND “*cognitive behavioral therapy*” AND “*instruments*”.

Os critérios de inclusão para os artigos encontrados foram: a) ter como foco a medição de algum constructo relacionado ao transtorno de ansiedade social; b) serem artigos de validação de instrumentos; c) utilizarem como referencial teórico as terapias cognitivas; d) estarem escritos em inglês, português ou espanhol, e) a data de publicação estar dentro do recorte temporal definido; f) suas versões completas estarem disponíveis de forma gratuita. Como critérios de exclusão utilizou-se: a) outras revisões de literatura; b) teses de doutorado e dissertações de mestrado; c) livros ou capítulos de livros; d) editoriais.

Foi utilizado o recorte temporal de 2009-2022 para realizar a busca nas bases de dados. O recorte de 13 anos se deu em função da atualização na revisão de literatura realizada no ano de 2022. Portanto, a revisão foi realizada com o recorte de 10 anos (2009-2019) e a sua atualização no ano de 2022, abrangendo os 3 anos seguintes (2020-2022).

As duas buscas retornaram um total de 16.560 artigos (Scopus:10.474, Pubmed: 998, Scielo:1.611 e PsycInfo: 3.477). Foram excluídos 469 artigos duplicados e após a etapa de análise de título e resumo foram excluídos 16.069 artigos. Portanto, 22 artigos foram selecionados para ser feita a busca e conseqüente leitura de seus textos completos por

apresentarem como foco os temas de interesse. Destes 22, dois foram excluídos, pois apesar de possuírem seus resumos em inglês, seus textos completos estavam em turco e russo e um artigo foi excluído por sua versão completa não estar disponível gratuitamente.

Os 19 artigos incluídos para leitura integral foram analisados baseados nas diretrizes propostas no relatório PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (Liberati et al., 2009), ou seja, os artigos foram avaliados quanto a sua estrutura e conteúdo. Tópicos referentes à introdução, método, resultados e conclusão foram analisados e todos os artigos alcançaram a pontuação 20 ou mais, sendo selecionados para integrarem a presente revisão de literatura.

### 1.5.2 Resultados encontrados na revisão de literatura

A partir da análise dos 19 artigos incluídos na revisão sistemática identificou-se os principais temas, relacionados ao transtorno de ansiedade social, avaliados pelas escalas. A tabela 1 traz o resumo dos temas e respectivos instrumentos.

Tabela 1- Principais temas avaliados pelos instrumentos incluídos na revisão

Temas	Quantidade de artigos	Instrumentos*
Crenças sociais	4	Report of Youth Social Cognitions (RYSC) Social Thoughts and Beliefs Scale (STABS) Self-Beliefs Related to Social Anxiety Scale (SBSA) Core Beliefs Questionnaire (CBQ)
Crenças sobre o self	8	Negative Self-Beliefs Inventory (NSBI) Core Extrusion Schema-Revised (CES-R) Positive Beliefs about Post-Event Processing Questionnaire (PB-PEPQ) Negative Beliefs about Post-Event Processing Scale (NB-PEPQ)
Processamento pós-evento	3	Trait and State Post-Event Processing Inventory (PEPI) Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest)
Avaliação transdiagnóstica da ansiedade social	1	Multidimensional Assessment of Social Anxiety (MASA)
Ação e aceitação da ansiedade social	1	Social Anxiety-Acceptance and Action Questionnaire
Dimensões que caracterizam a ansiedade social	1	Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) e Social Phobia Scale (SPS)



*Nota.* Instrumentos\*: Report of Youth Social Cognitions (RYSC) (Wong et al., 2018); Social Thoughts and Beliefs Scale (STABS) (Fergus et al., 2009; Gros & Sarver, 2014; Stein et al., 2019); Self-Beliefs Related to Social Anxiety Scale (SBSA) (Heeren et al., 2014; Maeda et al., 2017; Wong & Moulds, 2011; Wong et al., 2014; Wong et al., 2021); Core Beliefs Questionnaire (CBQ) (Wong et al., 2017); Negative Self-Beliefs Inventory (NSBI) (Tang et al., 2015); Core Extrusion Schema–Revised (CES-R) (Levinson et al., 2017); Positive Beliefs about Post-Event Processing Questionnaire (PB-PEPQ) (Fisak & Hammond, 2013); Negative Beliefs about Post-Event Processing Scale (NB-PEPQ) (Rodriguez et al., 2017); Trait and State Post-Event Processing Inventory (PEPI) (Maeda et al., 2022); Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest) (Kaplan et al., 2017); Multidimensional Assessment of Social Anxiety (MASA) (Gros et al., 2012); Social Anxiety-Acceptance and Action Questionnaire (Soltani et al., 2016); Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) e Social Phobia Scale (SPS) (Fergus et al., 2014).  
Fonte: Elaborado pela autora (2024)

As duas escalas com maior número de estudos avaliando suas propriedades psicométricas, com 5 e 3 artigos, respectivamente, são a “*Self-Beliefs Related to Social Anxiety Scale*” (SBSA) (Heeren et al., 2014; Maeda et al., 2017; Wong & Moulds, 2011; Wong et al., 2014; Wong et al., 2021) e a “*Social Thoughts and Beliefs Scale*” (STABS) (Fergus et al., 2009; Gros & Sarver, 2014; Stein et al., 2019). Ambas as escalas têm por objetivo avaliar crenças relacionadas ao transtorno de ansiedade social, a STABS com foco em crenças e pensamentos envolvendo a si e ao outro diante de situações sociais e a SBSA com foco em crenças mal adaptativas sobre a própria pessoa quando ativada por situações sociais. A identificação e avaliação das crenças relacionadas ao transtorno de ansiedade social foi o tema de maior destaque, com 12 estudos validando diferentes instrumentos. Os tipos de crenças avaliadas variaram, incluindo: crenças centrais sobre si (ex: “*I am unlikeable*”, “*I’m a weird person*”, “*I am foolish*”) (Wong et al., 2017), crenças e pensamentos característicos de situações sociais (ex: “*My mind is very likely to go blank when I am talking*”, “*I appear clumsy to other people*”) (Gros & Sarver, 2014), crenças mal-adaptativas e negativas sobre si (ex: “*If I make mistakes others will reject me*”, “*I must get everyone’s approval*”, “*People don’t respect me*”) (Wong et al., 2014).

Na tabela 2 são descritos os principais referenciais teóricos que os pesquisadores utilizaram para embasar a relevância da construção dos instrumentos e as hipóteses de estruturas fatoriais encontradas nas escalas. Clark e Wells (1995) destacam-se, aparecendo em 15 dos 19 estudos avaliados. Tal achado converge com os resultados acima apresentados, já que o modelo explicativo dos autores, tem como foco principal o papel mantenedor das crenças para o transtorno de ansiedade social. Já os quatro artigos restantes possuem como foco temas alternativos (medo de avaliação negativas, conceitos da terapia da aceitação e compromisso - ACT, aspectos do constructo da ansiedade e modelos híbridos de psicopatologia) justificando a utilização de referenciais teóricos alternativos.

Tabela 2 - Referenciais teóricos dos artigos incluídos na revisão

Referenciais Teóricos citados	Artigos
Clark & Wells (1995)	Fisak & Hammond, 2013; Maeda et al., 2017; Maeda et al., 2022; Rodriguez et al., 2017
Clark & Wells (1995) e Rapee & Heimberg (1997)	Fergus et al., 2009; Heeren et al., 2014; Wong & Moulds, 2011; Wong et al., 2018; Wong et al., 2021
Clark & Wells (1995), Rapee & Heimberg (1997) e Hofmann's (2007)	Gros & Sarver, 2014; Kaplan et al., 2017; Stein et al., 2019; Tang et al., 2015; Wong et al., 2014; Wong et al., 2017
Heimberg, Brozovich & Rapee (2014) e Moscovitch (2009)	Levinson et al., 2017
Brown e Barlow (2005)	Gros et al., 2012
Hayes et al (1996) e Kingston et al (2010)	Soltani et al., 2016
Mattick & Clarke (1998)	Fergus et al., 2014

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

Na tabela 3 são apresentadas as categorias/dimensões do transtorno de ansiedade social avaliada em cada instrumento incluído na revisão de literatura. A maioria dos instrumentos tiveram como foco a identificação de percepções negativas seja de si, de como os outros veem a si ou da situação social. Apenas dois instrumentos (*Positive Beliefs about Post-Event Processing Questionnaire – PB-PEPQ* e *Social Anxiety - Acceptance and Action Questionnaire*) tiveram como objetivo a identificação de crenças positivas e aceitação dos sintomas do transtorno.

Tabela 3 - Dimensões avaliadas em cada instrumento encontrado na revisão de literatura

Instrumentos*	Dimensões avaliadas	Quantidade de itens	Exemplo de item do instrumento
RYSC	Crenças mal adaptativas de avaliação social	14	“Outras crianças pensam que eu sou chato.”
STABS	Cognições características da ansiedade social diante de situações sociais	21	“Quando eu estou com outras pessoas, não sou bom em me defender.”
SBSA	Crenças sobre si diante de um contexto social	15	“Eu preciso ser querida por todos.”
NSBI	Crenças negativas sobre si diante de um contexto social	8	“As pessoas pensam mal de mim.”

CBQ – Trait version; Contingent version; Other version	Trait version – afirmações absolutas e fundamentais sobre si Contingent version – afirmações sobre si relacionadas a situações sociais de avaliação específicas Other version – afirmações sobre como os outros veem a si em situações sociais de avaliação generalizadas	17	“Eu sou uma pessoa fraca.” “Eu sou uma pessoa estranha.” “As outras pessoas pensam que eu não sou importante.”
CES-R	Avaliar o grau em que indivíduos acreditam que serão rejeitados se revelarem seu verdadeiro eu em uma interação social	12	“Eu raramente ajo como eu mesmo diante de outras pessoas.”
PB-PEPQ	Crenças positivas que os indivíduos têm ao engajar no processamento pós- evento	23	Eu penso sobre interações sociais que vivi recentemente... “para saber se eu gerei uma boa impressão”
NB-PEPQ	Crenças negativas que indivíduos podem possuir ao engajar no processamento pós- evento	11	“Processamento pós- evento significa que estou fora de controle.”
PEPI	Acessar a tendência em engajar no processamento pós- evento	12	“Após situações sociais eu repito o evento em minha mente.”
CD-Quest	Frequência, intensidade e variedade de distorções cognitivas comuns	15	Desqualificação dos aspectos positivos: Desqualifico e desvalorizo experiências e acontecimentos positivos, insistindo que eles não são importantes. Ex.: “Fui aprovado no exame, mas foi apenas sorte.”
MASA	Avaliação da ansiedade social através de um modelo híbrido de psicopatologia	38	“Já utilizei drogas e/ou álcool para esquecer minhas preocupações.”
Social Anxiety - Acceptance and Action Questionnaire	Avaliação da aceitação dos sintomas de ansiedade social	19	“Eu continuo com a minha vida mesmo me sentindo ansioso socialmente.”

SIAS	Ansiedades generalizadas diante de interações sociais	6	“Fico tenso se encontro um conhecido pela rua.”
SPS	Medos específicos de escrutínio associados à ansiedade social	6	“Eu ficaria tenso se tivesse que sentar de frente para outras pessoas em um ônibus ou trem.”

*Nota.* Instrumentos\*: RYSC: Report of Youth Social Cognitions; STABS: Social Thoughts and Beliefs Scale; SBSA: Self-Beliefs Related to Social Anxiety Scale; CBQ: Core Beliefs Questionnaire; NSBI: Negative Self-Beliefs Inventory; CES-R: Core Extrusion Schema–Revised; PB-PEPQ: Positive Beliefs about Post-Event Processing Questionnaire; NB-PEPQ: Negative Beliefs about Post-Event Processing Scale; PEPI: Trait and State Post-Event Processing Inventory; CD-Quest: Cognitive Distortions Questionnaire; MASA: Multidimensional Assessment of Social Anxiety; SIAS: Social Interaction Anxiety Scale; SPS: Social Phobia Scale.

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

As amostras utilizadas nos artigos variaram entre estudantes de graduação e pós-graduação, amostras clínicas, amostras da comunidade e controles saudáveis. Dentre as pesquisas que utilizaram somente estudantes de graduação, o curso de psicologia foi o predominante, compondo 4 estudos (Fergus et al., 2009; Fisak & Hammond, 2013; Wong et al., 2014; Wong & Moulds, 2011), seguido do curso de ciências médicas com 1 estudo (Soltani et al., 2016) e dois estudos (Rodriguez et al., 2017; Tang et al., 2015) com cursos não especificados, em que um deles acessou a amostra via internet (Rodriguez et al., 2017). Uma pesquisa (Maeda et al., 2017) utilizou estudantes de graduação e pós-graduação, quatro pesquisas utilizaram além de estudantes de graduação, amostra clínica (Gros et al., 2012; Stein et al., 2019) e amostra clínica juntamente com uma amostra da comunidade (Fergus et al., 2014; Levinson et al., 2017). Já o restante dos artigos variou entre a utilização de amostras: clínica e da comunidade (Wong et al., 2018), somente clínica (Wong et al., 2021), somente não clínica (Heeren et al., 2014) e clínica juntamente com não clínica (Gros & Sarver, 2014; Kaplan et al., 2017; Maeda et al., 2022; Wong et al., 2017). Dos 19 artigos avaliados, um teve por objetivo a validação de um instrumento específico para identificar e avaliar crenças características do transtorno de ansiedade social em crianças: “*The Report of Youth Social Cognitions (RYSC)*” (Wong et al., 2017); e um estudo utilizou jovens entre 11 e 18 anos, parcialmente como amostra, para avaliação das propriedades psicométricas do questionário (Fergus et al., 2014).

Os instrumentos escolhidos para avaliar as validades divergente e convergente variaram entre escalas para acessar sintomas depressivos, sintomas de ansiedade, além de aspectos relacionados ao transtorno de ansiedade social, como o medo de avaliações negativas ou processamento pós-evento. Os questionários utilizados para acessar o processamento pós-evento variaram entre o “*Positive Beliefs about Post-Event Processing Questionnaire*” (PB-

PEPQ) de Fisak e Hammond (2013) (Rodriguez et al., 2017); “*Post Event Processing Questionnaire — Revised*” (PEPQ-R) de McEnvoy e Kingsep (2006) (Fisak & Hammond, 2013; Maeda et al., 2022); “*Extended Post-Event Processing Questionnaire*” (E-PEPQ) de Wong et al. (2015) (Rodriguez et al., 2017).

Para avaliar o medo de avaliações negativas foi utilizado a “Escala de medo de avaliações negativas” em suas formas reduzidas (SFNE, Sasagawa et al., 2004), breve (BFNE, Leary, 1983) e integral (FNE, Watson & Friend 1969) (Fergus et al., 2009; Fergus et al., 2014; Heeren et al., 2014; Kaplan et al., 2017; Levinson et al., 2017; Maeda et al., 2017; Wong & Moulds, 2011). A maior variabilidade de instrumentos foi encontrada para avaliação do transtorno de ansiedade social. As escalas com maiores adesão foram “A escala de fobia social” (SPS) de (Mattick & Clarke, 1998) sendo utilizada em 9 artigos (Fergus et al., 2014; Gros et al., 2012; Gros & Sarver, 2014; Maeda et al., 2017; Maeda et al., 2022; Wong & Moulds, 2011; Wong et al., 2014; Wong et al., 2017; Wong et al., 2021) e a “Escala de ansiedade social de interação (SIAS) de (Mattick & Clarke, 1998) utilizada em 10 estudos (Fergus et al., 2014; Gros et al., 2012; Kaplan et al., 2017; Levinson et al., 2017; Maeda et al., 2022; Maeda et al., 2022; Soltani et al., 2016; Wong et al., 2017; Wong et al., 2021; Wong & Moulds, 2011).

