

**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Escola Nacional de Saúde Pública**

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO PARA O PORTUGUÊS E ESTUDO DA  
QUALIDADE DE UMA ESCALA PARA A IDENTIFICAÇÃO DA  
FOBIA SOCIAL EM UMA POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES.**

Tese apresentada com vistas à obtenção do Título de Mestre em Ciências na área de  
Saúde Pública.

**Liliane Maria Pereira Vilete**

**Orientador:** Prof. Dr. Evandro da Silva Freire Coutinho (ENSP/FIOCRUZ)

**Segundo Orientador:** Prof. Dr. Ivan Luiz de Vasconcellos Figueira (IPUB/UFRJ)

**Mai 2002**

Para a minha família.

*Para ter mais certeza tenho que me saber de imperfeições.*

Manoel de Barros

## AGRADECIMENTOS

Ao querido Evandro Coutinho, por sua disponibilidade, competência, bondade e pelo privilégio de tê-lo como orientador.

Ao meu co-orientador, Ivan Figueira, por ter despertado em mim o interesse pelo tema e por seu constante apoio.

Às diretoras das Escolas Municipais João Barbalho e Padre Manoel - Prof<sup>a</sup>. Janete e Prof<sup>a</sup>. Maria Célia - pela gentileza com que me acolheram para a realização do trabalho de campo. Aos professores, pela ajuda e compreensão quando interferia no cotidiano das aulas. Aos alunos, pelo interesse em participar da pesquisa, pelo tempo que dispuseram para isso e pela simpatia com que fui recebida.

À querida equipe do Leito Diagnóstico do Instituto Phillippe Pinel: Cristina Frederico, Sílvia Pereira, Rose, Ana Maria, residentes, Dra. Márcia, Dr. Francisco Caminha, secretária Márcia, auxiliares de enfermagem e, em especial, à coordenadora Dra. Sílvia Disitzer, por terem permitido minha maior dedicação à tese nesse período final e pela satisfação de podermos, juntos, diariamente, melhorar a assistência aos nossos pacientes.

Aos amigos do CAPS Simão Bacamarte; do Porta de Entrada - RZL/Saúde Mental; do Serviço de Recepção Integrada do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e do Serviço Médico do Tribunal Regional Eleitoral (SAMES-TRE), pelo incentivo e pela compreensão de me terem tido dividida durante a realização deste projeto.

Aos professores do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos da Escola Nacional de Saúde Pública, em especial à Prof. Rosalina Koifman, por terem me proporcionado um aprendizado de qualidade.

Aos meus professores de sempre: Maria Tavares Cavalcanti, Manoel Olavo Teixeira, Marco Antônio Brasil, Sérgio Zaidhaft, Sérgio Leucowitz e Sílvia Jardim: a quem devo o que sei em Psiquiatria e a percepção do que não sei.

Às professoras Dora Chór e Cláudia Lopes, pelas sugestões na qualificação do projeto de tese.

A Dra. Maria Antonia Serra do Ambulatório de Infância e Adolescência do IPUB-UFRJ pela disponibilidade em receber os alunos encaminhados para tratamento.

Aos alunos e professores da Escola Politécnica Joaquim Venâncio e aos pacientes e equipe do COIJ-IPP pela participação e auxílio na realização do pré-teste.

A todos meus colegas de turma que tornaram mais divertido esse percurso nessa pós-graduação. Ao querido Abrantes, sempre pronto a dividir conosco seus conhecimentos e a nos ajudar.

Aos amigos Norton Fernandes e Orlando Cirne Jr. - pela disponibilidade em me ajudar a solucionar problemas com o computador - e à Marcela Siqueira - pela paciência em aguardar algumas dessas soluções.

À minha mãe pelo exemplo admirável e pelo total apoio.

Ao meu pai que conhece bem “as grandezas do ínfimo” e está sempre atento às estrelas e às formigas, ensinando-nos a falar macio para não "espantar as rolinhas"...

Ao Sidney pela paciência em aguardar minha diária compreensão do que é importante na vida e pelo amor que me faz sentir.

À Sandra Muniz por me ajudar a não me levar tão a sério.

À querida Luciana Duque por sua fiel amizade e pelo permanente incentivo.

À minha avó, Lili. Sempre comigo.

**RESUMO:**

**Introdução:** Fobia social é definida como ansiedade extrema às situações sociais, que leva, em muitos casos, à sua esquivas, interferindo no funcionamento social, acadêmico e ocupacional do indivíduo. Vem sendo associada a pior qualidade de vida, abuso de substâncias, depressão e outros transtornos mentais. Frequentemente, tem início na adolescência e curso crônico. Até o momento, não há nenhum instrumento de autopreenchimento para a identificação desse transtorno mental que tenha sido validado para a população brasileira. **Objetivo:** Traduzir, adaptar para o português e estudar a qualidade do *Social Phobia Inventory (SPIN)* para a identificação de casos suspeitos de fobia social entre escolares adolescentes do município do Rio de Janeiro. **Metodologia:** 1) Versão do *SPIN* para o português. 2) Retrotradução. 3) Versão de consenso e realização de pré-teste. 4) Aplicação do questionário a 398 adolescentes de duas escolas do município do Rio de Janeiro. 5) Reteste com 190 alunos para estudo de confiabilidade, com estimativa do coeficiente de correlação intraclasse e kappa ponderado, e análise de modelos log-lineares. 6) Validade de critério com aplicação do CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) – “padrão-ouro” - em uma amostra de 100 alunos. **Resultados:** A versão demonstrou boa consistência interna (alpha de Cronbach=0,88); boa confiabilidade da pontuação total do instrumento, com coeficiente de correlação intraclasse igual a 0,78 e sem diferença estatisticamente significativa na estratificação pela maioria das variáveis. A confiabilidade das perguntas isoladas não foi tão boa (kappa ponderado variando de 0,32 a 0,65). Foram encontradas sensibilidade de 0,75 e especificidade de 0,57, para um ponto de corte no escore 19/20. **Conclusão:** A versão em português do *SPIN* exibiu propriedades psicométricas aceitáveis, com resultados de confiabilidade semelhantes aos obtidos na avaliação da versão original em inglês. Quanto a validade, observou-se uma menor especificidade. Palavras chave: fobia social, diagnóstico, escala, validade, confiabilidade.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Social Phobia is defined as extreme anxiety towards social situations, leading in many cases to consequences on social, academic and occupational functioning of the individual. It has been associated to a worse quality of life, substance abuse, depression and other mental disorders. It often has a chronic development with onset during adolescence. There is yet no self-reported instrument, validated for the Brazilian population, for the identification of this disorder. **Objective:** To translate and adapt to Portuguese the Social Phobia Inventory (SPIN), and to study its quality for the detection of suspected case of social phobia among teenager students in the city of Rio de Janeiro. **Methodology:** 1) Portuguese version of SPIN; 2) Back-translation; 3) Consensual version and pre-testing; 4) Application of questionnaire to 398 students in two schools in the city of Rio de Janeiro; 5) Retest with 190 students for reliability study with log-linear model analysis, estimates for intraclass correlation coefficient and weighted kappa; 6) Criterion validity against Composite International Diagnostic Interview (CIDI) - "gold-standard" - in a sample of 100 students. **Results:** The Portuguese version showed good internal consistency (Cronbach's  $\alpha=0,88$ ); good reliability for total score, with a intraclass correlation coefficient of 0,78 and no statistically significant difference in stratification for most variables. Reliability for single items was not very good (weighted kappa between 0,32 and 0,65). Sensitivity of 0,75 and specificity of 0,57 were found for a cut-off point of 19/20. **Conclusion:** the Portuguese version of SPIN showed acceptable psychometric properties, and reliability results were similar to those obtained in the original English version. Validity evaluation showed a lower specificity.

**Keywords:** social phobia, diagnosis, scale, validity, reliability.

Catálogo na fonte  
Centro de Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

- V699t Vilete, Liliane Maria Pereira  
Tradução, adaptação para o português e estudo da  
qualidade de uma escala para a identificação da fobia social em  
uma população de adolescentes /Liliane Maria Pereira Vilete.  
Rio de Janeiro: s.n., 2002.  
60pp.  
Dissertação de Mestrado apresentada a Escola Nacional de  
Saúde Pública
1. Transtornos Fóbicos - diagnóstico 2. Escalas  
3. Validade 4. Reprodutibilidade de Resultados

CDD - 20.ed.