Outros instrumentos que também foram utilizados para avaliação do transtorno de ansiedade social foram a “Escala de crenças e pensamentos sociais” de (Turner et al., 2003) (Fergus et al., 2014; Gros et al., 2012; Wong et al., 2014); a “Escala Liebowitz de ansiedade social” de (Liebowitz, 1987) (Heeren et al., 2014; Kaplan et al., 2017; Stein et al., 2019; Tang et al., 2015); o Inventário SPIN de (Conner, et al., 2000) (Fisak & Hammond, 2013; Gros et al., 2012; Rodriguez et al., 2017) e a “Escala de crenças sobre si relacionadas ao transtorno de ansiedade social” (SBSA) de (Wong & Moulds, 2010) (Maeda et al., 2022; Wong et al., 2021). Por fim, os instrumentos mais utilizados para acessar os sintomas depressivos foram a “Escala de depressão, estresse e ansiedade” (DASS) de (Lovibond & Lovibond, 1995) (Fergus et al., 2009; Gros et al., 2012; Tang et al., 2015; Wong & Moulds, 2011; Wong et al., 2014; Wong et al., 2017; Wong et al., 2021), seguida do Inventário Beck de depressão-II (BDI-II) de (Beck et al., 1996) (Heeren et al., 2014; Kaplan et al., 2017; Stein et al., 2019; Wong & Moulds, 2011) e da escala CES-D de (Radloff, 1977) (Maeda et al., 2017; Maeda et al., 2022; Wong et al., 2018).

As principais limitações citadas nos artigos incluídos na revisão de literatura foram relacionadas às propriedades psicométricas das escalas. Apenas um autor citou a necessidade de em pesquisas futuras utilizar um modelo teórico alternativo ao de Clark e Wells (1995) para a construção dos itens da escala, já que tal modelo pode não capturar crenças mal adaptativas que talvez existam e sejam relevantes para o transtorno de ansiedade social (Wong et al., 2018).

Todos os artigos que utilizaram somente uma amostra clínica ou somente uma amostra universitária ou de comunidade salientaram a importância de que estudos futuros pesquisassem as propriedades psicométricas do instrumento validado em um contexto utilizando a amostra alternativa (se utilizado amostra universitária, pesquisar futuramente em amostras clínicas e vice-versa) de forma a possibilitar a realização de generalizações e a avaliação da confiabilidade da escala (Fergus et al., 2009; Fergus et al., 2014; Heeren et al., 2014; Maeda et al., 2017; Rodriguez et al., 2017; Soltani et al., 2016; Tang et al., 2015; Wong & Moulds, 2011; Wong et al., 2014; Wong et al., 2017; Wong et al., 2018). Outras limitações também citadas foram a necessidade de em estudos futuros avaliar a validade discriminante, ou seja, se os instrumentos validados conseguem discriminar entre amostras clínicas e não clínicas (Fisak e Hammond, 2013; Rodriguez et al., 2017; Wong & Moulds, 2011; Wong et al., 2014) e da necessidade de acessar amostras mais heterogêneas, representativas da diversidade de determinado contexto populacional ou até mesmo de variadas culturas (Fergus et al., 2014; Gros e Sarver, 2014; Kaplan et al., 2017; Wong et al., 2017; Wong et al., 2021).

Alguns autores também salientaram a necessidade e importância de estudos investigando a sensibilidade do instrumento a algum tipo de tratamento para o transtorno de ansiedade social (Wong et al., 2018); a utilização de mais instrumentos que medem aspectos da ansiedade social para avaliar a validade convergente dos instrumentos (Fergus et al., 2009; Gros & Sarver, 2014; Maeda et al., 2017; Stein et al., 2019; Wong et al., 2021), além de pesquisas de follow-up para confirmar a estrutura fatorial da escala (Fisak & Hammond, 2013; Gros et al., 2012; Heeren et al., 2014; Rodriguez et al., 2017; Wong & Moulds, 2011; Wong et al., 2017), e a validade incremental (Tang et al., 2015; Wong et al., 2017; Wong et al., 2021).

Uma última limitação comentada em vários estudos foi a utilização somente de medidas de autorrelato como forma de acessar as cognições dos participantes com relação aos constructos que estavam sendo medidos, o que pode comprometer a confiabilidade de algumas respostas e por consequência a confiabilidade do instrumento (Gros et al., 2012; Heeren et al., 2014; Kaplan et al., 2017; Maeda et al., 2022; Rodriguez et al., 2017; Wong & Moulds, 2011). Alguns autores sugeriram como forma de driblar essa limitação incorporar *manipulations checks* em estudos de follow-up (Rodriguez et al., 2017) ou realizar estudos longitudinais ou experimentais (Fergus et al., 2009; Levinson et al., 2017; Maeda et al., 2017) para avaliar a relevância e ligação entre os constructos medidos na escala ou realizar tarefas comportamentais (Wong & Moulds, 2011).

### 1.5.3 Discussão da revisão de literatura

A presente revisão teve como objetivo ilustrar o estado da arte na pesquisa sobre validação de instrumentos para serem utilizados no contexto do transtorno de ansiedade social. Foi possível delimitar o principal referencial teórico utilizado, os principais instrumentos existentes na área, suas características e objetivos, além das limitações comumente encontradas ao longo do desenvolvimento das pesquisas.

Pode-se perceber, a partir dos resultados, o destaque tido por Clark e Wells (1995) como referencial teórico utilizado nos artigos incluídos nesta revisão, já que dos 19, 15 artigos basearam-se no modelo dos autores. Tal achado está em consonância com a literatura já que o modelo cognitivo proposto pelos autores para explicar o transtorno de ansiedade social é um dos tratamentos tidos como de primeira linha (National Institute for Health and Care Excellence, 2013; Warnock-Parkes et al., 2020). É válido ressaltar que os quatro artigos restantes possuíam como foco temas alternativos ao da identificação de crenças características do transtorno de ansiedade social. Os seus temas variaram entre o medo de avaliação negativa, conceitos da terapia da aceitação e compromisso, aspectos do constructo da ansiedade e modelos híbridos de psicopatologia, justificando a utilização de referenciais teóricos alternativos.

Dentre os instrumentos com objetivo de identificar crenças características do transtorno de ansiedade social a maioria focalizou na identificação de crenças negativas sobre o self. Uma possível justificativa para este achado é o modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) fundamentar parte da explicação do funcionamento do ansioso social na ativação de crenças mal adaptativas específicas, que são construídas desde experiências iniciais em que a pessoa começa a consolidar ideias problemáticas sobre si e seu mundo social. Os autores propõem que três tipos de crenças mal adaptativas são ativados quando a pessoa se depara com uma situação de avaliação social, gerando a experiência de ansiedade enquanto vive-se a situação. São elas: crenças de alto padrão (ex.: Eu tenho que conseguir a aprovação de todo mundo; Eu tenho que transmitir uma impressão favorável); crenças condicionais (ex.: Se eu cometer erros os outros irão me rejeitar; Se as pessoas souberem que estou ansioso, então elas pensarão que sou fraco) e; crenças incondicionais (ex.: As pessoas pensam que eu sou inferior) (Heeren, et al., 2014; Wong et al., 2014).

Dentre os principais aspectos medidos nos instrumentos escolhidos para avaliar a validade convergente nos estudos incluídos na revisão destacaram-se o medo de avaliações negativas e o processamento pós-evento. Tal achado justifica-se ao retornarmos ao modelo explicativo de Clark e Wells (1985), que apontam como traço característico do transtorno o medo da avaliação negativa diante de alguma situação social (Maeda et al., 2022), além do

processamento pós-evento sendo um dos principais fatores mantenedores da ansiedade social, já que o indivíduo, após sair da situação social, entra em um reprocessamento detalhado da situação, focando a sua atenção em pistas sociais tidas como ameaçadoras, mantendo um ciclo negativo de autopercepções (Maeda et al., 2022; Rodriguez et al., 2017).

Um aspecto a ser ressaltado é que nesta pesquisa, dentro das bases de dados e do recorte temporal selecionados, pode-se perceber a ausência de estudos com o objetivo de adaptar, validar ou construir instrumentos para o contexto brasileiro com foco na identificação de aspectos cognitivos e comportamentais do transtorno de ansiedade social. Somente um instrumento foi originalmente desenvolvido e testado para o contexto brasileiro (de Oliveira, 2016), mas o artigo incluído nesta revisão tinha por objetivo avaliar as propriedades psicométricas da versão inglesa do instrumento (Kaplan et al., 2017). Portanto, esta pode ser uma lacuna de conhecimento, fazendo-se necessário que pesquisas futuras explorem as propriedades psicométricas de instrumentos adaptados para o contexto brasileiro.



## 2 DESENVOLVIMENTO

A metodologia do presente estudo foi desenvolvida e será apresentada, para organização e clareza das informações, através de três fases. Em um primeiro momento foi realizado o processo de tradução e adaptação transcultural da escala para o contexto brasileiro. Nesta etapa foi gerada a versão final da escala de crenças e pensamentos sociais e realizado um estudo piloto para avaliar a necessidade de adaptações do instrumento. A segunda fase da pesquisa foi composta pela aplicação do instrumento na população geral e, na terceira fase a escala foi aplicada na amostra subclínica e como pré e pós-teste nos participantes de grupos de intervenção em terapia cognitivo comportamental para o transtorno de ansiedade social.

### 2.1 Fase 1 - Processo de tradução e adaptação transcultural da escala de crenças e pensamentos sociais

O processo de tradução e adaptação transcultural da versão brasileira da escala foi feito seguindo os *guidelines* para o processo de adaptação transcultural de medidas de autorrelato proposto por Beaton et al. (2000) e pelo *International Test Commission* (ITC) (2017). Os autores postulam 6 estágios de tradução que foram adotados na presente pesquisa. No primeiro estágio foi realizada a tradução da escala do inglês para o português por dois pesquisadores, de maneira independente. Foi convidado para participar como primeiro tradutor, um psicólogo, com especializações na área dos transtornos de ansiedade e expertise nos transtornos de ansiedade social e na terapia cognitiva comportamental. Já o segundo tradutor, profissional formado em Letras/Inglês, fez sua contribuição avaliando o aspecto semântico e gramatical das afirmações, não estando ciente do significado de tais itens a nível conceitual de forma que a sua tradução refletiu em uma linguagem utilizada pela população. Com as duas versões da escala em mãos, o comitê de especialistas, puderam comparar as traduções. Durante as avaliações não foram encontradas discrepâncias ou diferenças significativas que tornassem necessário o reenvio das escalas para pensar novas versões. Desta forma, foi possível sintetizar os resultados das traduções e criar uma versão comum da escala, cumprindo com o segundo estágio do processo de tradução.

No terceiro estágio, outros dois pesquisadores, fluentes no inglês e no português, e tendo como língua nativa o inglês, fizeram a retro tradução do instrumento. Seguindo as orientações de Beaton et al. (2000) os dois tradutores não estavam cientes ou informados dos conceitos explorados e não possuíam suas graduações na área de saúde ou em psicologia. Não houve grandes diferenças nas duas versões retro traduzidas e as poucas inconsistências, como diferenças no uso dos termos “*than I*” e “*than me*”; “*went wrong*” e “*goes wrong*”; “*get bored*”

e “*become bored*”; “*give a speech*” e “*make a speech*”, foram sanadas quando os tradutores tiveram acesso as duas versões e deram seus pareceres sobre as inconsistências.

No quarto estágio, formando o comitê de especialistas, se reuniram a doutoranda, seu orientador e um pesquisador, psicólogo e com especialidades no transtorno de ansiedade social, que avaliaram todas as etapas e versões da escala e chegaram na versão final para a aplicação do piloto. Levando em consideração a equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre o instrumento original e o adaptado, o comitê debateu sobre alguns termos utilizados nas traduções. Os pesquisadores chegaram à conclusão de que no item 8 (“As outras pessoas se sentem mais à vontade em situações sociais do que eu.”) o termo “confortável” poderia ser substituído por “à vontade”, visto que possuem similaridade conceitual e experiencial e, no Brasil, o primeiro termo é mais utilizado para se referir ao uso de roupas ou objetos enquanto o segundo termo é utilizado quando as pessoas querem expressar como se sentiram diante de uma situação social. Já no item 17 (“Se alguma coisa desse errado em uma situação social, eu não seria capaz de administrá-la.”) o termo “atenuar” foi substituído por “administrar”, pois os pesquisadores entenderam que o verbo atenuar poderia gerar uma confusão na compreensão do item e dificultar a socialização do instrumento em uma população com um menor nível de escolaridade. Por fim, no item 20 (“As pessoas conseguem ver facilmente quando estou ansioso(a).”) o termo “nervoso” foi substituído por “ansioso”, uma vez que, na linguagem coloquial o primeiro termo também é utilizado para referir-se a uma pessoa raivosa ou estressada. O comitê chegou à conclusão de que isso poderia gerar uma confusão na compreensão do item e se distanciar da equivalência semântica do item original.

Como uma forma de garantir que tais mudanças não violariam a equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual da escala original, foi enviado à autora do instrumento original as versões da escala produzidas no processo de tradução, juntamente com as sugestões de mudanças propostas nos 3 itens; que concedeu um parecer favorável às modificações. No quinto estágio foi desenvolvido o projeto piloto que teve por finalidade averiguar a compreensão da escala como também a necessidade de eventuais ajustes da versão brasileira. Por fim, no sexto estágio os relatórios e versões da escala elaborados ao longo deste processo foram analisados pelo comitê de especialistas de forma a averiguar se todas as etapas foram seguidas corretamente. Abaixo serão descritos aspectos da metodologia do projeto piloto e os resultados encontrados.

### 2.1.1 Procedimentos do projeto piloto

A Escala de Crenças e Pensamentos Sociais é um instrumento de autorrelato e aplicação presencial. Em função da pandemia de covid-19 e a necessidade de distanciamento social a coleta de dados do projeto piloto foi feita entre pessoas pertencentes ao ciclo de convivência dos seis pesquisadores envolvidos no projeto. Esta foi uma adaptação metodológica temporária adotada pelos pesquisadores apenas para execução do projeto piloto como forma de garantir a segurança dos envolvidos, seguindo os protocolos propostos pela Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*, 2021), juntamente com as recomendações e particularidades de aplicação do instrumento em processo de validação.

Nesta etapa da pesquisa contou-se com um grupo de seis pesquisadores: a doutoranda, um psicólogo integrante do grupo de pesquisa e quatro estudantes de graduação do curso de psicologia – dois bolsistas e dois voluntários do projeto. Os pesquisadores passaram por um treinamento virtual, com o objetivo de tomarem conhecimento de como se daria o processo de coleta de dados e treinarem entre si a aplicação dos instrumentos. Neste treinamento foi definida a ordem de aplicação dos instrumentos, que teve início com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguido do Questionário Sociodemográfico, da versão traduzida da Escala de Crenças e Pensamentos Sociais e por fim, a Entrevista Semiestruturada com foco em investigar a experiência do participante e possíveis dificuldades ou dúvidas durante a aplicação. Além disso, a equipe exercitou a postura que o pesquisador adotaria diante de uma dúvida do entrevistado. Na tentativa de captar as dificuldades conceituais e semânticas e ter como resposta a interpretação do participante diante dos itens apresentados na escala, foi determinado que o pesquisador não daria como resposta a definição prévia de algum termo ou a sua interpretação do significado de determinado item. Desta forma, os pesquisadores utilizaram como estratégia devolver a pergunta ao entrevistado, usando questionamentos como “O que você entendeu quando leu o item x?” ou “Quando você pensa no termo x o que você entende que significa?”. Além disso, definiu-se que o registro da entrevista seria feito pelo próprio pesquisador de forma simultânea à resposta do entrevistado.

Após este treinamento os seis pesquisadores fizeram uma aplicação teste com algum familiar para colocar em prática os aspectos trabalhados durante o treinamento e identificarem suas dificuldades durante o processo de coleta de dados. Finalizada a aplicação teste, foi feita uma reunião com os pesquisadores para discussão e avaliação da necessidade de alguma mudança para ser implementada nos procedimentos do piloto. Tendo todos os procedimentos alinhados, passou-se para coleta do piloto.

### 2.1.2 Instrumentos utilizados no projeto piloto

## Questionário Sociodemográfico

O questionário é de autopreenchimento e conta com questões relacionadas a sexo, etnia, estado civil, escolaridade, renda familiar, dentre outras. Também existem perguntas referentes à saúde psicológica do sujeito para verificar a presença de transtornos associados, conhecimento sobre o TAS, uso de substâncias, dentre outras questões. O questionário sociodemográfico foi construído tendo por base as diretrizes do critério Brasil, documento proposto pela associação brasileira de empresas de pesquisa (<https://www.abep.org/criterio-brasil>) e, foram feitas as adaptações necessárias para que seu conteúdo atendesse aos objetivos do estudo e auxiliasse na construção e compreensão das características da amostra.

## Escala de Crenças e Pensamentos Sociais

Construída por Turner et al. (2003) e em processo de validação para o contexto brasileiro pela presente pesquisadora tem por objetivo investigar a presença de pensamentos sociais típicos da ansiedade social. A versão brasileira, assim como a original, é constituída por 21 itens e, cada item é respondido numa escala de 5 pontos, variando desde “nada característico” até “sempre característico”. As afirmações presentes na escala relacionam-se ao quanto o respondente identifica que determinado item é típico de seu pensamento ao antecipar ou participar em eventos sociais. De acordo com Turner et al. (2003), o ponto de corte se estabelece somando todas as questões e subtraindo 21 do valor total. Dessa forma, o escore total pode variar de 0 a 84.

## Entrevista Semiestruturada

A entrevista semiestruturada é composta por 7 perguntas com foco no processo de preenchimento e conteúdo dos itens. O principal objetivo é obter informações do participante sobre dificuldades ou dúvidas que tenha tido no momento de preenchimento da escala, portanto, as perguntas da entrevista abarcam desde o conteúdo dos 21 itens até as instruções de aplicação e opções de respostas.

### 2.1.3 Resultados do projeto piloto

#### Caracterização da amostra

A amostra do projeto piloto foi composta por 30 pessoas. A idade dos participantes variou de 21 a 60 anos (M: 32,57; DP: 10,73), dos quais 56,7% eram mulheres. Na tabela 1 estão dispostos os dados referentes à escolaridade da população pesquisada. A maior parte dos sujeitos possuíam curso superior completo, compondo 46,7% da amostra e 3,3% haviam feito o ensino médio incompleto.

Tabela 1- Nível de escolaridade da amostra

Nível de Escolaridade	Frequência	Porcentagem
Ensino Médio incompleto	1	3,3%
Ensino Médio completo	2	6,7%
Curso Técnico	2	6,7%
Superior incompleto	6	20%
Superior completo	14	46,7%
Pós-graduação	5	16,7%
Total	30	100%

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

Apresenta-se na tabela 2 o conglomerado de perguntas que foram feitas à amostra referente ao transtorno de ansiedade social. Até o momento da presente pesquisa 40% dos sujeitos não conheciam o transtorno de ansiedade social e 16,7% já haviam sido diagnosticados com algum transtorno mental, dentre eles, transtorno de ansiedade generalizada e fobia específica. A grande maioria dos participantes não relatou prejuízos no trabalho ou nos estudos em função do TAS, compondo 63,3% e 86,7% da amostra respectivamente e apenas 20% dos sujeitos já buscaram ajuda profissional em função do transtorno de ansiedade social.

Tabela 2 - Perguntas relacionadas ao transtorno de ansiedade social

Pergunta*	Frequência		Porcentagem	
	Sim	Não	Sim	Não
Conhece o TAS	18	12	60%	40%
Diagnóstico de transtorno mental	5	25	16,7%	83,3%
Busca de ajuda profissional	6	24	20%	80%
Prejuízos no trabalho	11	19	36,7%	63,3%
Prejuízo nos estudos	4	26	13,3%	86,7%
Total	30		100%	

*Nota.* \*Perguntas na íntegra: “Conhece o TAS?”; “Já foi diagnosticado com algum transtorno mental?”; “Já buscou ajuda profissional (psicólogo/psiquiatra) em função de sintomas relacionados ao TAS?”; “Já se prejudicou no trabalho ou precisou mudar de emprego/área de atuação em função do TAS?”; “O TAS já prejudicou seus estudos?”

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

O escore médio da amostra do projeto piloto na escala de crenças e pensamentos sociais foi de 26,67 pontos (DP:14,89), o valor mínimo obtido foi de 6 pontos e o máximo 63 pontos. O escore final da escala é obtido por meio da soma de todas as respostas, subtraindo 21 pontos do valor total; assim, o escore total pode variar de 0 a 84. Isto sugere que quanto mais próximo do valor máximo, maior é a quantidade de pensamentos e crenças, ativados diante de uma situação social, características do transtorno de ansiedade social.

#### Entrevistas

A partir das entrevistas conduzidas pelos pesquisadores pode-se observar que a maioria dos participantes (93,3%) teve a percepção de que as perguntas estavam escritas de forma objetiva/clara e 70% não tiveram dificuldade em preencher a escala. Vinte e três por cento da amostra relatou ter tido dúvidas com alguma palavra presente na escala e os termos citados foram: “atraente”, “jogar conversa fora”, “desajeitado”, “covarde”, “estúpido” e “situação social”. A tabela 3 ilustra esses achados.

Tabela 3 - Palavras que geraram algum tipo de dúvida ao responder a escala

Termo	Quantidade de pessoas
Atraente	3
Jogar conversa fora	2
Desajeitado	4
Covarde	1
Situação social	1
Estúpido	1

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

Três participantes apesar de não terem relatado dificuldade na compreensão de uma palavra em específico, pontuaram a dificuldade na compreensão das afirmações que continham negativas e duas pessoas tiveram dificuldades de interpretar os itens. Além disso, dois participantes acharam a questão 17 (“Se alguma coisa desse errado em uma situação social, eu não seria capaz de administrá-la.”) confusa; outros dois participantes acharam a questão 16 (“Eu não sei como me comportar quando estou na companhia de outras pessoas.”) confusa; um mesmo participante achou as questões 12 (“Não sou bom(a) em jogar conversa fora.”) e 18 (“Quando eu estou com outras pessoas, elas normalmente não me acham muito esperto.”)

confusas; e um sexto participante achou a questão 4 (“Quando eu estou com outras pessoas, não sou bom(a) em me defender”) confusa.

Vinte por cento da amostra (6 pessoas) relatou ter tido dúvida diante das opções de resposta da escala, dos quais, três participantes relataram que a dificuldade não estava na opção de resposta em si, mas sim em entender em qual resposta a sua dificuldade se encaixaria e dois ressaltaram o caráter enviesado dessas opções. Nenhum participante teve dificuldade com as instruções de aplicação da escala, apesar de uma pessoa ter relatado começar a responder o questionário antes de ler o cabeçalho. Por fim, uma participante salientou a importância de trazer uma explicação simples sobre o que são situações sociais e o transtorno de ansiedade social para pessoas com baixa escolaridade e outra participante ressaltou a necessidade de deixar claro em algum momento da aplicação que as respostas do participante serão baseadas na sua percepção do que o outro possivelmente está pensando sobre você, pois a falta dessa informação pode gerar algum tipo de confusão durante a interpretação de algum item da escala.

Diante destas pontuações algumas medidas foram tomadas, mas nem todos os apontamentos feitos pelos participantes foram acatados pelos pesquisadores e os motivos serão descritos a seguir. Dentre as palavras que geraram dúvidas o comitê de especialistas optou pela não modificação de nenhum dos termos apontados. Para o comitê de especialistas a porcentagem dos participantes que não obteve dificuldades com a compreensão dos itens somada ao conhecimento técnico dos juízes que participaram das etapas anteriores do processo foram evidências significativas para manutenção dos termos da maneira que estavam.

Com relação aos itens que continham negativas, como o presente trabalho é um estudo de adaptação transcultural e dentre as diretrizes de execução é preciso prezar pela manutenção da equivalência semântica e estrutural da escala traduzida em comparação com a escala original, o comitê de especialistas optou pela não reescrita dos itens que continham a palavra não. Na tentativa de mitigar a dificuldade de interpretação, quando o participante estiver preenchendo o instrumento, foi proposto que o pesquisador reforce a sua disponibilidade para sanar dúvidas nas afirmações contendo negativas.

A partir deste mesmo argumento, o comitê de especialistas também embasou a sua decisão para a não modificação da escala likert utilizada como opção de respostas do instrumento. Somada a esta diretriz de semelhança estrutural entre os instrumentos traduzido e original, apresenta-se o fato de que dos 6 participantes que apontaram a dificuldade, 4 relataram

que a dificuldade não estava na opção de resposta em si, mas sim em compreender qual seria o nível da sua dificuldade referente aquele item da escala.

Um participante salientou a importância de se trazer uma explicação simples sobre o que são situações sociais e o transtorno de ansiedade social para pessoas com baixa escolaridade. Tal sugestão é contemplada desde a execução do piloto no início da aplicação dos instrumentos, mais especificamente no questionário sociodemográfico, ao serem feitas perguntas sobre o impacto do transtorno de ansiedade social na vida do paciente. Neste momento da coleta o pesquisador traz uma breve explicação sobre o transtorno, baseada no DSM-V, contando com exemplos de situações sociais.

Por fim, uma participante ressaltou a necessidade de deixar claro em algum momento da aplicação que as respostas do participante são baseadas na sua percepção do que o outro possivelmente está pensando sobre você. Analisando tal pontuação, o comitê de especialistas entendeu que o cabeçalho do instrumento sana tal dificuldade, já que está explícito nas instruções de preenchimento que as afirmações contidas na escala representam os pensamentos da pessoa quando está em uma situação social ou quando pensa antecipadamente sobre uma situação social. Como garantia de que tais instruções não fossem negligenciadas em aplicações futuras, podendo gerar confusões, foi definido que o pesquisador fizesse a leitura do cabeçalho em conjunto com o participante, além de, utilizando a primeira afirmação da escala, dar um exemplo de como preencher o instrumento.

#### 2.1.4 Discussão do projeto piloto

O objetivo do estudo piloto foi de investigar a adequabilidade da primeira versão da escala de crenças e pensamentos sociais, ou seja, avaliar se a versão adaptada pelos pesquisadores, além de manter a equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual da escala original, trouxe evidências iniciais de ajuste ao contexto brasileiro. Analisando os resultados foi possível perceber um número reduzido de participantes que relataram alguma dificuldade na compreensão dos termos. O termo “desajeitado” foi o que acumulou a maior porcentagem (13,3%), representando 4 pessoas da amostra.

O comitê de especialistas decidiu por manter o termo original já que os participantes que tiveram dúvidas, ao serem indagados sobre possíveis alternativas, deram como sugestões palavras de significado sinônimo ao termo original e de linguagem coloquial, como por exemplo, os termos “desengonçado” ou “estabanado”. Os pesquisadores do comitê também levaram em consideração o fato de outras pessoas da amostra do piloto, com menor nível de



escolaridade, não terem tido dificuldade com a compreensão do termo, além do conhecimento técnico dos juízes que participaram das etapas anteriores do processo, formando um conjunto de argumentos significativos para manutenção do termo da maneira que estava. Portanto, não houve necessidade de nenhum outro tipo de mudança ou adequação dos itens e da escala como um todo, gerando uma versão definitiva da escala, que foi utilizada na fase de campo deste estudo para dar continuidade ao acúmulo de evidências de validade da escala para o contexto brasileiro.

Vale salientar que foi possível atingir a recomendação de Beaton et al. (2000) para o n amostral do piloto, o que trouxe robustez para a confirmação de sucesso do processo de tradução. Outro ponto forte do processo de adaptação transcultural foi a possibilidade de comunicação com a autora do instrumento original. Através desse contato foi possível ter a confirmação de que as mudanças dos termos “confortável”, “atenuar” e “nervoso” dos itens 8, 17 e 20, respectivamente, não feririam nenhum tipo de equivalência entre as versões original e traduzida. Através desse contato com a autora também foi possível atender ao estágio VI do processo de tradução; pois os documentos e relatórios não só foram avaliados pelo comitê de peritos como também foram enviados à autora do instrumento original e as mudanças feitas no instrumento endossadas por ela.

Uma característica da amostra do projeto piloto foi o nível de escolaridade de 46,7% dos participantes ter sido o ensino superior completo. Mesmo diante desta concentração de participantes nesta faixa de escolaridade, não houve discrepâncias no nível de dificuldade no processo de aplicação das escalas, nas respostas dos questionários e ao decorrer da entrevista clínica, se comparados com o restante da amostra. Tal fato nos leva a acreditar que as adaptações feitas para atender às possíveis dificuldades relatadas no processo de treinamento anterior ao piloto tenham sido suficientes para a fácil socialização da escala.

Durante a entrevista os participantes destacaram dificuldades que valem ser debatidas. O primeiro ponto foi a dificuldade de interpretação dos itens que continham negativas; a palavra “não” muitas vezes gerava uma confusão na compreensão do que o item queria dizer, o que levava o participante a reler a afirmação ou perguntar ao aplicador se o que havia entendido era realmente o sentido da frase. Apesar de isso ter surgido como uma dificuldade na compreensão do item, optou-se por manter a equivalência dos itens de acordo com a construção semântica e linguística da escala original. Como solução para essa dificuldade foi proposto que o pesquisador, no momento da aplicação do instrumento, saliente a sua disponibilidade para tirar qualquer dúvida ou ajuda para interpretar qualquer item, principalmente os itens contendo

negativas. Um segundo ponto que chamou atenção dos pesquisadores foi 100% da amostra ter afirmado não ter tido nenhum tipo de dificuldade com as instruções de resposta da escala, mas alguns participantes relataram dificuldade de compreensão de contexto de alguns itens. Uma hipótese levantada pelos pesquisadores que justificaria este acontecimento, endossada pelos relatos de alguns participantes, é a dificuldade de interpretar ou até mesmo a não leitura das instruções de resposta. Portanto, uma medida que será adotada na fase de campo da pesquisa para mitigar este prejuízo é o pesquisador reforçar que o participante faça a leitura das instruções e durante a sua explicação sobre a escala, antes de entregá-la ao respondente, endossar o objetivo do instrumento.

Como apontado no início desta seção, o processo até aqui desenvolvido possibilitou averiguar alguma medida de qualidade da validade de conteúdo, o que por si só não traz robustez suficiente para afirmar uma boa adequação da escala para o contexto brasileiro (Beaton et al., 2000; International Test Commission, 2017). Destarte, as próximas fases da presente pesquisa envolvem averiguar evidências de validade que também se fazem necessárias para descrição de um processo de adaptação transcultural de sucesso.

## 2.2 Fase 2 – Aplicação da escala de crenças e pensamentos sociais na população geral

### Amostra

Para definir o n amostral do grupo representativo da população geral utilizou-se como base o número de respondentes necessários para realizar a análise fatorial confirmatória que foi definida levando-se em conta a regra de 10 a 15 observações por variável manifesta (Kline, 2012).

A amostra desta fase do estudo foi composta por 261 adultos que residem na cidade de Juiz de Fora. Os critérios de inclusão foram ter entre 18 e 60 anos e consentir em responder a todos os instrumentos utilizados na pesquisa. Já o critério de exclusão foi o participante apresentar comprometimento cognitivo que impedisse a compreensão das perguntas dos questionários.