## SUMÁRIO

Dedicatória.....	ii
Epígrafe.....	iii
Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	vi
<i>Abstract</i> .....	vii
Ficha catalográfica.....	viii
Sumário.....	ix
Lista de quadros, tabelas e figuras.....	xi
Lista de Abreviaturas.....	xii

## CAPÍTULOS

### 1. INTRODUÇÃO

1.1. Diagnóstico de fobia social.....	1
1.2. Prevalência da fobia social e associação com variáveis sócio-demográficas.....	5
1.3. O comprometimento funcional na fobia social.....	11
1.4. Fobia social na infância e adolescência.....	13
1.5. Avaliação da qualidade de um instrumento.....	16
1.6. Instrumentos para o diagnóstico de fobia social.....	17

### 2. JUSTIFICATIVA.....20

### 3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral.....	21
3.2. Objetivos específicos.....	21

### 4. METODOLOGIA

4.1. Equivalência semântica.....	22
4.2. População do estudo.....	22
4.3. Confiabilidade.....	23
4.4. Validade.....	23
4.5. Análise dos dados.....	25
4.5.1. Confiabilidade do escore do questionário.....	25
4.5.2. Confiabilidade das perguntas do questionário.....	25

4.5.3. Validade de critério.....	28
<b>5. QUESTÕES ÉTICAS.....</b>	<b>29</b>
<b>6. RESULTADOS</b>	
6.1. Confiabilidade.....	30
6.1.1. Descrição da população do estudo.....	30
6.1.2. Consistência interna.....	32
6.1.3. Confiabilidade da pontuação total do questionário.....	32
A. Método Bland & Altman.....	32
B. Coeficiente de Correlação Intraclasse.....	33
6.1.4. Confiabilidade das perguntas do questionário.....	35
6.2. Validade.....	39
6.2.1 – Descrição da população do estudo.....	39
6.2.2 - Validade de critério.....	40
<b>7. DISCUSSÃO.....</b>	<b>42</b>
<b>8. CONCLUSÃO.....</b>	<b>46</b>
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>47</b>
<b>10. ANEXOS.....</b>	<b>53</b>
Anexo A – <i>Social Phobia Inventory (SPIN)</i> , versão original em Inglês.....	54
Anexo B - <i>Social Phobia Inventory (SPIN)</i> , versão final em Português.....	55
Anexo C – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	57
Anexo D - Tabela i. Confiabilidade teste-reteste. Valores de kappa ponderado para cada item do questionário <i>SPIN</i> , estratificado pelas variáveis escola e grupo etário.....	58
Anexo E – Tabela ii. Confiabilidade teste-reteste. Valores de kappa ponderado para cada item do questionário <i>SPIN</i> , estratificado pela variável escolaridade.....	59
Anexo F – Tabela iii. Confiabilidade teste-reteste. Valores de kappa ponderado para cada item do questionário <i>SPIN</i> , estratificado pela variável repetência e valor de kappa total (não-ponderado).....	60

## LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

### 1. Quadros

1. Critérios Diagnósticos para Fobia Social - DSM IV.....	3
2. Critérios Diagnósticos para Fobia Social - CID-10.....	4

## 2. Tabelas

1. Prevalências de Fobia Social nos diferentes estudos.....	6
2. Sensibilidade, especificidade, valores preditivos do <i>SPIN</i> (versão original).....	19
3. Descrição da População do Estudo de Confiabilidade.....	31
4. Escores obtidos na 1ª e 2ª aplicação do <i>SPIN</i> .....	31
5. Confiabilidade teste-reteste. Coeficientes de Correlação Intraclasse (CCIC).....	34
6. Coeficientes de Correlação Intraclasse (CCIC) das duas escolas, estratificados pelas demais variáveis.....	34
7. Confiabilidade teste-reteste. Valores de kappa ponderado para cada item do questionário <i>SPIN</i> e estratificado pela variável sexo.....	36
8. Modelos Log-lineares. Valores da Razão de Verossimilhança ( $G^2$ ) e graus de liberdade ( $df$ ) para cada um dos 17 itens do questionário <i>SPIN</i> .....	38
9. Validade de Critério. Sensibilidade, Especificidade e Valores Preditivos - positivo e negativo- do <i>SPIN</i> para diferentes pontos de corte.....	41

## 3. Figuras

Fluxograma 1.....	24
Figura A. Gráfico de Bland & Altman para os escores do teste e reteste (sexo feminino).....	32
Figura B. Gráfico de Bland & Altman para os escores do teste e reteste (sexo masculino).....	32

## LISTA DE ABREVIATURAS

- DSM – Diagnostic and Statistical Manual  
CID – Classificação Internacional das Doenças  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
IMAO – Inibidores da monoaminoxidase (antidepressivos)  
APA – Associação Psiquiátrica Americana  
ECA – *Epidemiology Catchment Area*  
NCS – *National Comorbidity Survey*  
RDC – *Research Diagnostic Criteria*  
DIS – *Diagnostic Interview Schedule*  
CIDI – *Composite International Diagnostic Interview*  
SPSQ – *Social Phobia Screening Questionary*  
SPAI – *Social Phobia Anxiety Inventory*  
SPAI-C – *Social Phobia Anxiety Inventory for Children*  
SPIN - *Social Phobia Inventory*  
SCID – *Structured Clinical Interview for DSM*  
CCIC – Coeficiente de Correlação Intraclasse

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Diagnóstico de fobia social

Os sintomas de ansiedade são há muito tempo conhecidos, embora, no passado, fossem relatados em diferentes contextos sociais e médicos. Antes de 1860, a descrição destes sintomas poderia ser encontrada em setores tão diversos quanto na medicina cardiovascular, gastroenterológica e neurológica. A noção de que estes sintomas podiam ser, todos, a manifestação de um construto unitário chamado de "ansiedade" é recente e era estranha à Psiquiatria pré-Freudiana. No início do século XIX, esses sintomas estavam incluídos em várias categorias médicas como epilepsia, melancolia e neuroses motoras. Somente a partir de meados do século XIX, o termo ansiedade passou a ser utilizado nos escritos médicos para descrever "um estado mental que fazia parte da extensão das experiências humanas normais, mas era capaz de causar ou levar à doença, incluindo a insanidade" (Berrios, 1996).

Qualquer pessoa pode experimentar ansiedade ou temer determinada situação social. Em alguns, porém, estes temores são tão graves que são denominados de "fobia". A atual impressão de que a fobia social foi apenas reconhecida e definida em 1966 não é correta historicamente. Dois livros do início do século XX aproximaram-se do tema: *Timidité* - de L. Dugas e *Les Timides e la Timidité* - de Paul Harternberg. Este último definiu timidez como uma "combinação de medo, vergonha e embaraço sentida em situações sociais e que afetam a competência psicossocial através de ataques de medo"(Berrios, 1996), o que se assemelha muito aos quadros de fobia social descritos atualmente. A relação entre a fobia social e a timidez tem sido comparada àquela entre depressão clínica e a tristeza não-patológica. O limiar para diagnosticar a fobia social como um transtorno clínico apoia-se no grau com que o medo interfere na vida cotidiana e na extensão na qual o indivíduo é incomodado por esses sintomas (Lipsitz & Schneier, 2000).

Em 1966, Isaac Mark propôs que a fobia social fosse considerada distinta das demais fobias – agorafobia (medo de locais abertos e multidões) e fobia específica -, mas esta denominação somente foi incorporada na nomenclatura oficial na terceira edição da classificação psiquiátrica *DSM (Diagnostic and Statistical Manual)*, em 1980. Entretanto,

em 1985, ainda era considerada um "transtorno de ansiedade negligenciado" e pouco era conhecido acerca de sua prevalência e características clínicas, em parte devido ao baixo número de indivíduos portadores deste transtorno que procuravam tratamento. Nesta terceira edição do *DSM*, ainda se considerava que estes indivíduos apresentariam ansiedade em apenas uma ou duas situações sociais relacionadas a algum desempenho, tais como falar, escrever, comer, ou beber em público. Aqueles indivíduos com um número maior de sintomas eram classificados como tendo transtorno de personalidade de evitação ou esquiva, o que excluía o diagnóstico de fobia social. A partir de meados da década de oitenta, entretanto, com a observação de que tais pacientes respondiam à terapêutica com antidepressivos inibidores irreversíveis da monoaminoxidase (IMAO), foi sugerido que eles deveriam ser considerados como portadores de fobia social generalizada (isto é, de um transtorno de ansiedade) ao invés de um transtorno de personalidade (Barlow & Liebowitz, 1995).