### 2.2.1 Instrumentos

#### Questionário Sociodemográfico

O questionário (apêndice a) é de autopreenchimento e conta com questões relacionadas a sexo, etnia, estado civil, escolaridade, renda familiar, dentre outras. Também existem perguntas referentes à saúde psicológica do sujeito para verificar a presença de transtornos associados, conhecimento sobre o TAS, uso de substâncias, dentre outras questões. O

questionário sociodemográfico foi construído tendo por base as diretrizes do critério Brasil, documento proposto pela associação brasileira de empresas de pesquisa (<https://www.abep.org/criterio-brasil>) e, foram feitas as adaptações necessárias para que seu conteúdo melhor atendesse aos objetivos do estudo e auxiliasse na construção e compreensão das características da amostra.

#### Escala de Crenças e Pensamentos Sociais

Construída por Turner et al. (2003) e em processo de validação para o contexto brasileiro pela presente pesquisadora tem por objetivo de investigar a presença de pensamentos sociais típicos da ansiedade social (apêndice e). É constituída por 21 itens e, cada item é respondido numa escala de 5 pontos, variando desde “nada característico” até “sempre característico”. Tais afirmações relacionam-se ao quanto o respondente identifica que determinado item é típico de seu pensamento ao antecipar ou participar em eventos sociais. De acordo com os autores, o ponto de corte se estabelece somando todas as questões e subtraindo 21 do total. Dessa forma, o escore total pode variar de 0 a 84.

#### Escala de Ansiedade Social de Liebowitz

A Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS) (apêndice b) tem por objetivo avaliar situações ansiogênicas referentes a interações sociais e de desempenho em sujeitos com fobia social. A escala é composta por 24 itens, do tipo Likert com 4 opções de respostas, que avaliam a gravidade atual da ansiedade e evitação em cada um dos itens, com escore variando de 0 a 144 (Masia-Warner et al., 2003). O resultado é alcançado através da soma das respostas e é classificado como sem fobia social (0-55); fobia social moderada (55-65); fobia social média (66-88), fobia social grave (81-95) e fobia social muito grave (maior que 95). A versão auto aplicada de tal instrumento apresentou boas propriedades de validação a partir do trabalho de mestrado realizado por Santos (2012).

#### Escala de Medo de Avaliações Negativas (FNE)

Escala do Medo de Avaliações Negativas (apêndice c) foi desenvolvida por Watson e Friend (1969), e traduzida e adaptada por Silva e Nardi (2009). Avalia o componente cognitivo da ansiedade social, medindo o grau de temor que as pessoas sentem na possibilidade de serem julgadas negativamente por outras pessoas. É autoaplicável, composta por 30 itens, do tipo dicotômico. Sua pontuação total varia de 0 a 30 pontos. Um dos pontos de corte propostos para identificar as pessoas acometidas por ansiedade social clinicamente significativa é 24 pontos ou mais (Silva & Nardi, 2009).

### Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS)

A Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (apêndice d) foi desenvolvida por Hofmann e DiBartolo (2000) e traduzida e adaptada por Osório et al. (2008). É um instrumento autoaplicável, composto de duas subescalas: a de auto-avaliação positiva e a de auto-avaliação negativa, cada uma possui cinco itens pontuados numa escala de zero a cinco. Possui como escore total máximo 50 pontos, sendo este o somatório da pontuação dos itens das subescalas positiva e negativa. A pontuação dos itens da subescala negativa é realizada de forma invertida.

### Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

A avaliação dos critérios de validade para aplicação do PHQ-9 (apêndice f) no contexto brasileiro foi feita por Osório et al. (2009). É um instrumento autoaplicável contendo nove perguntas que avaliam a presença dos sintomas para o episódio depressivo maior. Os escores do PHQ-9 variam de 0 a 27 e possuem 4 categorias de gravidade: 5 para depressão leve; 10 para depressão moderada; 15 para depressão moderadamente grave e 20 para depressão grave (Kroenke et al., 2001). As análises estatísticas no processo de validação apontaram o instrumento como um teste adequado para o rastreamento de depressão entre adultos na população geral.

#### 2.2.2 Procedimentos

A equipe de pesquisadores, composta pela doutoranda e duas estudantes de graduação do curso de psicologia, passou por um processo de treinamento teórico e prático para socialização dos instrumentos e aprendizado dos procedimentos de aplicação e correção dos testes. O treinamento foi realizado pela doutoranda ao longo de 4 semanas, às segundas-feiras das 20:00h às 22:30h, no mês de agosto de 2023. Na primeira etapa do treinamento, teórica, a doutoranda apresentou os instrumentos utilizados na pesquisa, seus objetivos e instruções para correção; já na segunda etapa foram feitos *role-plays*, em que cada integrante da equipe teve a oportunidade de exercitar a aplicação dos instrumentos e discutir dúvidas e dificuldades. Finalizada a capacitação, deu-se início ao processo de coleta de dados. A coleta foi realizada na cidade de Juiz de Fora (MG), entre o período de setembro de 2023 e maio de 2024. Os lugares escolhidos, por conveniência, foram a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e suas imediações, na zona sul e uma escola de forró localizada na região central da cidade. Como maneira de mitigar a abordagem majoritária de estudantes, a equipe foi aos finais de semana na área central da universidade, frequentada pela população da cidade para lazer e recreação. A escolha da escola de forró se deu em função de o seu quadro de alunos ter uma variabilidade de

características sociodemográficas, como idade, gênero, raça, renda somado à facilidade de acesso por parte das pesquisadoras.

### 2.3 Fase 3 – Amostra subclínica e grupos de intervenção em terapia cognitivo comportamental para o transtorno de ansiedade social

#### 2.3.1 Amostra

O cálculo amostral para definir o  $n$  dos grupos de intervenção em terapia cognitivo comportamental foi realizado utilizando o teste bicaudal, tamanho do efeito moderado ( $d = 0,50$ ; Cohen, 1992), 80% de poder e 95% de confiança, sendo necessário 34 participantes. A amostra desta fase do estudo foi composta por 57 pessoas com traços que caracterizam o transtorno de ansiedade social. Tais participantes foram recrutados através do projeto “A efetividade da terapia cognitivo-comportamental de grupo em pacientes com fobia social: pesquisa e extensão”, também conhecido como “Grupo de Tímidos”, desenvolvido pelo NEVAS, coordenado pelo professor Dr. Lelio Moura Lourenço.

Foram incluídos homens e mulheres, entre 18 e 60 anos, que buscaram o grupo de tímidos e aceitaram passar pelo processo de triagem, pontuando acima de 55 pontos, para traços de ansiedade social, no questionário de Liebowitz. Os critérios de exclusão foram: o participante estar em algum tratamento para outro transtorno, apresentar comorbidades graves, além de apresentar limitações na compreensão e preenchimento dos instrumentos. As comorbidades foram acessadas através dos questionários sociodemográfico e PHQ-9).

Nem todas as pessoas que compuseram a amostra subclínica participaram da intervenção em grupo. Isso se deu por dois fatores: a incompatibilidade dos horários que os grupos aconteceram e a disponibilidade do participante e, pela desistência do participante em fazer parte da intervenção. Portanto, das 57 pessoas integrantes do grupo subclínico, 26 pessoas participaram dos grupos de intervenção em terapia cognitivo comportamental.

#### 2.3.2 Instrumentos

Os mesmos instrumentos utilizados na fase 2 foram utilizados nesta etapa da coleta de dados da pesquisa. Ou seja, foram aplicados o questionário sociodemográfico, a escala de crenças e pensamentos sociais, o PHQ-9, a escala de autoavaliação ao falar em público, a escala de ansiedade social de Liebowitz e a escala de medo de avaliação negativa.

#### 2.3.3 Procedimentos

Foi realizada a divulgação do “Grupo de Tímidos” através das redes sociais do projeto e colagem de cartazes em bairros de Juiz de Fora. As pessoas interessadas fizeram contato com os pesquisadores do projeto de pesquisa, compostos por estudantes de graduação de psicologia,

através de um número de WhatsApp disponibilizado pela equipe. Em seguida, os pesquisadores entraram em contato com os interessados para que eles participassem de uma triagem a fim de verificar a queixa principal e adequabilidade para participação da intervenção. O mesmo treinamento realizado com a equipe de coleta da população geral foi realizado com os integrantes deste projeto de pesquisa. Neste momento da triagem foram utilizados os questionários para avaliar o perfil de ansiedade social, as crenças e comportamentos sociais, sintomas depressivos, medo de avaliações negativas e autoavaliação ao falar em público, compondo o pré-teste desta fase da pesquisa. Aqueles que não preencheram nenhum dos critérios de exclusão e tinham a disponibilidade de horários compatível com a dos grupos programados foram alocados para participarem da intervenção terapêutica.

Foi utilizado o protocolo proposto por Lourenço et al. (2022) para realizar a intervenção terapêutica. Cada grupo foi conduzido ao longo de três meses, totalizando 10 sessões, semanais, com duração média de 90 minutos. Três terapeutas (terapeuta principal, coterapeuta e observador) conduziram as quatro fases de intervenção: sensibilização e acolhimento; habituação; exposição ao treinamento de habilidades sociais e feedback com prevenção de recaídas. Realizaram-se 4 grupos, cada um iniciando com uma média de dez participantes e finalizando com uma média de seis, devido as perdas amostrais durante o processo terapêutico. Na última sessão os participantes foram convidados a preencher (pós-testes) as mesmas escalas utilizadas na avaliação inicial para averiguar se houve uma mudança nos escores dos instrumentos após terem participado da intervenção.

#### 2.4 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF e recebeu parecer favorável para sua execução (CAAE:44459121.8.0000.5147). Em todas as três fases do projeto os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e tornaram-se respondentes do estudo apenas mediante o consentimento, segundo as normatizações de ética em pesquisa existentes (resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº510/2016 e nº466/2012; resolução do Conselho Federal de Psicologia nº016/2000). O TCLE foi composto de um texto explicativo acerca da pesquisa, com informações claras sobre os objetivos, procedimentos, esclarecimentos relacionados à participação voluntária, privacidade dos participantes, anonimato e utilização confidencial e sigilosa de seus dados. Além disso, foi incluído no TCLE e salientado pelo pesquisador que a participação ou a não concordância em participar do projeto não acarretaria nenhum tipo de prejuízo ao participante. Vale ressaltar que foi oferecido encaminhamento para tratamento psicoterápico individual ou em grupo gratuito, administrado pelos próprios

terapeutas da pesquisa e psicólogos parceiros, àqueles participantes que de alguma forma se identificassem com as características do transtorno de ansiedade social e demonstrassem interesse em iniciar terapia.

## 2.5 Metodologia de análise de dados

A análise descritiva dos dados foi apresentada por meio da média e desvio-padrão (variáveis quantitativas), frequência absoluta e relativa (variáveis categóricas). Para análise do pressuposto de normalidade dos dados utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov e os valores de assimetria e curtose. Para testar diferenças entre os grupos tímidos e população geral, utilizou-se o teste *t* de Student para amostras independentes (variáveis quantitativas) e o teste do Qui-Quadrado (variáveis categóricas). O teste *t* de Student pareado foi utilizado para avaliar o efeito do tratamento psicológico sobre os indicadores mensurados pelas diferentes escalas. O tamanho do efeito (significância clínica) foi analisado pelo *d* de Cohen, sendo adotada a seguinte classificação: pequeno 0.20 – 0.49; moderado 0.50 – 0.79; elevado  $\geq 0.80$  (Cohen, 1992). O cálculo amostral para testar o efeito do tratamento foi realizado no software G\*Power 3.1 (Faul et al., 2007), utilizando teste bicaudal, tamanho do efeito moderado ( $d = 0,50$ ; Cohen, 1992), 80% de poder e 95% de confiança, sendo necessário 34 participantes.

A consistência interna das escalas foi avaliada pelo alpha de Cronbach. O coeficiente de correlação intraclasse (CCI) foi usado para a análise da reprodutibilidade teste-reteste, sendo adotada a seguinte classificação: ruim  $< 0,50$ , moderado 0,50 a 0,75, bom 0,75 a 0,90 e excelente  $>0,90$  (Koo & Li, 2016). A validade concorrente do STABS foi examinada pelas correlações de Pearson com as outras escalas. Essas análises foram realizadas no software IBM SPSS versão 21.0 (IBM Corp., Armonk, NY), considerando estatisticamente significantes os valores de  $p \leq 0,05$ .

Uma análise fatorial confirmatória (AFC) foi realizada para examinar a estrutura fatorial da versão original do STABS (Turner et al., 2003), utilizando o software Jamovi versão 2.6 (The Jamovi Project, 2024). Os itens apresentaram assimetria inferior a 3 e curtose inferior a 7, em valores absolutos, indicando bom ajuste à distribuição Normal. A estimação dos parâmetros foi feita por máxima verossimilhança. A adequação do modelo foi avaliada através dos seguintes índices de bondade do ajustamento: razão entre o valor do Qui-Quadrado e os graus de liberdade ( $\chi^2/df$ ), onde valores entre 3 e 1 indicam um bom ajuste do modelo (Arbuckle, 2015). Além disso, foi considerado o *Comparative Fit Index* (CFI) e o *Tucker-Lewis Index* (TLI), cujos valores superiores a 0,90 são considerados adequados (Bentler & Bonett, 1980). Também foram analisados os valores do *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR) e

do *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA). Valores abaixo de 0,08 para o SRMR e 0,06 para o RMSEA indicam uma adequação aceitável do modelo (Hu & Bentler, 1999). A dimensão da amostra para realizar a análise fatorial confirmatória do STABS foi definida levando-se em conta a regra de 10 a 15 observações por variável manifesta (Kline, 2012).



### 3 RESULTADOS

Na tabela 1 estão apresentadas as características sociodemográficas da amostra. A maioria dos participantes era do gênero feminino, brancos, solteiros, com nível de escolaridade superior e renda familiar entre um e sete salários-mínimos. Quanto a religião, 41% eram católicos, 13,5% agnóstico, 11,6% evangélicos, 6,6% espíritas, 6,6% eram ateus e 20,7% tinham outras religiões. A maioria dos participantes (56,0%) moravam com familiares. A média de idade da amostra foi de  $29,4 \pm 9,8$  anos, variando de 18 a 60 anos. O grupo subclínico era mais jovem do que a população geral ( $25,7 \pm 7,6$  anos vs.  $30,2 \pm 10,0$  anos, respectivamente;  $p < 0,001$ ). Em relação a população geral, o grupo subclínico apresentou proporcionalmente menos mulheres, mais participantes solteiros, pretos e de nível superior e menor renda familiar (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra e a comparação entre os grupos.

	Todos (n=318)	Subclínico (n=57)	População Geral (n=261)	p-valor
<b>Gênero</b>				
Feminino	200 (63,1%)	28 (49,1%)	171 (65,8%)	0,02*
Masculino	114 (35,8%)	27 (47,4%)	87 (33,5%)	
Não Binário	4 (1,3%)	2 (3,5%)	2 (0,8%)	
<b>Grupo étnico</b>				
Branco	213 (67,0%)	29 (50,9%)	184 (70,5%)	0,009*
Pardo	69 (21,7%)	15 (26,3%)	54 (20,7%)	
Preto	31 (9,7%)	11 (19,3%)	20 (7,7%)	
Amarelo	5 (1,6%)	2 (3,5%)	3 (1,1%)	
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro	225 (70,8%)	54 (94,7%)	171 (65,5%)	0,001*
Casado	63 (19,8%)	1 (1,8%)	62 (23,8%)	
União Estável	18 (5,7%)	2 (3,5%)	16 (6,1%)	
Outro (s)	12 (3,7%)	0 (0,0%)	12 (4,6%)	
<b>Escolaridade</b>				
Ensino Fundamental	3 (0,9%)	0 (0,0%)	3 (1,2%)	0,001*
Ensino Médio	45 (14,1%)	6 (10,6%)	39 (14,9%)	
Ensino Superior	201 (63,2%)	48 (84,2%)	153 (58,6%)	
Pós-graduação	69 (21,7%)	3 (5,2%)	66 (25,3%)	
<b>Renda familiar</b>				
Até 1 salário-mínimo	28 (8,7%)	7 (12,3%)	19 (7,4%)	<0,001*
1 a 3 salários-mínimos	99 (31,1%)	30 (52,6%)	69 (26,6%)	
3 a 7 salários-mínimos	133 (41,8%)	17 (29,8%)	116 (44,8%)	
7 a 12 salários-mínimos	35 (11,0%)	3 (5,3%)	32 (12,4%)	
>12 salários-mínimos	23 (7,2%)	0 (0,0%)	23 (8,9%)	

Nota. (\*diferença estatisticamente significativa,  $p < 0,05$ , teste do Qui-Quadrado).

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

Quanto às características clínicas, 72% dos participantes declaram ter conhecimento do transtorno de ansiedade social, não havendo diferença estatisticamente significativa entre o

grupo subclínico e a população geral ( $X^2 = 0,985$ ;  $p = 0,32$ ). 32,4% dos participantes declararam ter procurado ajuda de um profissional em função de sintomas relacionados ao transtorno de ansiedade social e 34,7% tiveram prejuízos no trabalho ou tiveram que mudar de emprego devido ao transtorno de ansiedade social. Para 41,6% da amostra essa condição clínica prejudica os estudos e 55,5% evitaram ou recusaram algum convite social. O diagnóstico de transtorno mental foi informado por 33,4% dos participantes, sendo que 10,7% fazem uso de medicamento para tratar o transtorno de ansiedade social.

Quando comparados a população geral, os pacientes subclínicos procuraram ajuda profissional com mais frequência (45,6% vs. 29,8%, respectivamente;  $p = 0,02$ ), tiveram maior prejuízo no trabalho ou tiveram que mudar de emprego (66,7% vs. 27,7%, respectivamente;  $p < 0,001$ ), se sentiram prejudicados nos estudos (86,0% vs. 31,9%, respectivamente;  $p < 0,001$ ) e evitou ou recusou convites sociais (98,2% vs. 46,2%, respectivamente;  $p < 0,001$ ). Por outro lado, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos subclínico e população geral em relação ao diagnóstico de transtorno mental (38,6% vs. 32,3%, respectivamente;  $p = 0,36$ ) e ao uso de medicamentos para tratar o transtorno de ansiedade social (14,0% vs. 10,0%, respectivamente;  $p = 0,37$ ). Quando estão em uma situação social, a maioria dos pacientes subclínicos não fazem uso de álcool comparados a população geral (61,4% vs. 43,8%, respectivamente;  $p = 0,02$ ).

#### Análise Fatorial Confirmatória

Os itens do STABS mostraram valores próximos a zero para assimetria (média = 0,49; variação = -0,01 a 2,61) e curtose (média = 0,23; variação = -0,17 a 18,2), sugerindo não haver violação aparente da normalidade para a AFC. Apenas o item 16 apresentou valor de assimetria próximo a 3 e curtose  $>7$ . O modelo de dois fatores proposto por Turner et al. (2003) foi testado, contendo 10 itens no fator comparação social e 11 itens no fator inaptidão social. Os valores das cargas fatoriais dos itens podem ser verificados na Tabela 2. Todas as cargas fatoriais foram significantes, com variação de 0,52 a 0,83 no fator comparação social e de 0,47 a 0,76 no fator inaptidão social. A correlação entre os dois fatores latentes foi de  $r = 0,91$  ( $Z = 62,0$ ;  $p < 0,001$ ). Os resultados da AFC apresentaram os seguintes índices de bondade de ajustamento do modelo:  $\chi^2/df = 2,755$ ; CFI = 0,916; TLI = 0,906; SRMR = 0,044; RMSEA = 0,074 (90%IC = 0,067 – 0,082). Os resultados encontrados mostraram que o modelo de dois fatores do STABS proposto por Turner et al. (2003) se mostrou ajustado no presente estudo.

Tabela 2 - Estimativas, erro padrão, significância e cargas fatoriais dos itens do STABS – Comparação Social (CS) e Inaptidão Social (IS) (n = 318).

Fator	Item	Estimativas	EP	Z	P	Carga Fatorial Padronizada	
CS	STABS_2	0.829	0.0575	14.40	<.001	0.715	
	STABS_3	0.615	0.0632	9.73	<.001	0.523	
	STABS_4	0.806	0.0619	13.03	<.001	0.664	
	STABS_5	0.958	0.0561	17.08	<.001	0.806	
	STABS_7	0.757	0.0704	10.75	<.001	0.569	
	STABS_8	1.018	0.0568	17.94	<.001	0.832	
	STABS_9	0.996	0.0579	17.18	<.001	0.809	
	STABS_10	0.963	0.0529	18.19	<.001	0.839	
	STABS_11	0.992	0.0603	16.45	<.001	0.786	
	STABS_12	0.915	0.0682	13.42	<.001	0.678	
	IS	STABS_1	0.922	0.0588	15.68	<.001	0.763
		STABS_6	0.845	0.0615	13.74	<.001	0.693
STABS_13		0.780	0.0544	14.33	<.001	0.715	
STABS_14		0.875	0.0573	15.29	<.001	0.749	
STABS_15		0.873	0.0676	12.91	<.001	0.661	
STABS_16		0.878	0.0560	15.70	<.001	0.763	
STABS_17		0.786	0.0526	14.93	<.001	0.736	
STABS_18		0.544	0.0524	10.39	<.001	0.555	
STABS_19		0.771	0.0595	12.96	<.001	0.663	
STABS_20		0.580	0.0674	8.61	<.001	0.472	
STABS_21	0.951	0.0633	15.03	<.001	0.740		

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

Na Tabela 3 estão apresentados os resultados da comparação entre o grupo subclínico e a população geral em relação às escalas utilizadas no presente estudo. O grupo subclínico apresentou maiores escores no STABS, STABS-CS, STABS-IS, FNE, LSAS e PHQ-9 em relação a população geral. Sob o ponto de vista clínico, as diferenças observadas foram grandes ( $d > 0,80$ ), exceto no PHQ-9 onde a diferença foi moderada. Em relação ao SSPS, o grupo subclínico apresentou menores escores quando comparado a população geral, sendo que a diferença clínica observada foi grande ( $d > 0,80$ ) – Tabela 3.

Tabela 3 - Média  $\pm$  desvio-padrão da ansiedade social, autoavaliação de falar em público, sintomas depressivos e medo de avaliação negativa de pacientes subclínicos e população geral.

Escalas	Subclínico (n=57)	População Geral (n=262)	p-valor	TE
STABS – Escore Total	55,8 $\pm$ 12,7	29,0 $\pm$ 14,8	<0,001*	1,81
STABS – CS	28,9 $\pm$ 6,2	14,8 $\pm$ 7,7	<0,001*	1,83
STABS – IS	27,1 $\pm$ 7,2	14,3 $\pm$ 8,0	<0,001*	1,59
FNE	25,2 $\pm$ 4,6	17,4 $\pm$ 8,3	<0,001*	0,95
Normalidade	31,6 %	73,9 %		
Ansiedade Social	68,4 %	26,1 %		
LSAS				
Ansiedade Performance	42,5 $\pm$ 12,4	22,6 $\pm$ 14,4	<0,001*	1,38
Ansiedade Social	45,1 $\pm$ 12,4	23,8 $\pm$ 15,1	<0,001*	1,41
Ansiedade Total	88,2 $\pm$ 23,8	46,5 $\pm$ 28,4	<0,001*	1,46
Sem Fobia	8,8 %	62,8 %		
Com Fobia	91,2 %	37,2 %		
PHQ-9	10,8 $\pm$ 6,3	7,6 $\pm$ 5,6	<0,001*	0,57
Normalidade	19,3 %	36,8 %		
Depressão Leve	29,8 %	32,6 %		
Depressão Moderada	22,8 %	18,0 %		
Depressão Moderada-Grave	21,1 %	8,8%		
Depressão Grave	7,0 %	3,8 %		
SSPS	21,9 $\pm$ 8,6	34,7 $\pm$ 9,7	<0,001*	1,31

*Nota.* (FNE – Escala de Medo de Avaliação Negativa; LSAS: Escala de Ansiedade Social de Liebowitz; PHQ-9: Questionário de Saúde do Paciente; SSPS: Escala para autoavaliação ao falar em público; \*diferença estatisticamente significativa; TE: tamanho do efeito avaliado pelo d de Cohen).

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

### Reprodutibilidade

Em relação a reprodutibilidade teste-reteste, foram observados coeficientes de correlação intraclassa médio que variaram de 0,75 a 0,97, sugerindo boa a excelente reprodutibilidade. Os maiores valores de reprodutibilidade foram observados para o LSAS, FNE e STABS. A maior variabilidade foi observada nas escalas PHQ-9 e SSPS, onde a reprodutibilidade variou de ruim a excelente – Tabela 4.

Tabela 4 - Média  $\pm$  desvio-padrão e coeficiente de correlação intraclasse aleatório de duas vias de medidas únicas e intervalo de confiança de 95% (IC95%) da concordância absoluta teste-reteste das escalas psicológicas (n = 26).

Escalas	Teste	Reteste	p-valor	IC95% diferença entre médias	CCI (IC95%)
STABS	29,3 $\pm$ 14,2	26,2 $\pm$ 16,2	0,06	-0,1 – 6,4	0,88 (0,71 – 0,95)
FNE	17,2 $\pm$ 8,0	16,7 $\pm$ 9,7	0,58	-1,4 – 2,4	0,90 (0,77 – 0,96)
PHQ-9	8,5 $\pm$ 7,5	8,1 $\pm$ 6,7	0,70	-2,0 – 2,8	0,75 (0,46 – 0,89)
SSPS	34,0 $\pm$ 8,4	36,8 $\pm$ 8,4	0,03*	-5,3 – -0,3	0,77 (0,46 – 0,91)
LSAS	38,9 $\pm$ 29,8	37,3 $\pm$ 29,7	0,39	-2,2 – 5,3	0,97 (0,91 – 0,99)
LSAS - Performance	19,0 $\pm$ 15,0	18,2 $\pm$ 14,7	0,35	-1,0 – 2,7	0,97 (0,92 – 0,99)
LSAS - Social	19,8 $\pm$ 15,4	19,0 $\pm$ 16,1	0,57	-2,1 – 3,6	0,93 (0,83 – 0,97)

*Nota.* (STABS: Escala de Crenças e Pensamentos Sociais; FNE: Escala de Medo de Avaliações Negativas; PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; SSPS: Escala para Autoavaliação ao Falar em Público; LSAS: Escala de Ansiedade Social de Liebowitz; \*diferença estatisticamente significativa; CCI: Coeficiente de correlação intraclasse; IC: Intervalo de confiança).

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

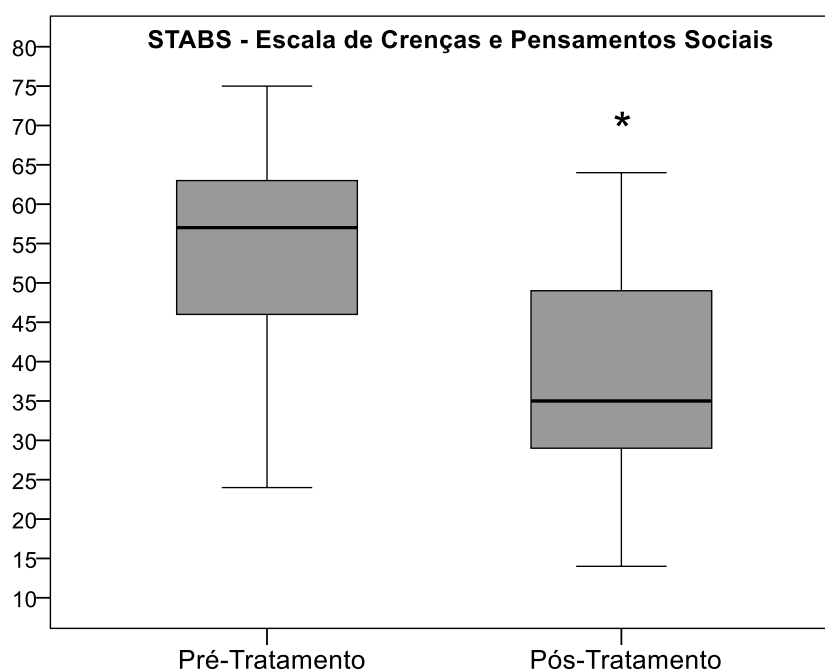
### Efeito do Tratamento Psicológico

O tratamento psicológico realizado promoveu uma redução estatisticamente significativa nas escalas STABS, FNE, LSAS e PHQ-9 e um aumento estatisticamente significativo no SSPS – Tabela 4. Sob o ponto de vista clínico, o efeito do tratamento na redução das escalas negativas e aumento da escala positiva foi grande ( $d > 0,80$ ), exceto no PHQ-9 onde o efeito clínico observado foi pequeno – Tabela 5.

Tabela 5 - Média  $\pm$  desvio-padrão e porcentagens da ansiedade social, autoavaliação de falar em público, sintomas depressivos e medo de avaliação negativa em pacientes antes e após tratamento psicológico (n = 26).

Variável	Pré	Pós	p-valor	TE
STABS – Escore Total	54,6 $\pm$ 13,1	38,0 $\pm$ 13,0	<0,001*	1,27
STABS – CS	29,0 $\pm$ 6,0	20,3 $\pm$ 5,7	<0,001*	1,43
STABS – IS	25,6 $\pm$ 7,7	17,7 $\pm$ 7,9	<0,001*	1,03
FNE	25,5 $\pm$ 4,2	19,5 $\pm$ 8,1	<0,001*	1,42
LSAS				
Ansiedade Performance	38,6 $\pm$ 11,3	29,7 $\pm$ 10,2	<0,001*	0,80
Ansiedade Social	43,7 $\pm$ 10,8	33,2 $\pm$ 10,8	<0,001*	0,97
Ansiedade Total	83,5 $\pm$ 21,5	63,0 $\pm$ 21,3	<0,001*	0,95
PHQ-9	9,2 $\pm$ 6,6	6,8 $\pm$ 5,8	0,01*	0,37
SSPS	23,1 $\pm$ 8,1	31,8 $\pm$ 9,2	<0,001*	1,07

Nota. (FNE – Escala de Medo de Avaliação Negativa; LSAS: Escala de Ansiedade Social de Liebowitz; PHQ-9: Questionário de Saúde do Paciente; SSPS: Escala para autoavaliação ao falar em público; \*diferença estatisticamente significativa; TE: tamanho do efeito avaliado pelo d de Cohen).  
Fonte: Elaborado pela autora (2024).



**Figura 1:** Efeito do protocolo de intervenção psicológica sobre Crenças e Pensamentos Sociais, avaliado pelo STABS. (\*diferença estatisticamente significativa,  $p < 0,05$ ).

### Consistência Interna, Validade Convergente e Validade Divergente

As escalas STABS, FNE, SSPS, PHQ9 e LSAS apresentaram excelente consistência interna, de acordo com o alpha de Cronbach, variando de 0,86 a 0,97 – Tabela 6. A escala STABS apresentou excelente validade convergente com a escala LSAS (coeficientes de correlação variando de 0,75 a 0,81), boa validade convergente com a escala FNE (coeficientes de correlação variando de 0,62 a 0,68), baixa a moderada validade convergente com a escala PHQ-9 (coeficientes de correlação variando de 0,50 a 0,58) e boa validade divergente com a escala SSPS (coeficientes de correlação variando de -0,68 a -0,74).