A partir da terceira edição revisada do *DSM*, de 1987, foi incluído o subtipo generalizado de fobia social, diferenciando-o do subtipo de desempenho (*performance*) apenas quantitativamente, pelo número de sintomas apresentados. O *DSM-IV*, de 1994, manteve esta definição e incluiu o transtorno de evitação da infância nesta categoria (vide quadro 1).

A décima revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 – da Organização Mundial de Saúde, de 1992 (vide quadro 2), especifica o diagnóstico de Fobia Social (F40.1) dentro dos quadros fóbico-ansiosos, no capítulo de *transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes* (OMS, 1997).

Estas duas classificações diferem em alguns aspectos. A CID-10 - por exigir a presença de pelo menos um dos sintomas físicos seguintes: tremor, rubor, medo de vomitar, urgência ou medo de urinar ou defecar – restringe o diagnóstico por excluir aqueles indivíduos cuja ansiedade se manifesta através de outros sintomas autonômicos, tais como taquicardia ou sudorese excessiva. Por outro lado, não possui um critério temporal, como o *DSM-IV*, que exige a persistência dos sintomas por mais de seis meses em indivíduos menores de 18 anos. Pode, assim, classificar como fóbicos sociais, aqueles com sintomas apenas transitórios, que talvez não justificassem sua classificação.

**Quadro 1.****Critérios Diagnósticos para Fobia Social - DSM IV**

A. Medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, onde o indivíduo é exposto a pessoas estranhas ou ao possível escrutínio por outras pessoas. O indivíduo teme agir de um modo (ou demonstrar sintomas de ansiedade) que lhe seja humilhante e embaraçoso. **Nota:** Em crianças, deve haver evidências da capacidade de relacionamentos sociais adequados à idade com pessoas que lhes são familiares, e a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvem seus pares, não apenas em interações com adultos.

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

C. A pessoa reconhece que o medo é excessivo ou irracional. Nota: em crianças, esta característica pode estar ausente.

D. As situações sociais e de desempenho temidas são evitadas ou suportadas com intensa ansiedade ou sofrimento.

E. A esquiva, antecipação ansiosa ou o sofrimento na situação social ou de desempenho temida interferem significativamente na rotina, no funcionamento ocupacional (acadêmico), nas atividades sociais ou relacionamentos do indivíduo, ou existe sofrimento acentuado por ter a fobia.

F. Em indivíduos com menos de 18 anos, a duração é de, no mínimo, 6 meses.

G. O temor ou esquiva não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p.ex. droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral, nem é melhor explicado por outro transtorno mental (p.ex. Transtorno de Pânico com ou sem agorafobia, transtorno de ansiedade de separação, transtorno dismórfico corporal, transtorno invasivo do desenvolvimento ou transtorno da personalidade esquizóide).

H. Em presença de uma condição médica geral ou outro transtorno mental, o medo do critério A não tem relação com estes: por ex., o medo não diz respeito a tartamudez, tremor na Doença de Parkinson ou apresentação de um comportamento alimentar anormal na Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa.

*Especificar se:*

Generalizada; se os temores incluem a maioria das situações sociais (considerar também o diagnóstico adicional de Transtorno da Personalidade Esquiva).

Extraído do DSM IV - Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Dayse Batista - 4 ed. Porto Alegre, Artes médicas, 1995(APA, 1995)

**Quadro 2.****Critérios Diagnósticos para Fobia Social - CID-10:**

Medo de ser observado por outras pessoas, levando à evitação de situações sociais. Fobias sociais mais invasivas estão usualmente associadas a baixa auto-estima e medo de críticas. Elas podem se apresentar como uma queixa de rubor, tremores das mãos, náuseas ou urgência miccional e o paciente está, às vezes, convencido de que uma destas manifestações secundárias de sua ansiedade é o problema primário. Os sintomas podem progredir para ataque de pânico.

*Inclui:* Antropofobia

Neurose social

A. Qualquer um dos seguintes sintomas deve estar presente:

(1) medo marcante de ser o foco de atenção ou medo de comportar-se de tal forma que seja embaraçosa ou humilhante.

(2) evitação marcante de ser o foco de atenção, ou de situações nas quais haja medo de comportar-se de forma embaraçosa ou humilhante. Esses medos são manifestados em situações sociais, tais como comer ou falar em público, encontrar pessoas conhecidas em público, entrar ou permanecer em situações de pequenos grupos (p.ex., festas, reuniões, salas de aula)

B. Pelo menos dois sintomas de ansiedade na situação temida, como definido em F40.0, critério B\*, devem ter se manifestado em algum tempo desde o início do transtorno, junto com pelo menos um dos seguintes sintomas:

(1) rubor ou tremor

(2) medo de vomitar

(3) urgência ou medo de urinar ou defecar

C. Angústia significativa é causada pelos sintomas ou pela evitação e o indivíduo reconhece que esses são excessivos ou irracionais.

D. Os sintomas são restritos ou predominam nas situações temidas ou na contemplação das mesmas.

E. *Cláusula de exclusão mais comumente usada.* Os sintomas listados nos critérios A e B não são o resultado de delírios, alucinações ou outros transtornos, como transtornos mentais orgânicos, esquizofrenia e transtornos relacionados, transtornos do humor (afetivos) ou transtorno obsessivo-compulsivo e não são secundários a crenças culturais.

\* Pelo menos dois sintomas de ansiedade desde o início, e deve haver um dos sintomas dos itens (1)–(4) listados: Sintomas de excitação autonômica: (1) palpitações; (2) sudorese; (3) tremor ou estremeamento; (4) boca seca (não decorrente de medicação ou desidratação); sintomas envolvendo o tórax e abdome: (5) dificuldade de respirar; (6) sensação de sufocação; (7) dor ou desconforto torácico; (8) náusea ou desconforto abdominal; sintomas envolvendo o estado mental: (9) sentimentos de atordoação, desequilíbrio, desfalecimento ou estonteamento; (10) desrealização ou despersonalização; (11) medo de perder o controle, enlouquecer ou desmaiar; (12) medo de morrer.

- Modificado da *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 – Referência rápida*, Compilação e Organização J.E. Cooper, Ed. Artes Médicas(OMS, 1997).

Alguns estudos foram realizados para investigar a validade destes diagnósticos e de seus subtipos. Herbert *et al* (1992), com o intuito de estudarem a validade da distinção entre fobia social generalizada e transtorno de personalidade de evitação, selecionaram 49 indivíduos que se consideravam extremamente tímidos e com ansiedade social (excluindo aqueles com fobia social discreta). Através de entrevistas diagnósticas estruturadas, 23 preenchiam critérios diagnósticos para fobia social generalizada e, destes, 61% também os preenchiam para transtorno de personalidade de evitação. A confiabilidade interobservador foi determinada para metade da amostra, com concordância de 100% para o diagnóstico do transtorno de personalidade e 92% para o subtipo generalizado de fobia social. Devido à grande similaridade e sobreposição dos transtornos, os autores questionam a validade destes diagnósticos redundantes e sugerem que estes podem refletir diferentes níveis de gravidade de um mesmo fenômeno (Herbert, *et al.*, 1992).

Mannuzza *et al* (1995), para avaliarem a confiabilidade e validade do subtipo generalizado de fobia social, examinaram a concordância interobservador de dois psiquiatras e compararam 129 pacientes, com fobia social generalizada (n=67) e não-generalizada (n=62), quanto às suas características demográficas, variáveis clínicas e história familiar. Foi encontrada uma boa confiabilidade (kappa de 0,69) na diferenciação dos subtipos, generalizado e não-generalizado, de fobia social. Os autores concluíram também que o subtipo generalizado é um conceito válido. Pacientes com fobia social generalizada eram, com maior frequência, solteiros, tiveram um início mais precoce do quadro, temiam mais situações de interação interpessoal, e tinham maior frequência de comorbidades (depressão atípica e alcoolismo), além de possuírem uma prevalência maior de fobia social entre seus familiares. (Mannuzza, *et al.*, 1995).

## **1.2. Prevalência da fobia social, comorbidades e associação com variáveis sócio-demográficas**

Vários estudos vêm sendo realizados na tentativa de estimar a prevalência dos transtornos psiquiátricos em diversas populações, baseando-se nos critérios diagnósticos das duas classificações citadas (vide tabela 1).