Tabela 6 - Média  $\pm$  desvio padrão, (consistência interna) e correlações entre as variáveis do estudo (n = 318).

	Média $\pm$ DP	1	2	3	4	5	6	7
1- STABS-Total	33,9 $\pm$ 17,7	(0,95)						
2-STABS – CS	17,3 $\pm$ 9,2	0,95**	(0,91)					
3-STABS – IS	16,6 $\pm$ 9,3	0,96**	0,83**	(0,90)				
4-FNE	18,8 $\pm$ 8,3	0,68**	0,62**	0,68**	(0,93)			
5-SSPS	32,4 $\pm$ 10,7	-0,74**	-0,68**	-0,74**	-0,62**	(0,87)		
6-PHQ-9	8,2 $\pm$ 5,9	0,57**	0,50**	0,58**	-0,44**	-0,50**	(0,86)	
7-LSAS	53,9 $\pm$ 31,8	0,81**	0,79**	0,75**	0,62**	-0,66**	0,54**	(0,97)

*Nota.* (\*\*p<0,001; STABS: Escala de Crenças e Pensamentos Sociais; SSPS: Escala de Autoavaliação de Falar em Público; FNE: Escala de Medo e Avaliação Negativa; PHQ: LSAS: Escala de Ansiedade Social de Liebowitz).

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

## 4 DISCUSSÃO

O presente estudo alcançou seus objetivos ao realizar o processo de tradução e adaptação transcultural de uma escala de crenças características do transtorno de ansiedade social, desenvolvida originalmente por Turner et al. (2003) e investigar as propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento, denominada escala de crenças e pensamentos sociais. Foram utilizadas as diretrizes para o processo de adaptação transcultural de medidas de autorrelato proposto por Beaton et al. (2000) e pelo *International Test Commission* (2017) para gerar a versão final do instrumento. O exame das propriedades psicométricas passou pela análise da estrutura fatorial da escala, sua consistência interna, validades divergente e convergente e, reprodutibilidade teste-reteste. Além disso, foi possível avaliar o efeito do protocolo de intervenção psicológica sobre as crenças e pensamentos sociais, avaliados pela escala. De maneira geral, a escala de crenças e pensamentos sociais mostrou boas propriedades psicométricas para a amostra subclínica e da população geral.

De acordo com o DSM5-RT (APA, 2022) pessoas com TAS podem viver por mais tempo com familiares, demorarem a se casar ou constituir família, além de ser comum a automedicação com substâncias, como por exemplo o álcool. Estes dados são interessantes se comparados com os resultados desta pesquisa. Na amostra deste estudo, o grupo subclínico apresentou proporcionalmente mais participantes solteiros, porém não houve diferenças com relação à moradia entre os grupos da população geral e subclínica, apresentando uma maioria (56%) vivendo com familiares. Além disso, a avaliação do uso de álcool diante uma situação social, trouxe como resultado a maioria dos pacientes subclínicos não fazendo uso de álcool comparados a população geral (61,4% vs. 43,8%, respectivamente;  $p = 0,02$ ). Uma possível explicação para esta controvérsia pode ser a média de idade dos participantes. Mesmo o grupo subclínico sendo mais jovem do que a população geral ( $25,7 \pm 7,6$  anos vs.  $30,2 \pm 10,0$  anos, respectivamente;  $p < 0,001$ ), a média da idade aponta uma amostra relativamente jovem, vivendo uma fase do desenvolvimento, que levando em consideração as características culturais e sociais do Brasil, explicaria tanto o índice de participantes vivendo com familiares, quanto o consumo de álcool.

Um achado interessante e que converge com a literatura foi referente a prevalência do grupo subclínico. Na presente pesquisa, em relação a população geral, o grupo subclínico apresentou proporcionalmente menos mulheres. De acordo com o DSM5-RT (APA, 2022) em geral, as taxas do TAS são mais elevadas nas mulheres que nos homens na população geral, mas em amostras clínicas tendem a ser equivalentes ou superiores para os homens em função de



expectativas sociais e papéis de gênero, intensificando o comportamento de busca por tratamento especializado. Os dados referentes às consequências funcionais do transtorno de ansiedade social também convergiram com a literatura. Na presente pesquisa, quando comparados a população geral, os pacientes subclínicos procuraram ajuda profissional com mais frequência (45,6% vs. 29,8%, respectivamente;  $p = 0,02$ ), tiveram maior prejuízo no trabalho ou tiveram que mudar de emprego (66,7% vs. 27,7%, respectivamente;  $p < 0,001$ ), se sentiram prejudicados nos estudos (86,0% vs. 31,9%, respectivamente;  $p < 0,001$ ) e evitaram ou recusaram convites sociais (98,2% vs. 46,2%, respectivamente;  $p < 0,001$ ). De acordo com o DSM5-RT (APA, 2022) existe uma associação entre o TAS e altas taxas de abandono escolar, diminuição da produtividade no trabalho, correlação negativas com a qualidade dos vínculos afetivos, gerando uma diminuição no bem-estar, status socioeconômico e qualidade de vida.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos subclínico e população geral em relação ao diagnóstico de transtorno mental (38,6% vs. 32,3%, respectivamente;  $p = 0,36$ ) e ao uso de medicamentos para tratar o transtorno de ansiedade social (14,0% vs. 10,0%, respectivamente;  $p = 0,37$ ). Uma possível hipótese para tais achados envolve a demora pela busca de tratamento por pessoas que sofrem com o transtorno de ansiedade social, que podem levar de 15 a 20 anos após o início dos sintomas (APA, 2022), somado à maior conscientização da população sobre saúde mental, refletindo num aumento nas buscas por ajuda profissional (Kantor et al., 2015; Vilela et al., 2021).

Pode-se constatar a partir da análise confirmatória da estrutura fatorial da escala que o modelo de dois fatores encontrados por Turner et al. (2003) numa amostra adulta clínica e replicados por Fergus et al. (2009) numa amostra universitária não clínica se mostrou ajustado no presente estudo. Ou seja, para a versão brasileira da escala, também se aplicam os fatores rotulados como “comparação social” que consiste em crenças de que os outros são mais competentes e capazes socialmente e, de “inaptidão social” referente às crenças de que a própria pessoa agiria de maneira estranha em situações sociais ou pareceria ansioso na frente dos outros (Turner et al., 2003).

Contudo, este achado não é uma unanimidade nos estudos realizados ao longo dos anos. Vagos et al. (2010) ao avaliarem a versão portuguesa da STABS encontraram uma estrutura de dois fatores, mas não correspondentes aos relatados por Turner et al. (2003) e Fergus et al. (2009). Na versão portuguesa, o instrumento apresentou fatores que foram denominados como desconforto na interação social, referente a pensamentos negativos relativos a situações sociais onde o indivíduo está em contato recíproco direto com outras pessoas e, desconforto no

desempenho público, representando os pensamentos negativos referentes a situações sociais em que o desempenho social está sendo observado, avaliado ou comparado com outros. A justificativa dos autores para tal achado repousa nas diferenças culturais, etárias e clínicas entre as amostras, já que a amostra utilizada no estudo português foi de estudantes com idade variando de 15 a 22 anos.

Gros e Sarver (2014) ao pesquisarem as propriedades psicometricas da versão original da STABS encontraram resultados mistos com relação a sua estrutura fatorial. A amostra do estudo foi composta por controles saudáveis ( $n=222$ ) e participantes com transtorno de ansiedade social ( $n=206$ ) e, quando combinadas, a estrutura fatorial de 2 fatores foi apoiada. Entretanto, se analisados separadamente os subgrupos evidenciaram índices de ajuste inadequados para o modelo de 2 fatores. Os autores trazem três possíveis interpretações para isso. Argumentam que estes resultados podem ser em função de o  $n$  das duas amostras separadas ser menor que a amostra total, apesar de contraargumentarem, trazendo sugestões na literatura, de que o tamanho das amostras separados seriam adequado para detectar a adequabilidade do modelo (Brown, 2006; MacCallum et al., 1999). A segunda interpretação é que a homogeneidade das amostras de controles saudáveis e pacientes com TAS pode ter reduzido a variabilidade disponível, resultando em um pior ajuste de alguns itens e; uma terceira interpretação é que os dois fatores, de inaptidão social e comparação social, não seriam independentes.

A última hipótese apresentada de Gros e Sarver (2014) é interessante se comparada com os resultados do presente estudo. Dentre os argumentos que os autores trazem para dar suporte a sua hipótese, de que a STABS poderia ser interpretada como uma escala representando um único constructo para sintomas cognitivos do TAS, está o fato de que os dois fatores demonstraram ter intercorrelações muito fortes ( $r_s > 0,81$ ) (Fergus et al., 2009; Turner et al., 2003), achado que também foi verificado nesta pesquisa, em que a correlação entre os dois fatores latentes foi de  $r = 0,91$  ( $Z = 62,0$ ;  $p < 0,001$ ). A presença de correlações altas entre os fatores, apesar do bom ajuste do modelo, reforça o questionamento, levantado por Gros e Sarver (2014) de pesquisas futuras avaliarem a possibilidade da mudança nas práticas de avaliação para um constructo unidimensional de sintomas cognitivos do transtorno de ansiedade social.

Apesar de, sob o ponto de vista clínico, as diferenças observadas terem sido grandes ( $d > 0,80$ ) entre o grupo subclínico e população geral para o STABS, STABS-CS, STABS-IS, FNE, LSAS no PHQ-9, instrumento de rastreio para sintomas depressivos, esta diferença foi moderada. Uma possível explicação para este resultado é a de que em estudos recentes de prevalência de depressão autoreferida no Brasil, foram encontrados como resultados uma

prevalência no país de 10,2% e no estado de Minas Gerais de 13,7%. Brito e colaboradores (2022) relataram um aumento generalizado nas taxas quando compararam a pesquisa nacional de saúde (PNS) dos anos de 2019 e 2013. De acordo com os autores, as maiores taxas foram verificadas entre pessoas do sexo feminino, brancas, com ensino superior completo e residentes na zona urbana, características sociodemográficas que convergem com a da presente pesquisa.

Em relação ao SSPS, o grupo subclínico apresentou menores escores quando comparado a população geral, sendo que a diferença clínica observada foi grande ( $d > 0,80$ ), ou seja, os participantes da população geral tiveram uma melhor e maior autoavaliação sobre a própria performance ao falar em público em comparação com o grupo subclínico. Este é um achado esperado, se contraposto à literatura, já que existe um consenso de que as cognições características do TAS envolvem um autorreferencial negativo e pensamentos intensos e irracionais sobre si e sua performance (APA, 2022; Miranda, 2023).

A STABS apresentou boa reprodutibilidade teste-reteste e excelente consistência interna, coadunando com os estudos realizados ao longo dos anos (Fergus et al., 2009; Stein et al., 2019; Turner et al., 2003; Vagos et al., 2010). Também apresentou excelente validade convergente com as escalas LSAS e FNE, baixa a moderada validade convergente com a escala PHQ-9 e boa validade divergente com a escala SSPS. É interessante ressaltar que apesar de medirem constructos diferentes, a STABS e PHQ-9 tiveram uma correlação de baixa a moderada. Uma explicação para tal achado é que em alguns casos de transtorno de ansiedade social a depressão se torna uma comorbidade (APA, 2022; Meulen et al., 2021; Stein et al., 2019). A presença de uma boa validade divergente entre a SSPS e a STABS, apesar de medirem constructos de um mesmo transtorno, se deu em função de a lógica de interpretação dos escores da SSPS ser inversa ao da STABS. Ou seja, quanto maior os escores de um participante em uma escala menor será sua pontuação na outra, já que quanto mais positivamente uma pessoa autoavalia sua performance ao falar em público menor são as chances dela se identificar com cognições típicas do transtorno de ansiedade social.

Ao longo dos anos os estudos realizados para acúmulo de evidências psicométricas da STABS concentraram-se em validades discriminante, convergente, consistência interna e estrutura fatorial da escala. Somente um estudo, realizado por Gros e Sarver (2014) se propôs a avaliar a sensibilidade da escala para detecção de mudanças de sintomas mediante a realização de uma intervenção baseada em evidências. Diante deste contexto, o presente estudo destaca-se por, além de acumular evidências para as análises psicométricas consagradas, ter realizado uma intervenção psicológica grupal para verificar a sensibilidade da versão brasileira do

instrumento. Sob o ponto de vista clínico, o efeito do tratamento na redução das escalas negativas e aumento da escala positiva foi grande, exceto no PHQ-9, ou seja, o tratamento psicológico promoveu uma redução estatisticamente significativa nas escalas STABS, FNE, LSAS e PHQ-9 e um aumento estatisticamente significativo no SSPS. Este achado se assemelha aos de Gros e Sarver (2014) que obtiveram diminuições significativas nos sintomas do pré para o pós-teste.

A presente pesquisa teve algumas limitações. Primeiro, não foi possível testar a invariância do modelo de estrutura fatorial, ou seja, não foi possível verificar se o modelo de dois fatores funciona bem tanto para a população geral quanto para os pacientes subclínicos em função do baixo n da amostra subclínica. Segundo, não foi possível atingir o n indicado pelo cálculo amostral para verificar a sensibilidade da escala para mudanças de sintomas diante do tratamento psicológico. Um fator que contribuiu para tal desfecho foi a greve de servidores e professores realizada no primeiro semestre do ano de 2024, tal evento impactou na redução da procura e ausência de disponibilidade dos sujeitos para participarem da intervenção, assim como restringiu o acesso da equipe de pesquisa à estrutura e aparatos disponíveis na UFJF para execução dos grupos. Terceiro, não foi utilizada nenhuma medida/entrevista diagnóstica consagrada como por exemplo o MINI – Mini international neuropsychiatric interview (Amorim, 2000) – ou a SCID-5-RV (First et al., 2017) para rastreio dos sintomas e diagnóstico dos participantes do grupo subclínico. Em pesquisas futuras é indicado a adição de tais medidas para verificar a sensibilidade do instrumento.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo proporcionou o acúmulo de evidências psicométricas dando suporte à validade, confiabilidade e sensibilidade da escala de crenças e pensamentos sociais como uma medida de sintomas cognitivos do transtorno de ansiedade social. Os achados referentes à estrutura fatorial da escala dão suporte ao modelo de dois fatores proposto por Turner et al. (2003), com a presença das subescalas de inaptidão social (IC) e comparação social (CS) apresentando bons índices de ajustamento. As altas correlações entre as subescalas IC e CS contribuíram para discussão levantada em outros estudos sobre a possibilidade da adequação de modelos de um fator apresentado melhor ajustamento à estrutura fatorial da escala. Portanto, há espaço para pesquisas adicionais investigarem a adequação dos modelos de um ou dois fatores.

O diferencial desta pesquisa foi a realização da intervenção grupal em terapia cognitivo comportamental em parceria com o projeto de pesquisa “Grupo de Tímidos” do NEVAS. Foi possível contribuir tanto para o acúmulo de evidências da escala, avaliando a sua sensibilidade na detecção de sintomas cognitivos do TAS quanto para as evidências de efetividade do tratamento psicológico através da redução dos níveis de ansiedade social. Contudo, não foi possível atingir o n amostral proposto para as intervenções grupais, assim, é sugerido que estudos futuros continuem a averiguar a sensibilidade do instrumento, com amostras com um n maior e comparando a intervenção com grupos controle.