**Tabela 1. Prevalências de Fobia Social nos diferentes estudos.**

Investigador	Estudo	N	Idade (anos)	Critério diagnóstico	Instrumento Diagnóstico	Prevalência de Fobia Social (%)
<i>W. Eaton &amp; L. Robins &amp;</i>	ECA study (EUA)	12.668	18-64	DSM-III	DIS	<b>2,9</b> (ao longo da vida)
<i>G. Canino &amp; M. Rubio-Stipec</i>	Puerto Rico Adult Psychiatric Epidemiology Study	1551	17-64	DSM-III	Diagnostic Interview Schedule (DIS)	<b>1,7</b> (ao longo da vida)
<i>H. -U. Wittchen</i>	Munich Follow-up Study	1- 1366 2- 483	25-65	DSM-III RDC CID-9	DIS	<b>2,6</b> (ao longo da vida)
<i>J. Angst</i>	Zurich Cohort Study	591	30	DSM-III-R DSM-III RDC	Structured Psychopathology Interview (SPIKE)	<b>5,3</b> (ao longo da vida)
<i>H.R. Wacker</i>	Basel Epidemiologic Study	470	18-65	DSM-III-R CID-10	Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	<b>16,0</b> (ao longo da vida)
<i>Kessler et al</i>	National Comorbidity Survey (EUA)	8098	15-54	DSM-III-R	CIDI	<b>13,3</b> (ao longo da vida) <b>7,9</b> (1 ano) <b>4,5</b> (1 mês)
<i>Furmark et al</i>	Postal Survey (Suécia)	2000	18-70	DSM-IV	SPSQ	<b>15,6</b> (pontual)
<i>Essau et al</i>	Bremen, Alemanha	1035	12-17	DSM-IV	CIDI	<b>1,6</b> (pontual)
<i>Wittchen et al</i>	Early Developmental Stages Psychopathology Study (Munich)	3021	14-24	DSM-IV	CIDI	<b>9,5%</b> (mulheres) <b>4,9%</b> (homens) (ao longo da vida)
<i>Nelson et al</i>	Missouri Adolescent Female Twin Study (EUA)	1344	16-? (Média= 18,2)	DSM-IV	CIDI	<b>16,3%</b> (ao longo da vida)

O *Epidemiological Catchment Area* (ECA) teve início em 1981 e foi realizado em cinco localidades norte-americanas (New Haven, Baltimore, St. Louis, Durham e Los Angeles), totalizando 18.571 indivíduos maiores de 18 anos. Estes foram entrevistados com o instrumento *DIS* (*Diagnostic Interview Schedule*) - uma entrevista diagnóstica estruturada, baseada em critérios do *DSM-III*, na qual não se excluía o diagnóstico de fobia social quando esta fosse secundária à doença clínica (por exemplo, doença de Parkinson), ou quando também fosse diagnosticado transtorno de personalidade de evitação (Boyd, *et al.*, 1990; Myers, *et al.*, 1984; Robins, *et al.*, 1984; Schneier, *et al.*, 1992). Neste estudo, foi estimada uma prevalência de fobia social, com sintomas ocorridos no mês anterior à entrevista (*one-month prevalence*), de 1,3 % para a população norte-americana, com variação de 0,8% a 2,3% nas localidades citadas. Excluindo-se aquele grupo de fóbicos-sociais que também apresentavam agorafobia, a prevalência estimada caiu para 0,6% apenas, com variação de 0,3 a 1,3% (Boyd, *et al.*, 1990). A prevalência ao longo da vida (*lifetime prevalence*) foi de 2,9% (Merikangas, *et al.*, 1996).

O *DIS* demonstrou, entretanto, ter uma baixa sensibilidade na detecção dos transtornos fóbicos quando comparado à entrevista clínica. Nas seis cidades onde o ECA foi realizado, sua sensibilidade variou de 27 a 100% (com média de 67%) e sua especificidade, de 75 a 100% (com média de 88%) (Boyd, *et al.*, 1990). Especificamente para a fobia social, foi estimada uma sensibilidade de 44 a 57% e uma especificidade de 91 a 96% (Schneier, *et al.*, 1992). Esta baixa sensibilidade se deve, provavelmente, às poucas situações investigadas neste instrumento, restringindo-se apenas a três delas: falar diante de um pequeno grupo de pessoas conhecidas; falar com estranhos ou encontrar novas pessoas; e comer na frente de outras pessoas.

Nesse estudo, a frequência de fobia social foi maior entre as mulheres (quase 70% dos casos) e pessoas com menor nível sócio-econômico (incluindo menor escolaridade), mais jovens e solteiras. A média de idade de início foi em torno dos 15,5 anos com distribuição bimodal, com picos entre 0 (zero) e 5 anos e aos 13 anos. O tempo de duração do transtorno variou entre 24 a 31 anos, tratando-se, assim de um transtorno crônico (Chaleby & Raslan, 1990; Pine, *et al.*, 1998; Schneier, *et al.*, 1992). Mas, ao contrário do que seria esperado, a prevalência ao longo da vida (*lifetime prevalence*) decaía com o

avanço da idade, sugerindo um efeito coorte (ou geração) ou um viés de memória, com maior dificuldade de lembrança por parte dos indivíduos mais idosos.

Transtornos comórbidos estavam presentes em 69% dos indivíduos classificados como fóbicos sociais, e, freqüentemente, tiveram início após o quadro de fobia social. Esses transtornos foram (em ordem decrescente de associação): agorafobia, fobia simples, transtorno de somatização, depressão maior, transtorno obsessivo-compulsivo, distímia, transtorno afetivo bipolar, abuso de álcool e outras substâncias (Schatzberg, *et al.*, 1998). Houve associação de fobia social com ideação suicida (mesmo depois de controladas as variáveis sociodemográficas e as comorbidades), e uma elevada proporção de tentativas de suicídio em indivíduos com comorbidades, o mesmo tendo sido observado em uma população ambulatorial (Cox, *et al.*, 1994). Apenas 21% dos diagnosticados como fóbicos sociais haviam procurado tratamento para qualquer problema emocional, e este grupo diferia dos demais por serem mais velhos, com melhor nível socioeconômico e maior escolaridade, mais comumente divorciados ou separados e com maior tendência a terem apresentado ideação ou tentativas de suicídio (Chaleby & Raslan, 1990; Schneier, *et al.*, 1992).

Utilizando metodologia semelhante a do *ECA* e mesmo instrumento diagnóstico (*DIS*), um estudo foi realizado em Porto Rico obtendo uma estimativa de 1,6% e 1,1% de fobia social, para as prevalências ao longo da vida (*lifetime prevalence*) e para os seis meses anteriores à entrevista (*six-month prevalence*), respectivamente (Canino, *et al.*, 1987).

Novos instrumentos foram desenvolvidos baseados nas classificações psiquiátricas mais recentes, como o *CIDI – Composite International Diagnostic Interview, World Health Organization* – para gerar diagnósticos do *DSM III–R*. Este instrumento foi utilizado em um grande inquérito epidemiológico: o *National Comorbidity Survey (NCS)*, incluindo questões que permitiam a obtenção dos diagnósticos segundo os critérios do *DSM-IV* e da *CID-10*. Administrado a uma amostra probabilística de 8098 indivíduos norte-americanos com idade entre 15 e 54 anos, estimou uma prevalência de fobia social muito maior do que a observada no *ECA*: 13,3% dos entrevistados relataram ter apresentado este quadro em algum momento de suas vidas, o que, portanto, faria da fobia social o terceiro transtorno psiquiátrico mais comum nos Estados Unidos, após depressão maior e dependência de

álcool, com prevalências de 17% e 14%, respectivamente. Ao se considerar apenas os últimos 12 meses antes da entrevista, 8% dos entrevistados relataram ter apresentado sintomas fóbicos sociais em algum momento nesse período. O grupo de fóbicos sociais encontrado no *NCS* também era composto, como no *ECA*, em sua maioria por mulheres, e estavam presentes outras comorbidades. Além disso, uma proporção muito pequena dos indivíduos tinha procurado tratamento para qualquer problema emocional, com uma parcela ainda menor sendo atendida em serviços de saúde mental (Kessler, *et al.*, 1994). Kessler *et al.* sugerem que a maior prevalência encontrada neste estudo, quando comparada com as estimadas pelos inquéritos anteriores, deva ser, ao menos em parte, devido à tendência secular, isto é, a variação de sua prevalência através de um longo período. Vários fatores metodológicos também devem estar envolvidos, como o fato do inquérito ser baseado em uma amostra nacional, com concentração em uma idade mais jovem do que nos estudos anteriores. Além disso, a estimativa foi ajustada considerando o viés de não-resposta, e o instrumento diagnóstico, que investiga seis situações sociais capazes de gerar ansiedade, é baseado em critérios diagnósticos do *DSM III-R*.

No *NCS*, também foram comparados os subtipos de fobia social. Indivíduos que apresentavam apenas medo, ansiedade e/ou evitação diante da situação específica "falar em público" se mostraram bastante distintos daqueles com sintomas presentes em pelo menos uma outra situação social. Os primeiros tinham menor frequência de comorbidade e menor prejuízo no funcionamento, enquanto que a fobia social que envolvia ansiedade em situações mais abrangentes era mais persistente, associada ao maior prejuízo funcional e padrão socioeconômico mais baixo, além de serem mais frequentes as comorbidades neste subgrupo (Kessler, *et al.*, 1998).

Um estudo seccional, utilizando o *CIDI* (versão computadorizada), foi realizado com 1035 adolescentes entre 12 e 17 anos, aleatoriamente selecionados em 36 escolas da província de Bremen, Alemanha. Entre estes adolescentes, 1,6% preencheu os critérios do *DSM-IV* para fobia social em algum momento de sua vida, com maior frequência encontrada entre as mulheres, e nos grupos etários de 12 a 15 anos (Essau, *et al.*, 1999).

Wittchen *et al.* (1999), em um estudo realizado em Munique, estimaram uma prevalência de fobia social ao longo da vida de 4,9% para o sexo masculino e 9,5% para o sexo feminino, em 3021 indivíduos com idade entre 14 e 24 anos. As prevalências no

último ano foram apenas um pouco mais baixas (3,2% para o sexo masculino e 7,2%, para o feminino) apontando para uma persistência do quadro, sobretudo entre aqueles com subtipo generalizado. O instrumento utilizado também foi o *CIDI*, e os resultados obtidos foram consistentes com outros estudos, no que diz respeito à menor idade de início, à maior prevalência de comorbidades (principalmente fobia específica, transtorno de estresse pós-traumático e distímia), à maior prevalência de transtornos psiquiátricos entre familiares, e ao maior prejuízo acadêmico-ocupacional dos indivíduos do subtipo generalizado, quando comparados com o não-generalizado.

No Canadá, foi realizado um inquérito utilizando o *CIDI* (Stein & Kean, 2000) com 8000 residentes de Ontário, entre 15 e 64 anos. As prevalências estimadas de fobia social no último ano e ao longo da vida foram de 6,7% e 13%, respectivamente. Estes indivíduos relataram grande incapacidade funcional, menor satisfação com a vida e pior qualidade de vida quando comparados com indivíduos sem nenhum transtorno psiquiátrico. Essa associação só foi explicada, parcialmente, pela comorbidade com depressão maior e pouco ou nada por diferenças de idade, gênero ou classe social entre os grupos. Além disso, os fóbicos sociais do subtipo generalizado relataram uma maior tendência a terem sido reprovados e a terem abandonado precocemente a escola.

Recentemente, um questionário de autopreenchimento (*SPSQ – Social Phobia Screening Questionnaire*) baseado em critérios *DSM-IV*, foi utilizado na Suécia, sendo enviado pelo correio para 1202 indivíduos entre 18 e 70 anos. Nesse estudo, foi estimada uma prevalência pontual de fobia social de 15,6% (Furmark, *et al.*, 1999).

Em um estudo realizado em um serviço de atenção primária à saúde em Paris, observou-se uma prevalência de fobia social ao longo da vida de 14,4% e no último mês de 4,9%. Episódio depressivo maior estava presente em 33% dos pacientes com fobia social atual, enquanto que 27% preenchiam critérios para transtorno de ansiedade generalizada e 19% para agorafobia. A presença de comorbidade estava associada a maior gravidade de sintomas, ao maior prejuízo funcional, mas também a um maior reconhecimento e tratamento dos transtornos por parte dos médicos. Em 75% dos fóbicos sociais, o quadro fóbico precedia o do transtorno comórbido em pelo menos um ano. A prevalência de depressão comórbida foi muito maior entre aqueles cujos sintomas de fobia social tiveram início antes dos 15 anos de idade, o contrário do que havia sido observado no *ECA* para o

grupo das fobias. No entanto, no *ECA*, todo o grupo de fobias (fobia simples, fobia social e agorafobia) foi analisado como uma única categoria, não havendo dados para o subgrupo isolado de fobia social (Kasch & Klein, 1996; Lecrubier, 1998).

### **1.3. O comprometimento funcional na fobia social**

A fobia social tem sido associada a dificuldades acadêmicas, ocupacionais e sociais. Entre as dificuldades acadêmicas, vem sendo relatado um aumento de absenteísmo e de reprovação escolar. Um estudo recente observou que a gravidade da fobia social estaria associada a uma menor tendência à graduação em nível superior. Nesse estudo, para cada aumento de dez pontos em uma escala de gravidade de sintomas (*Liebowitz Social Anxiety Scale – LSAS*), a probabilidade de graduação diminuiria de 1,8% (Lipsitz & Schneier, 2000). Também nos inquéritos epidemiológicos, a fobia social vem sendo repetidamente associada a escolaridade mais baixa (Boyd, *et al.*, 1990; Kessler, *et al.*, 1998). No entanto, estudos prospectivos são necessários antes de estabelecermos quaisquer conclusões sobre possíveis relações causais.

No estudo *ECA*, o grupo com fobia social não-complicada, isto é, sem comorbidades, apresentava maior dependência financeira, quando comparado com indivíduos sem o transtorno. Entretanto, naqueles com comorbidades, a fobia social não estava mais associada com dependência financeira do que naqueles com somente outros transtornos psiquiátricos (Schneier, *et al.*, 1992). Em uma das cinco localidades do *ECA*, a fobia social também foi associada a maiores dificuldades no trabalho, como estar repetidamente atrasado ou ausente e ser repetidamente despedido. Essas dificuldades foram observadas, entretanto, apenas quando outros transtornos comórbidos estavam presentes ao longo da vida, mas não na fobia social isolada. Já no *NCS* foi observada uma associação da fobia social com diminuição da produtividade no trabalho (controlada pelas comorbidades), mas não a aumento no absenteísmo (Lipsitz & Schneier, 2000).

Em um estudo realizado na Alemanha, 8% dos fóbicos sociais da amostra relataram já terem faltado ao trabalho como resultado direto de sua fobia social e 23,3% relataram que sentiam que seu desempenho no trabalho era substancialmente prejudicado pelo transtorno (Lipsitz & Schneier, 2000).

É quase redundante afirmar que a fobia social generalizada vem sendo associada a comprometimento social, uma vez que o incômodo e evitação dessas situações definem o transtorno. Indivíduos com fobia social relatam terem poucos amigos e outros contatos sociais, além de apoio social comprometido (Lipsitz & Schneier, 2000). Além disso, é um achado comum que indivíduos portadores de fobia social tendam mais frequentemente a não serem casados e a viverem sozinhos (Boyd, *et al.*, 1990).

Como já relatado anteriormente, a fobia social vem sendo associada a uma elevada proporção de ideação suicida entre os indivíduos portadores do transtorno, além de aumento da proporção de tentativas de suicídio entre aqueles com comorbidades (Cox, *et al.*, 1994). Na clínica, há a descrição de tentativa de suicídio realizada por fóxico social, mesmo na ausência de qualquer comorbidade do eixo I ou II (transtorno de personalidade) da classificação *DSM-III-R* (Ventura, *et al.*, 1992).

Outros estudos também tentaram avaliar o impacto da fobia social sobre a qualidade de vida. Na Alemanha, o questionário SF-36 (*The Medical Outcomes Study Health Status Questionnaire – 36-Item Short Form*), foi aplicado em 65 fóxicos sociais e 65 controles com herpes genital. Nas escalas de funcionamento social, saúde mental geral e vitalidade, quase metade (47%) dos participantes com fobia social relataram prejuízo de grave a marcante contra apenas 5% dos controles. Safren e colegas usaram outra escala para avaliar a qualidade de vida, o *Quality of Life Inventory* (QOLI) e observaram que essa era significativamente menor entre os fóxicos sociais quando comparados com uma amostra não-clínica. Observaram, ainda, uma pontuação pior entre aqueles fóxicos do subtipo generalizado (Lipsitz & Schneier, 2000).