Juntos, os resultados desta pesquisa endossam que a escala de crenças e pensamentos sociais é um instrumento confiável e adequado para medir sintomas cognitivos do transtorno de ansiedade social. Espera-se que estes achados além de terem contribuído para o campo científico através do acúmulo de evidências psicométricas de um instrumento que avalia sintomas relevantes de um transtorno psicológico tenha contribuído para que profissionais da área clínica encontrem uma escala facilitadora na execução do seu trabalho, ajudando a pensar intervenções específicas para flexibilização de crenças chave na manutenção da ansiedade social.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – fifth edition text revision DSM-5-TR* (5<sup>th</sup> ed.). American Psychiatric Association Publishing.
- Amorim, P. (2000). Mini international neuropsychiatric interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 22(3), 106-115. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>
- Arbuckle, J. L. (2015). *IBM SPSS Amos 23 user's guide* [Computer software and manual]. IBM.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2022). Critério Brasil. <https://www.abep.org/criterio-brasil>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory II manual*. The Psychological Corporation.
- Beck, J. S. (2022). *Terapia Cognitiva: teoria e prática* (3<sup>a</sup> ed.). Artmed.
- Bentler, P. M., & Bonett D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588-606. <https://doi.org/10.2466/pms.1993.76.3c.1383>
- Book, S. W., & Randall, C. L. (2002). Social anxiety disorder and alcohol use. *Alcohol Research & Health*, 26(2), 130-135.
- Borsa, C. J., & Seize, de M. M. (2018). Construção e adaptação de instrumentos psicológicos: dois caminhos possíveis. Em: Damasio, F. B., Borsa, C. J. (Orgs.) (2018). *Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos*. Vetor editora
- Brito, V. C. A., Bello-Corassa, R., Stopa, S. R., Sardinha, L. M. V., Dahl, C. M., & Viana, M. C. (2022). Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 31(nspe1):e2021384. <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200006.especial>
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and beyond: Comment on the special section. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 551–556. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.551>
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Garrido, L., Irurtia, M. J., & Hoffman, S. G. (2021). *Programa de intervenção multidimensional para ansiedade social (IMAS): Livro do terapeuta*. Sinopsys.

- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Nobre-Sandoval, L., Wagner, M. F., Arias, B., & Lourenço, L. (2017). Validação brasileira do questionário de ansiedade social para adultos (CASO). *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 19(2), 131-150. <https://doi.org/10.5935/1980-6906>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática*. Artmed.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, pp. 69–93. The Guilford Press.
- Conner, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H., & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, 176, 379–386. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155>
- DeSouza, A. D., Moreno, A. L., Gauer, G., Manfro, G. G., & Koller, A. H. (2013). Revisão sistemática de instrumentos de avaliação de ansiedade na população brasileira. *Avaliação Psicológica*, 12(3), 397-410.
- de Oliveira, I. R. (2016). Apresentando o questionário de distorções cognitivas. Em I. R. Oliveira (Ed.), *Terapia Cognitivo Processual: Manual para clínicos*. (pp. 25–33). Artmed.
- Dobson, D., & Dobson, K. S. (2011). Introdução e contexto das intervenções cognitivo-comportamentais. Em: *A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências*. (pp.11-20). Artmed.
- Falcone, E. O. (2001). O processamento cognitivo da ansiedade na ansiedade social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28(6), 309-312.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A-G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., Kim, H.-S., & McGrath, P. B. (2014). The social interaction anxiety scale (SIAS) and the social phobia scale (SPS): A comparison of two short-form versions, *Psychological Assessment*, 26(4), 1281-1291. <https://doi.org/10.1037/a0037313>
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., Kim, H.-S., & Stephenson, K. (2009). The social thoughts and beliefs scale: Psychometric properties and its relation with interpersonal functioning in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy Research*, 33, 425–431. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9214-x>
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S. & Spitzer, R. L. (2017). *Entrevista clínica estruturada para os transtornos do DSM-5 SCID-5-CV versão clínica*. Artmed
- Fisak, B. Jr., & Hammond, A. N. (2013). Are positive beliefs about post-event processing related to social anxiety? *Behaviour Change*, 30(1), 36-47. <https://doi.org/10.1017/bec.2013.4>

- Gadella, M. J. N., da Silva, L. R. M., de Oliveira, A. P., Cavalcante, N. A., de Araújo, V. S., Lopes, R. T., & da Silva, N. G. (2021). Terapia cognitivo-comportamental pela internet para o transtorno de ansiedade social: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 17(2), 96-104. <https://doi.org/10.5935/18085687.20210022>
- Gros, D. F., & Sarver, N. W. (2014). An investigation of the psychometric properties of the social thoughts and beliefs scale (STABS) and structure of cognitive symptoms in participants with social anxiety disorder and healthy controls. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 283–290. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.01.004>
- Gros, D. F., Simms, L. J., Antony, M. M., & McCabe, R. E. (2012) Development and psychometric evaluation of the multidimensional assessment of social anxiety (MASA). *Journal of Clinical Psychology*, 68(4), 432–447. <https://doi.org/10.1002/jclp.21838>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
- Heeren, A., Wong, Q. J. J., Ceschi, G., & Moulds, M. L. (2014). Probing the structural validity of the self-beliefs in social anxiety scale (SBSA): Adaptation and validation in a french-speaking community sample. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 46(4), 506–513. <https://doi.org/10.1037/a0035295>
- Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. (2014). A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds), *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (3<sup>a</sup> ed.) (pp. 705–728). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-394427-6.00024-8>
- Heimberg, R. G., Magee, L., (2016). Transtorno de ansiedade social. Em D. H. Barlow (Org), *Manual Clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo* (pp.114-154). Artmed.
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 193–209. <https://doi.org/10.180/16506070701421313>
- Hofmann, S. G. & DiBartolo, P. M. (2000). An instrument to assess self statements during public speaking: scale development and preliminar psycometric properties. *Behaviour Therapy*, 31, 499-515. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(00\)80027-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(00)80027-1)
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2012), *Terapia cognitivo-comportamental para ansiedade social: Guia do terapeuta*. (2<sup>a</sup> edição). Artmed
- Hu, L., & Bentler P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- International Test Commission. (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Testes* (Second edition). <https://www.intestcom.org/>



- Kantor, E. D., Rehm, C. D., Haas, J. S., Chan, A. T., & Giovannucci, E. L. (2015). Trends in prescription drug use among adults in the United States from 1992-2012. *JAMA*, *314*(17), 1818-1831. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.13766>
- Kaplan, S. C., Morrison, A. S., Goldin, P. R., Olino, T. M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2017). The Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest): Validation in a Sample of Adults with Social Anxiety Disorder. *Cogn Ther Res*, *41*, 576–587. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9838-9>
- Kingston J., Clarke S., & Remington, B. (2010). Experiential avoidance and problem behavior: A mediational analysis. *Behavior Modification*. *34*(2),145–63. <https://doi.org/10.1177/0145445510362575>
- Kline, R. B. (2012). *Principles and practice of structural equation modeling*. The Guildford Press.
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, *15*(2), 155-163. <https://10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the fear of negative evaluation scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *9*, 371–375. <https://doi.org/10.1177/0146167283093007>
- Levinson, C. A., Rodebaugh, T. L., Lim, M. H., & Fernandez, K. C. (2017). The Core Extrusion Schema–Revised: Hiding Oneself Predicts Severity of Social Interaction Anxiety. *Assessment*, *24*(1), 83–94. <https://doi.org/10.1177/1073191115596568>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *Annals of Internal Medicine*, *151*(4), 65-94. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, *22*, 141–173. <https://doi.org/10.1159/000414022>
- Lourenço, L. M., Paiva, A. C. G., Gomes, D. A. G., Mendes, F. A. D., Abranches, I., Brando, J. O. S., & Carpanez, T. G. (2022). *Manual do protocolo de atendimento e intervenção clínica para ansiosos sociais (PRATICAS)*. Editora CRV.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Psychology Foundation of Australia.
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Method*, *4*(84), 84-99. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.1.84>

- Maeda, S., Sato, T., Kanai, Y., Blackie, R. A., & Kocovski, N. L. (2022). Translation and validation of the Japanese version of the trait and state post-event processing inventory. *Japanese Psychological Research*, 64(3), 320–332. <https://doi.org/10.1111/jpr.12322>
- Maeda, S., Shimada, H., Sato, T., Tashiro, K., & Tanaka, Y. (2017). Translation and initial validation of the Japanese version of the self-beliefs related to social anxiety scale. *Psychological Reports*, 120(2) 305–318. <https://doi.org/10.1177/0033294116686037>
- Masia-Warner, C., Storch, E. A., Pincus, D. B., Klein, R. G., Heimberg, R. G., & Liebowitz, M. R. (2003). The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: An Initial Psychometric Investigation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(9), 1076–1084. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000070249.24125.89>
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455–470. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)10031-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)10031-6)
- McEnvoy, P. M., & Kingsep, P. (2006). The post-event processing questionnaire in a clinical sample with social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1689–1697. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.12.005>
- Meulen, W. G., Draisma, S., van Hemert, A. M., Schoevers, R. A., Kupka, R. W., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2021). Depressive and anxiety disorders in concert-A synthesis of findings on comorbidity in the NESDA study. *Journal of Affective Disorders*, 284, 85-97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.004>
- Miranda, M. B. (2023). *Desenvolvimento de uma plataforma online de terapia autoguiada para o Transtorno de Ansiedade Social de Desempenho*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.
- Moscovitch, D. A. (2009). What is the core fear in social phobia? A new model to facilitate individualized case conceptualization and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 123-134. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.04.002>
- National Institute for Health and Care Excellence (2013). Social anxiety disorder: Recognition, assessment and treatment of social anxiety disorder. (Clinical guideline 159. From: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/resources/social-anxiety-disorderrecognition-assessment-and-treatment-pdf-35109639699397>
- Osório, F. L., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2005). Instrumentos de avaliação de ansiedade social. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32(2), 73-83. <https://www.scielo.br/j/rpc/a/BnfgS3RSnLnd9JS47kpGCNx/?format=pdf>
- Osório, F. L., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2009). Escala para autoavaliação ao falar em público (SSPS): adaptação transcultural e consistência interna da versão brasileira. *Rer Psiq Clín.*, 35(6), 207-211. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000600001>
- Osório, F. L., Mendes, A. V., Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2009). Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(3), 216- 227. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x>

- Prodrossimo, F. A., Dias, P. P. J., Iankilevich, L., & de Souza, M. J. (2021). Validação, tradução e adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa clínico-educacionais: uma revisão integrativa. *Revista Espaço para a saúde*, 22e71436, 1-11. <https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2021v22.e736>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Rangé, B. P., Pavan-Cândido, C. C., & Neufeld, C. B. (2017). Breve histórico das terapias em grupo e da TCCG. Em C. Neufeld, B. P. Rangé (Org(s).), *Terapia cognitiva-comportamental em grupos: das evidências à prática*. (pp.17-32). Artmed.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741–756. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00022-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00022-3)
- Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº16/2000, de dezembro de 2000 (2000). Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Brasília. 2000. Recuperado em 26 de novembro de 2016, <<http://www.ensp.fiocruz.br/etica/docs/artigos/Cfp16-00.pdf>>.
- Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012 (2012). Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Recuperado em 26 de novembro de 2016, de <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc.>>.
- Rodriguez, H., Kissell, K., Lucas, L., & Fisak, B. (2017). The Development and evaluation of the psychometric properties of the negative beliefs about post-event processing scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45, 590–599. <https://doi.org/10.1017/S1352465817000340>
- Sasagawa, S., Kanai, Y., Muranaka, Y., Suzuki, S., Shimada, H., & Sakano, Y. (2004). Development of a short fear of negative evaluation scale for japanese using item response theory. *Japanese Journal of Behavior Therapy*, 30, 87–98. [https://doi.org/10.24468/jjbt.30.2\\_87](https://doi.org/10.24468/jjbt.30.2_87)
- Santos, L. F. (2012). *Estudo da validade e fidedignidade da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – versão auto-aplicada*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Horning, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820040034004>
- Silva, A. C. O., & Nardi, A. E. (2009). Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira da Fear of Negative Evaluation Scale (FNE). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3), 159-169. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000300005>
- Soltani, E., Bahrainian, S. A., Arani, A. M., Farhoudian, A., & Gachkar, L. (2016). Psychometric properties of the persian version of the social anxiety-acceptance and action

- questionnaire. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 10(2):e3753.  
<https://doi.org/10.17795/ijpbs.3753.g>
- Stein, I., Asher, M., Erez, S., Shechner, T., Marom, S., Hermesh, H., & Aderka, I. M. (2019). Developing a brief version of the social thoughts and beliefs scale (STABS) using item response theory. *Cognitive Therapy and Research*, 43, 792–801.  
<https://doi.org/10.1007/s10608-019-10000-7>
- Souza, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268-274.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>
- Tang, X., Duan, W., Wang, Y., & Guo, P. (2015). The development of negative self-beliefs inventory (NSBI): cultural adaptation and psychometric validation. *PeerJ*,  
<http://doi.org/10.7717/peerj.1312>
- The jamovi project (2024). *jamovi*. (Version 2.6) [Computer Software]. Retrieved from  
<https://www.jamovi.org>.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Heiser, N. A., Johnson, M. R., & Lydiard, R. B. (2003) The social thoughts and beliefs scale: a new inventory for assessing cognitions in social phobia. *Psychological Assessment*, 15(3), 384-391. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.15030384>
- Vagos, P., Pereira, A., & Beidel, D. (2010). Adaptação e Validação de uma escala de medida de cognição social na ansiedade social. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 393-402.  
[https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712010000300006&script=sci\\_abstract](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712010000300006&script=sci_abstract)
- Vilela, L. S., de Oliveira, S. S. R., Fernandes, L. A., Veloso, R. B., & Santos, G. B. (2021). Perfil de prescrição de medicamentos psicotrópicos: um estudo comparativo sobre a administração de fármacos. *Com. Ciências Saúde*, 32(4), 41-52.  
<https://doi.org/10.51723/ccs.v32i04.947>
- Warnock-Parkes, E., Wild, J., Thew, G. R., Kerr, A., Grey, N., Stott, R., Ehlers, A., & Clark, D. M. (2020). Treating social anxiety disorder remotely with cognitive therapy. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13(30), 1-20.  
<https://doi.org/10.1017/S1754470X2000032X>
- Watson D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448-457. <https://doi.org/10.1037/h0027806>
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo comportamental*. Artmed.
- Wong, Q. J. J. (2015). Psychometric evaluation of the english version of the extended post event processing questionnaire. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 28, 215–225. <https://doi.org/10.1080/10615806.2014.925546>
- Wong, Q. J. J., Certoma, S. P., McLellan, L. F., Halldorsson, B., Reyes, N., Boulton, K., Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2018). Development and validation of a measure of maladaptive social- evaluative beliefs characteristic of social anxiety disorder in youth: The

- report of youth social cognitions (RYSC). *Psychological Assessment*, 30(7), 904–915. <https://doi.org/10.1037/pas0000539>
- Wong, Q. J. J., Gregory, B., Gastona, J. E., Rapee, R. M., Wilson, J. K., & Abbott, M. J. (2017). Development and validation of the core beliefs questionnaire in a sample of individuals with social anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*, 207, 121–127. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.020>
- Wong, Q. J. J., Gregory, B., Norton, A. R., Shikatani, B., Boulton, K. A., Torok, M., Porter, M. A., Peters, L., Abbott, M. J., & Antony, M. M. (2021). Psychometric properties of the self-beliefs related to social anxiety (SBSA) scale in a sample of individuals with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102365>
- Wong, Q. J. J., & Moulds, M. L. (2010). Do socially anxious individuals hold positive metacognitive beliefs about rumination? *Behavior Change*, 27, 69–83. <https://doi.org/10.1375/bech.27.2.69>
- Wong, Q. J. J., & Moulds, M. L. (2011). A new measure of the maladaptive self-beliefs in social anxiety: Psychometric properties in a non-clinical sample. *Journal of Psychopathology Behavioral Assessment*, 33, 273–284. <https://doi.org/10.1007/s10862-010-9208-3>
- Wong, Q. J. J., Moulds, M. L., & Rapee, R. M. (2014). Validation of the self-beliefs related to social anxiety scale: A replication and extension. *Assessment*, 21(3), 300–311. <https://doi.org/10.1177/1073191113485120>
- Wong, Q. J. J., & Rapee, R. M. (2016). The aetiology and maintenance of social anxiety disorder: A synthesis of complimentary theoretical models and formulation of a new integrated model. *Journal of Affective Disorders*, 203, 84–100. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.069>
- World Health Organization. (2021). COVID-19 Infection Prevention and Control Living guideline mask use in Community settings. [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC\\_masks-2021.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC_masks-2021.1)