Stein & Kean, 2000, através de inquérito por telefone com 1956 indivíduos de três localidades do Canadá, investigaram a interferência de sintomas fóxicos sociais no funcionamento acadêmico, social e ocupacional dos portadores desses sintomas. Foram utilizadas a seção de fobia social do *CIDI*, acrescida de mais seis situações sociais, e uma série de questionamentos sobre o comprometimento funcional decorrente desses sintomas. Os indivíduos classificados como fóxicos sociais referiram duas vezes mais interferência na educação; quase três vezes mais faltas à escola devido a essas preocupações; três vezes maior impedimento em conseguir um emprego e três vezes maior interferência na vida pessoal, quando comparados a indivíduos sem qualquer temor social. Observaram, ainda,

que esse comprometimento atribuído à fobia social aumentava linearmente com o aumento do número de temores sociais relatados pelos indivíduos.

#### **1.4. Fobia social na infância e adolescência**

A ansiedade social é uma experiência normal cuja primeira manifestação ocorre precocemente na infância. As crianças irão progredir através de várias tarefas acadêmicas e sociais durante o seu desenvolvimento, cada uma dessas provocando níveis esperados e normais de ansiedade. Adolescentes também irão se envolver nessas tarefas, juntamente com maiores desafios sociais como encontros amorosos, exames de admissão e trabalho. A maior parte destes indivíduos progride, através destes períodos, ganhando domínio sobre essas demandas do desenvolvimento, com ruptura mínima devido à ansiedade social.

Para alguns deles, entretanto, níveis intensos de ansiedade social podem provocar um impacto negativo sobre seu desenvolvimento e bem-estar. Os quadros patológicos irão se manifestar através do grau de dificuldade para lidar com os medos, do prejuízo sobre o funcionamento social ou acadêmico-ocupacional e da gravidade do desconforto subjetivo sentido. Reações excessivas como ataques de pânico e de choro, acessos de raiva, queixas somáticas excessivas e comportamento evitativo de grande parte de situações e atividades, sugerem um quadro clínico de fobia social. Além disso, crianças e adolescentes tendem a se tornar menos ansiosos com a exposição repetida às situações, o que não ocorre com os fóbicos sociais (Albano & Detweiler, 2001 ).

A percepção de exclusão social do grupo de colegas pode diretamente contribuir para o desenvolvimento de sentimentos de ansiedade. Também sintomas de ansiedade social podem limitar a interação do adolescente com seus colegas, interferindo em seu funcionamento social (LaGreca & Lopez, 1998). Infelizmente, não há, até o momento, estudos que tenham avaliado preditores que possam identificar aquelas crianças que irão superar seus temores sociais daquelas que não o conseguirão (Beidel & Turner, 1998).

Embora alguns estudos venham apontando para o caráter persistente destes sintomas, em outros, a sintomatologia fóbica parece ter natureza transitória, o que demonstra uma necessidade de realização de maior número de estudos longitudinais para esclarecimento desta questão (Milne, *et al.*, 1995).

As manifestações clínicas de fobia social basicamente não diferem nas diversas faixas etárias. As diferenças podem apenas refletir as oportunidades para o engajamento em diferentes tipos de situações sociais (p.ex. participar de reuniões), e habilidades cognitivas distintas podem limitar a compreensão do problema por parte de uma criança muito pequena (Beidel, *et al.*, 1999). Crianças raramente fazem pedidos por tratamento, e, em geral, não são percebidas por seus pais ou professores como tendo problemas comportamentais. Crianças e adultos relatam a presença de sintomas somáticos praticamente idênticos - como palpitações, sudorese, tremor, rubor - e também as situações temidas se assemelham, como falar em público, seja na escola ou no trabalho, ler algum texto em voz alta, escrever no quadro-negro e freqüentar festas (Beidel, 1998). Crianças também têm menos oportunidades de evitar as situações temidas, quase sempre sendo obrigadas a enfrentá-las, como ir à escola, ou a interagir com os colegas. Assim, os pacientes mais jovens freqüentemente apresentam um padrão maior de angústia do que de evitação. Entretanto, a fobia social é uma freqüente causa de evitação da escola entre os adolescentes, o que pode ser interpretado como "vadiagem" (Barlow & Liebowitz, 1995; Beidel, 1998).

Os sintomas de ansiedade como sudorese, tremor, taquicardia ou dores de estômago, e manifestações psicológicas como medo, apreensão ou embaraço, podem mimetizar hiperatividade psicomotora ou desatenção, levando ao diagnóstico errôneo de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (Beidel & Turner, 1998; Berenson, 1998).

Em casos relativamente raros, pode ocorrer mutismo seletivo. O padrão evitativo pode levar à recusa a ir à escola, embora a criança deseje freqüentá-la. Algumas crianças e adolescentes, diante das situações temidas, podem adotar um comportamento de oposição e serem diagnosticadas erroneamente como portadoras de transtorno de conduta.

É importante lembrar que para o diagnóstico de fobia social, a criança deve ser capaz de estabelecer interações sociais, apesar de evitá-las ou de sentirem intensa angústia durante a situação. Isto é importante para diferenciá-la daquelas com transtornos penetrantes do desenvolvimento, como por exemplo, o autismo. Além disso, a ansiedade deve ocorrer também na presença de seus colegas, e não apenas de adultos.

Outros diagnósticos diferenciais importantes são: transtorno de pânico, depressão, transtorno de ansiedade de separação, transtorno de ansiedade generalizada, fobias

específicas e transtornos de personalidade de evitação e obsessiva-compulsiva (Beidel & Turner, 1998). Em um estudo comparando os diagnósticos de fobia social e transtorno de ansiedade de separação em crianças e adolescentes, Compton *et al.* (2000) observaram que o último é mais freqüente entre pré-adolescentes, enquanto que a primeira é mais prevalente entre adolescentes mais velhos. Milne *et al.* (1995) encontraram resultados semelhantes.

Beidel (1999) descreveu as limitações funcionais decorrentes da fobia social em um grupo de pré-adolescentes: 75% relataram possuir poucos ou nenhum amigo; 50% relataram que não gostavam da escola; e 10% se recusavam regularmente a freqüentá-la. Além disso, 35% das situações ansiogênicas resultavam em estratégia de evitação, em que os pré-adolescentes fingiam não escutar a pessoa que estava falando com eles; desviavam os olhos para não serem chamados; fingiam estar doentes; recusavam-se a enfrentar as situações temidas quando solicitados; e esperavam para ir ao banheiro até chegarem em casa (Beidel, *et al.*, 1999).

O temperamento inibido observado em crianças desde os dois anos de idade, parece predispor à ansiedade social na adolescência, embora nem todos os pacientes com fobia social tenham sido inibidos na infância (Schwartz, *et al.*, 1999).

Tem sido observado que o início da fobia social geralmente precede o de qualquer sintoma relacionado ao abuso de álcool ou drogas (DeWit, *et al.*, 1999; Nelson, *et al.*, 2000). Na tentativa de obterem um controle sobre os seus temores, adolescentes com fobia social freqüentemente escolhem usar álcool ou outras drogas, antes de irem a festas ou de participarem de qualquer outro tipo de interação social (Beidel, 1998). Entretanto, a maior parte destes estudos utiliza dados retrospectivos, o que pode aumentar o risco de erro associado a um viés de memória. Em um estudo comparando 43 adolescentes hospitalizados devido a abuso de álcool com controles da comunidade (pareados por sexo, idade, raça e escolaridade da mãe), 40% dos primeiros preenchiam critérios para algum transtorno de ansiedade e o mais comum dentre eles (21%) era fobia social, enquanto que dentre os controles, apenas 3,4% preenchiam critérios para transtornos de ansiedade. Os autores não informam a proporção de fóbicos sociais neste grupo. (Clark, *et al.*, 1995).

A presença de fobia social em adolescentes também está associada a uma maior prevalência de transtorno depressivo maior e ideação suicida. Tentativas de suicídio

ocorrem mais comumente na vigência de transtorno depressivo, mas estas são ainda mais prevalentes quando existe fobia social associada. (Nelson, *et al.*, 2000)

No estudo das 36 escolas na província de Bremen, Alemanha, quase todos os fóbicos sociais relataram prejuízo grave nas suas atividades diárias durante o pior episódio do transtorno, e mais da metade dos casos apresentavam prejuízo do funcionamento social, acadêmico e ocupacional. Dentre todos aqueles que preencheram critérios para fobia social, 41,2% também os preenchiam para transtornos somatoformes, 29,4% para transtornos depressivos e 23,5% apresentavam algum transtorno de uso de substâncias psicoativas. Os sintomas de ansiedade social foram bem mais frequentes, com 47,2% dos indivíduos relatando a presença de pelo menos um destes, acompanhados de sintomas físicos - como palpitações, sudorese e tremor - e também com evitação da situação temida. Estes também apresentaram forte associação com outras comorbidades, principalmente, depressão maior, transtorno somatoforme e abuso/dependência de álcool. Também apenas uma pequena parcela destes adolescentes procuraram tratamento (Essau, *et al.*, 1999).

### **1.5. Avaliação da qualidade de um instrumento**

A capacidade de um instrumento avaliar de forma consistente e correta uma dada característica pode ser avaliada através de sua confiabilidade e de sua validade.

A confiabilidade diz respeito à reprodutibilidade e à estabilidade da medida, sendo um índice da extensão na qual as medidas de indivíduos obtidas em diferentes circunstâncias levam a resultados semelhantes. É, freqüentemente, referida como uma razão entre a variabilidade dos indivíduos e a variabilidade total dos escores, ou seja, como a proporção na variabilidade dos escores devido à diferença real entre os indivíduos. Assim, é expressa como um número entre 0 (ausência de confiabilidade) e 1 (confiabilidade perfeita). Há várias maneiras de avaliarmos a confiabilidade, entre elas:

- Consistência interna – É baseada em uma única administração da medida, representa a média de correlações entre todos seus itens (por exemplo, entre as perguntas de um questionário).
- Estabilidade – Para a examinarmos, podemos avaliar a concordância entre dois ou mais observadores (confiabilidade inter-observador) e a concordância entre

as observações feitas por um mesmo observador, ou instrumento, em diferentes ocasiões (confiabilidade intra-observador e teste-reteste, respectivamente) (Shrout, 1995; Streiner, 1989)

A validade diz respeito à capacidade de um teste medir corretamente aquilo que se propõe avaliar.

- Validade de face e de conteúdo – Indicam se um instrumento incorpora o domínio do fenômeno que se está investigando. É avaliada através do julgamento subjetivo da própria medida por especialistas no tema abordado.
- Validade de critério – Avalia se há correlação entre essa medida e outra já existente, idealmente um “padrão-ouro”, que tenha sido utilizado e aceito nesse campo.
- Validade de constructo – Avalia em que grau uma certa mensuração corresponde ao conceito teórico (constructo) relativo ao fenômeno que se está estudando.

## 1.6. Instrumentos para o diagnóstico de fobia social

Vários instrumentos de autopreenchimento vêm sendo desenvolvidos para a detecção da fobia social (Bobes, *et al.*, 1999; Herbert, *et al.*, 2001; Mattick & Clarke, 1998; Neto, 2000; Safren, *et al.*, 1998). Alguns deles foram desenvolvidos para serem utilizados em populações específicas como de crianças e determinadas faixas etárias da adolescência. No entanto, nenhum desses foi especificamente desenhado para ser utilizado em todo o período da adolescência.

Dentre os instrumentos de autopreenchimento recentemente desenvolvidos para detecção de fobia social estão o *SPAI - Social Phobia Anxiety Inventory* (Turner, *et al.*, 1996); o *SPSQ - Social Phobia Screening Questionnaire* (Furmark, *et al.*, 1999); e o *SPIN - Social Phobia Inventory* (Connor, *et al.*, 2000).

O *SPAI* consiste de duas subescalas – uma de fobia social e outra de agorafobia - totalizando 45 itens. A pontuação final da escala é obtida através da diferença entre as pontuações da primeira e da segunda subescala, para, teoricamente, evitar a sobreposição

diagnóstica entre esses dois transtornos. Entretanto, tal metodologia foi criticada por alguns autores, que sugeriram que essa pontuação da diferença poderia produzir diagnósticos falsos-negativos nos indivíduos com sintomas de ambos transtornos (Herbert, *et al.*, 2001). O SPAI, entretanto, em estudos psicométricos, demonstrou possuir boa consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach=0.85), muito boa confiabilidade interobservador (kappa=0.81), além de boa validade discriminante, com indivíduos fóbicos sociais com pontuação média maior do que os indivíduos normais e do que indivíduos com outros transtornos de ansiedade. Setenta e quatro por cento dos fóbicos sociais e 75% dos não-fóbicos sociais foram corretamente classificados com base na pontuação obtida na escala, sugerindo que este instrumento é tanto sensível quanto específico. Diversos estudos foram realizados avaliando a validade concorrente desta escala, mas seus resultados são inconclusivos pois avaliaram a concordância entre as escalas através do coeficiente de correlação de Pearson, com utilidade discutível para este propósito (Osman, *et al.*, 1995; Peters, 2000; Rodebaugh, *et al.*, 2000; Turner, *et al.*, 1996). Os resultados de sua validade de critério foram replicados em um estudo realizado na Austrália, onde se encontrou uma sensibilidade de 0,87 e uma especificidade de 0,91, quando comparado com a entrevista diagnóstica *CIDI* (Peters, 2000). Os autores do instrumento indicam que o SPAI apresentou bom desempenho quando utilizado a partir dos 14 anos de idade. Para a investigação da fobia social em crianças a partir dos oito anos de idade até os 14 anos, sugerem que seja utilizada a versão modificada *SPAI-C*.

O *SPQS* é um questionário extenso que se baseia em critérios diagnósticos do DSM-IV, e os pesquisadores que o desenvolveram relataram uma sensibilidade do questionário de 100% e especificidade de 95%, quando comparado com entrevistas estruturadas pelo *SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV)*, em uma avaliação psicométrica preliminar (Furmark, *et al.*, 1999).

O *SPIN* (anexo A) é um instrumento menor e mais simples e consiste de apenas 17 itens, que abarcam três importantes critérios que definem a fobia social: o medo, a esquiva das situações e os sintomas de desconforto físico. Engloba tanto situações de desempenho quanto de interação social. Para cada item do questionário, solicita-se ao indivíduo que indique o quanto as situações ou sintomas descritos o incomodaram na última semana, devendo este marcar uma entre as cinco opções, que variam de “*Not at all*” a “*Extremely*”.

A pontuação para cada uma das gradações varia, portanto de 0 a 4, e a pontuação total irá variar de 0 a 68. Foi realizada, pelos autores do instrumento, uma avaliação psicométrica com 353 indivíduos com média de idade de 36 anos, sendo os fóbicos sociais obtidos de três ensaios clínicos e os controles de dois grupos (voluntários saudáveis de um estudo de pressão arterial – I - e pacientes psiquiátricos ambulatoriais com outro diagnóstico do que fobia social - II). O instrumento demonstrou boa consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach variando de 0,82 a 0,94) e boa confiabilidade teste-reteste, com coeficiente de correlação de Spearman variando de 0,78 a 0,89. Demonstrou também boa confiabilidade pelo método desenvolvido por Bland & Altman (1986). A validade de critério, utilizando a entrevista clínica como padrão-ouro, estimou uma sensibilidade variando de 0,73 a 0,85 e especificidade, de 0,69 a 0,84, dependendo do grupo controle utilizado para comparação (ver tabela 2.). Foi proposto o uso do escore 15 como ponto de corte para diferenciar fóbicos e voluntários saudáveis. Demonstrou ainda boa capacidade de discriminação entre a efetividade de diferentes tratamentos (Connor, *et al.*, 2000).

O desempenho do *SPIN* na identificação de casos de fobia social é o objeto central deste trabalho.

**Tabela 2. Sensibilidade, especificidade, valores preditivos do *SPIN* (versão original)**  
Modificado de Connor *et al* (2000)

	Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade	Valor Preditivo	
				Positivo	Negativo
<b>Grupos FS (N=148) versus</b>					
<b>Controles I +II (N=115)</b>	19	0,725	0,843	0,807	0,771
<b>Grupos FS (N=148) versus</b>					
<b>Controles não-psiquiátricos I (N=68)</b>	15	0,847	0,688	0,806	0,746
<b>Grupos FS (N=148) versus</b>					
<b>Controles psiquiátricos II (N=47)</b>	16	0,827	0,750	0,880	0,660

## 2. JUSTIFICATIVA

A fobia social tem sido associada ao aparecimento posterior de outros transtornos (como depressão e abuso de substâncias) e ao comprometimento do funcionamento social, acadêmico e ocupacional do indivíduo. Portanto, são necessários estudos que abordem este tema, especialmente em faixas etárias mais jovens, quando a intervenção precoce em uma condição potencialmente tratável poderia ajudar a prevenir complicações tardias.

Devido à dificuldade de realização de estudos epidemiológicos baseados nas entrevistas diagnósticas disponíveis - por serem muito extensas, consumirem muito tempo e representarem um custo elevado - vários instrumentos de autopreenchimento vêm sendo desenvolvidos na tentativa de viabilizarem um maior número de estudos.