## APÊNDICE A - Questionário Sociodemográfico

Nome: \_\_\_\_\_

Gênero: ( ) Mulher ( ) Homem ( ) Não-binário ( ) Outro: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

<b>Grupo Étnico</b>	<b>Estado Civil Atual</b>	<b>Com quem vive:</b>
( ) Branco	( ) Solteiro(a)	( ) Sozinho(a)
( ) Preto	( ) Casado(a)	( ) Companheiro (a)
( ) Amarelo	( ) Viúvo (a)	( ) Familiares
( ) Pardo	( ) União Estável	( ) Colegas/amigos (as)
( ) Povos originários	( ) Divorciado (a)	( ) Outros _____
( ) Outro: _____	( ) Outros: _____ _____	

<b>Escolaridade</b>	<b>Religião</b>	
( ) Analfabeto/Fundamental incompleto	( ) Católica	( ) Budismo
( ) Fundamental completo	( ) Evangélica	( ) Islamismo
( ) Ensino médio incompleto	( ) Espírita	( ) Agnóstico
( ) Ensino médio completo	( ) Testemunha de Jeová	( ) Ateu
( ) Curso Técnico	( ) Umbanda	( ) Múltiplas religiões
( ) Superior Incompleto	( ) Candomblé	( ) Outros:
( ) Superior Completo	( ) Judaísmo	
( ) Pós Graduação	( ) Hinduísmo	

<b>Renda Familiar</b>	
<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> Entre R\$3.960,00 e R\$9.240,00
<input type="checkbox"/> Menor do que R\$ 1.320,00	<input type="checkbox"/> Entre R\$9.240,00 e R\$15.840,00
<input type="checkbox"/> Entre R\$1.320,00 e R\$3.960,00	<input type="checkbox"/> Acima de R\$15.840,00

**Profissão:** \_\_\_\_\_

Conhece o transtorno de ansiedade social?  Sim  Não

Para as perguntas a seguir leve em consideração a seguinte explicação: O transtorno de ansiedade social é entendido como o medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. E quando falamos de situações sociais podemos pensar em exemplos como situações de interações sociais (p. ex., manter uma conversa, encontrar pessoas que não são familiares), ser observado (p. ex., comendo ou bebendo) e situações de desempenho diante de outros (p. ex., proferir palestras).”

Já procurou ajuda profissional (psicólogo ou psiquiatra) em função de sintomas relacionados ao transtorno de ansiedade social?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Já se prejudicou no trabalho ou precisou mudar de emprego/área de atuação em função do transtorno de ansiedade social? (exemplos: perdeu promoções no emprego pelo medo/ansiedade de passar por dinâmicas de grupo, já deixou de falar em reuniões pelo medo do julgamento do outro, se sobrecarregou ou aceitou tarefas que não eram de sua responsabilidade pelo medo/ansiedade de falar com figuras de autoridade (chefe)).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
O transtorno de ansiedade social já prejudicou seus estudos? (exemplos: já faltou apresentações de trabalho na faculdade em função da ansiedade e do medo do que as pessoas iam pensar de você, já reprovou em disciplinas em função do medo de apresentar trabalhos, já matou aulas por estar atrasado e sentir ansiedade ao ter que entrar em uma sala de aula já cheia de pessoas).	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Já evitou ou recusou convites para situações sociais (exemplos: ir em um barzinho com colegas da empresa/sala, confraternização da empresa, churrasco da sala, dar uma palestra, apresentar trabalho, falar para um público desconhecido) em função da ansiedade/preocupação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Já foi diagnosticado(a) com algum transtorno mental?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se sim, qual/quais?	<input type="checkbox"/> Transtorno de ansiedade generalizada <input type="checkbox"/> Fobia específica <input type="checkbox"/> Transtorno do pânico <input type="checkbox"/> Ataque de pânico <input type="checkbox"/> Transtorno depressivo maior

	<input type="checkbox"/> Transtorno por uso de substâncias <input type="checkbox"/> Outros
Faz uso de medicamentos para tratar o transtorno de ansiedade social?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Quando você está em uma situação social você faz uso de álcool?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se sim, qual a frequência?	<input type="checkbox"/> mensalmente ou menos <input type="checkbox"/> de 2 a 4 vezes por mês <input type="checkbox"/> de 2 a 3 vezes por semana <input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome? *cerveja: 1 copo (350ml)/1 lata = 1 dose ou 1 garrafa = 2 doses Vinho: 1 copo comum (250ml) = 2 doses ou 1 garrafa = 8 doses Cachaça, vodka, uísque ou conhaque: meio copo americano (60ml) = 1,5 doses ou 1 garrafa = mais de 20 doses Uísque, rum, licor, etc.: 1 dose de dosador (40ml) = 1 dose	<input type="checkbox"/> 0 ou 1 dose* <input type="checkbox"/> 2 ou 3 doses <input type="checkbox"/> 4 ou 5 doses <input type="checkbox"/> 6 ou 7 doses <input type="checkbox"/> 8 ou mais



### ANEXO A - Escala Liebowitz de Fobia Social

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Aplicador: \_\_\_\_\_

	<b>MEDO OU ANSIEDADE</b>	<b>EVITAÇÃO</b>
	0 = Nenhum 1 = Leve 2 = Moderado 3 = Intenso	0 = Nunca 1 = Ocasionalmente 2 = Frequentemente 3 = Geralmente
1. Telefonar em público (P).		
2. Participar de pequenos grupos (P).		
3. Comer em locais públicos (P).		
4. Beber com outros em locais públicos (P).		
5. Falar com pessoas em posição de autoridade (S).		
6. Agir, realizar ou falar em frente a uma audiência (P).		
7. Ir a uma festa (S).		
8. Trabalhar sendo observado (P).		
9. Escrever sendo observado (P).		
10. Chamar alguém que você não conhece muito bem (S).		
11. Falar com pessoas que você não conhece muito bem (S).		
12. Encontrar com estranhos (S).		
13. Urinar em banheiro público (P).		
14. Entrar em uma sala onde outros já estão sentados (P).		

15. Ser o centro das atenções (S).		
16. Falar em uma reunião (P).		
17. Fazer uma prova (P).		
18. Expressar uma discordância ou desaprovação para pessoas que você não conheça bem (S).		
19. Olhar nos olhos de pessoa que você não conheça bem (S).		
20. Relatar algo para um grupo (P).		
21. Tentar paquerar alguém (P).		
22. Devolver mercadorias para uma loja (S).		
23. Dar uma festa (S)		
24. Resistir as pressões de um vendedor (S).		
<b>ESCORE TOTAL.</b>		
<b>ANSIEDADE DE PERFORMANCE (P).</b>		
<b>ANSIEDADE SOCIAL (S).</b>		

### ANEXO B - Escala de Medo de Avaliação Negativa

**Para as seguintes afirmativas, por favor, responda se são verdadeiras ou falsas para você. Circule V para verdadeiro e F para falso.**

- |  |    |
|--|----|
| 1. Raramente me preocupo em parecer tolo aos outros.   | VF |
| 2. Preocupo-me com o que as pessoas pensarão de mim mesmo quando sei que isso não faz nenhuma diferença. | VF |
| 3. Eu me torno tenso e inquieto quando sei que alguém está me avaliando.                                 | VF |
| 4. Eu fico despreocupado mesmo se eu sei que as pessoas estão formando uma impressão ruim de mim.        | VF |
| 5. Eu me sinto muito chateado quando cometo algum vexame em público.                                     | VF |
| 6. As opiniões que pessoas importantes têm de mim me causam pouca preocupação.                           | VF |
| 7. Frequentemente tenho medo de que possa parecer ridículo ou fazer papel de bobo.                       | VF |
| 8. Reajo muito pouco quando outras pessoas me desaprovam.  | VF |
| 9. Frequentemente tenho medo de que outras pessoas percebam meus defeitos.                               | VF |
| 10. A desaprovação dos outros teria pouco efeito em mim.   | VF |
| 11. Se alguém está me avaliando, tendo a esperar o pior.   | VF |
| 12. Raramente me preocupo com o tipo de impressão que estou causando em alguém.                          | VF |
| 13. Temo que outros não me aprovarão.  | VF |
| 14. Temo que as pessoas encontrarão defeitos em mim.   | VF |
| 15. As opiniões dos outros a meu respeito não me incomodam.  | VF |
| 16. Não fico necessariamente chateado se não agrado a alguém.  | VF |
| 17. Quando estou conversando com alguém, me preocupo com o que possam estar pensando sobre mim.          | VF |
| 18. Sinto que às vezes não posso evitar cometer vexame em público, então, por quê me preocupar com isso. | VF |
| 19. Fico frequentemente preocupado com o tipo de impressão que passo.                                    | VF |
| 20. Preocupo-me muito com o que os meus superiores pensam de mim.  | VF |
| 21. Se eu sei que alguém está me julgando, isso tem pouco efeito em mim.                                 | VF |
| 22. Eu me preocupo que os outros pensem que eu não tenho valor.  | VF |
| 23. Eu me preocupo muito pouco com o que os outros possam pensar de mim.                                 | VF |
| 24. Às vezes, acho que estou muito preocupado com o que os outros possam pensar de mim.                  | VF |
| 25. Frequentemente me preocupo se direi ou farei coisas erradas.   | VF |
| 26. Frequentemente sou indiferente às opiniões que os outros têm de mim.                                 | VF |
| 27. Frequentemente fico confiante que os outros terão uma boa impressão de mim.                          | VF |
| 28. Eu frequentemente me preocupo que as pessoas que me são importantes não pensarão muito em mim.       | VF |
| 29. Penso continuamente sobre as opiniões que meus amigos têm de mim.                                    | VF |
| 30. Eu me torno tenso e inquieto se sei que estou sendo julgado por meus superiores.                     | VF |

### ANEXO C - Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS)

Tradução e adaptação para o português: Crippa JAS, Osório F, Graeff FG, Zuardi AW, Pinho M, Busatto GF, Chaves M, Loureiro SR (2004)

Por favor, imagine as coisas que você costuma pensar sobre si mesmo, quando se encontra em alguma situação em que tenha que falar em público. Tendo em mente essas situações, até que ponto você concorda com as afirmações a seguir? Por favor, dê uma nota de 0 (se você discorda totalmente) a 5 (se você concorda inteiramente com a afirmação)

1. O que tenho a perder? Vale a pena tentar	0	1	23	45
2. Sou um fracasso	0	1	23	45
3. Esta é uma situação difícil, mas posso dar conta dela	0	1	23	45
4. Um fracasso nesta situação seria mais uma prova de minha incompetência	0	1	23	45
5. Mesmo que não dê certo, não é o fim do mundo	0	1	23	45
6. Posso dar conta de tudo	0	1	23	45
7. Qualquer coisa que eu disser vai parecer bobagem	0	1	23	45
8. Acho que vou me dar mal de qualquer jeito	0	1	23	45
9. Em vez de me preocupar, poderia me concentrar no que quero dizer	0	1	23	45
10. Eu me sinto desajeitado e tolo, certamente eles vão notar	0	1	23	45

*Copyright Stefan G. Hofmann.*

### ANEXO D - Escala de Crenças e Pensamentos Sociais

ID: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Essa é uma lista de pensamentos comuns e crenças. Usando a escala abaixo, avalie o quanto cada uma dessas afirmações representa seus pensamentos quando você está em uma situação social ou quando você pensa antecipadamente sobre uma situação social.

Nunca	Raramente	Às Vezes	Muitas vezes	Sempre
1	2	3	4	5

1. Quando estou em uma situação social, eu pareço desajeitado(a) para as outras pessoas.	1	2	3	4	5
2. Se eu estou com um grupo de pessoas e eu tenho uma opinião, é possível que eu sinta medo e não diga o que eu penso.	1	2	3	4	5
3. Eu sinto como se as outras pessoas parecessem ser mais inteligentes do que eu.	1	2	3	4	5
4. Quando eu estou com outras pessoas, não sou bom(a) em me defender.	1	2	3	4	5
5. Eu sou um(a) covarde quando se trata de interagir com outras pessoas.	1	2	3	4	5
6. Eu me sinto pouco atraente quando estou com outras pessoas	1	2	3	4	5
7. Eu jamais seria capaz de fazer um discurso em público.	1	2	3	4	5
8. As outras pessoas se sentem mais à vontade em situações sociais do que eu.	1	2	3	4	5
9. As outras pessoas são, socialmente, mais capazes do que eu.	1	2	3	4	5
10. Não importa o que eu faça, eu sempre ficarei desconfortável em situações sociais.	1	2	3	4	5
11. É muito provável que me faltem palavras quando eu estiver falando em uma situação social.	1	2	3	4	5
12. Não sou bom(a) em jogar conversa fora.	1	2	3	4	5
13. As outras pessoas ficam entediadas quando estão perto de mim.	1	2	3	4	5
14. Quando eu falo em um grupo, as outras pessoas vão pensar que o que estou dizendo é estúpido.	1	2	3	4	5
15. Se eu estou perto de alguém em quem estou interessado(a), é muito provável que eu entre em pânico ou que eu faça algo que me envergonhe.	1	2	3	4	5
16. Eu não sei como me comportar quando estou na companhia de outras pessoas.	1	2	3	4	5

17. Se alguma coisa desse errado em uma situação social, eu não seria capaz de administrá-la.	1	2	3	4	5
18. Quando eu estou com outras pessoas, elas normalmente não me acham muito esperto(a).	1	2	3	4	5
19. Quando as outras pessoas riem, parece que elas estão rindo de mim.	1	2	3	4	5
20. As pessoas conseguem ver facilmente quando estou ansioso(a).	1	2	3	4	5
21. Se houver uma pausa durante uma conversa, eu sinto como se eu tivesse feito alguma coisa errada.	1	2	3	4	5

## ANEXO E - Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

**1**  
**DURANTE AS ÚLTIMAS 2 SEMANAS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ FOI INCOMODADO/A POR QUALQUER UM DOS PROBLEMAS ABAIXO?**

**1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas**

- Nenhuma vez
- Vários dias
- Mais da metade dos dias
- Quase todos os dias

**2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva**

- Nenhuma vez
- Vários dias
- Mais da metade dos dias
- Quase todos os dias

**3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume**

- Nenhuma vez
- Vários dias
- Mais da metade dos dias
- Quase todos os dias

**4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia**

- Nenhuma vez
- Vários dias
- Mais da metade dos dias
- Quase todos os dias

**5. Falta de apetite ou comendo demais**

- Nenhuma vez
- Vários dias
- Mais da metade dos dias
- Quase todos os dias

**6. Se sentir mal consigo mesmo/a ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a**

- Nenhuma vez
- Vários dias
- Mais da metade dos dias
- Quase todos os dias

**7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão**

- Nenhuma vez
- Vários dias
- Mais da metade dos dias
- Quase todos os dias

**8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume**

- Nenhuma vez
- Vários dias
- Mais da metade dos dias
- Quase todos os dias

**9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a**

- Nenhuma vez
- Vários dias
- Mais da metade dos dias
- Quase todos os dias