Mas, se, por um lado, a padronização diagnóstica veio contribuir de forma inequívoca para a pesquisa e clínica psiquiátrica, constituindo uma linguagem comum entre profissionais, ignorou a determinação cultural dos transtornos mentais, baseada na crença que a etiologia, a manifestação clínica, a evolução e prognóstico dos transtornos mentais fossem universais em sua natureza, e portanto, independentes da cultura (Jorge, 2000). Para que estes instrumentos, na maior parte das vezes elaborados em países ocidentais desenvolvidos, sejam utilizados em realidades sócio-culturais tão distintas, é necessário um processo de tradução e adaptação abrangentes, na tentativa de alcançar uma equivalência cultural, com posterior estudo de sua validade nesta nova população (Szklo & Nieto, 2000).

Até o momento, desconhecemos instrumentos de auto-preenchimento para a avaliação de fobia social que tenham sido validados para a população brasileira.

O Social Phobia Inventory (*SPIN*) foi o instrumento escolhido devido à sua simplicidade e aparente melhor adequação à faixa etária da população do estudo.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. Objetivo geral

Validar a versão em Português de um instrumento de autopreenchimento (*SPIN - Social Phobia Inventory*) para a identificação de casos suspeitos de fobia social entre escolares adolescentes da rede pública do município do Rio de Janeiro.

#### 3.2. Objetivos específicos

- Tradução e adaptação cultural do *SPIN* para o nosso meio.
- Avaliar a estabilidade e reprodutibilidade do *SPIN*.
- Estudar a validade de critério do *SPIN*, estabelecendo, se necessário, novo ponto de corte para a definição de casos e não-casos nesta população.
- Possibilitar a posterior realização de estudos sobre fobia social com a utilização do *SPIN* já validado para a nossa população.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Equivalência semântica**

O processo de equivalência semântica foi baseado em metodologia utilizada por Reichenheim, *et al.* (2000) e envolveu quatro etapas: tradução, retroversão, elaboração de uma versão de consenso e pré-teste comentado.

Inicialmente, foram feitas duas traduções do *SPIN - Social Phobia Inventory* para o Português por dois psiquiatras com experiência em fobia social. Essas foram realizadas de forma independente, sem que os psiquiatras envolvidos tomassem conhecimento da tradução feita pelo colega.

Cada uma das traduções foi, então, retrovertida de forma independente por um tradutor bilíngüe diferente que não conhecia a versão original em Inglês. Essas novas versões foram comparadas pelos autores com o texto original, para a correção de discrepâncias e elaboração de uma versão final de consenso. Priorizou-se a utilização de um vocabulário coloquial, com o qual a população alvo do estudo (isto é, adolescentes da rede pública de ensino do Rio de Janeiro) pudesse estar familiarizada.

Foi, então, realizado um pré-teste com adolescentes de uma escola politécnica e de um ambulatório de psiquiatria infanto-juvenil, com idades entre 13 e 18 anos, para a avaliação da compreensão do instrumento e correções necessárias. Aproximadamente 20 adolescentes comentaram as questões da versão de consenso, apontando dificuldades e sugerindo termos de mais fácil compreensão. A partir dessas sugestões, foi elaborada a versão final em Português do questionário *SPIN*, incluindo algumas explicações entre parênteses para aquelas expressões consideradas de difícil compreensão, como pode ser visto no anexo B. Tal procedimento foi consentido pelos autores do questionário original, que aprovaram a versão em português, a partir da similaridade entre a versão original e a retrotradução.

### **4.2. População do estudo**

A versão final do questionário *SPIN* foi aplicada em estudantes de 5<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> série de duas escolas públicas do Município do Rio de Janeiro. As duas escolas eram situadas no

bairro de Ramos, e possuíam, ao todo, cerca de 1000 alunos matriculados. Participaram da pesquisa os 398 alunos (dentre aqueles presentes nas escolas durante o período do estudo) que entregaram o termo de consentimento preenchido pelos responsáveis, ou pelos próprios, quando maiores de 18 anos (vide fluxograma1). Os motivos apresentados pelos os alunos para a não participação da pesquisa foram em sua maioria: perda do termo de consentimento, esquecimento de entregá-lo ao responsável, ou de trazê-lo preenchido de volta para a escola. Poucos alunos se recusaram explicitamente a participar e alguns referiram não terem obtido a permissão dos responsáveis.

Os questionários foram distribuídos nas salas de aula, com esclarecimento por parte da autora de quaisquer dúvidas apresentadas pelos alunos durante o seu preenchimento.

#### **4.3. Confiabilidade**

A confiabilidade teste-reteste da tradução do *SPIN* foi avaliada através da aplicação do questionário em dois momentos, com intervalo de 15 dias na primeira escola e de 13 dias na segunda. O questionário foi entregue uma segunda vez para 190 alunos da amostra inicial, mas vinte questionários foram excluídos por apresentarem algum erro de preenchimento. A confiabilidade foi investigada tanto para cada uma das 17 perguntas do *SPIN* quanto para o seu escore total.

#### **4.4. Validade**

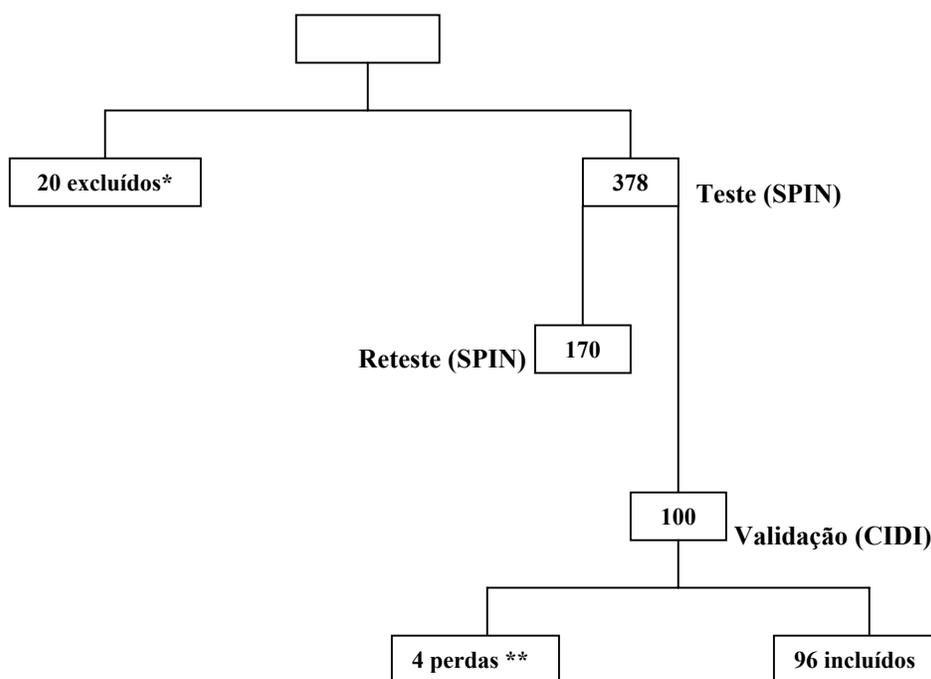
Para estimar a validade de critério da tradução do *SPIN* utilizou-se, como “padrão-ouro”, a seção D da entrevista padronizada *Composite International Diagnostic Interview – CIDI*, versão 2.1 (OMS, 2001) Essa seção investiga a presença de cinco transtornos de ansiedade, segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV e da CID-10. São esses: fobias específicas, fobia social, agorafobia, pânico, e transtorno de ansiedade generalizada. Essa entrevista foi conduzida pela autora da pesquisa, que desconhecia os escores dos alunos segundo o *SPIN*.

Cem alunos que haviam preenchido o questionário *SPIN* pelo menos uma vez foram aleatoriamente selecionados para o estudo de validação. Para evitar a presença de poucos

alunos com suspeita de fobia social nesta amostra, dada a baixa prevalência esperada deste transtorno mental, optou-se por selecionar os estudantes a partir de dois estratos: aqueles com escore no *SPIN* abaixo de 15 pontos e aqueles com 15 pontos ou mais. Assim, 100 alunos foram selecionados, 50 em cada estrato. Respeitou-se a proporção de alunos segundo sexo, faixa etária e escola.

A autora, durante a realização da entrevista, desconhecia pontuação obtida pelo aluno no teste.

**Fluxograma 1.**



\* erros de preenchimento

\*\* Dois não encontrados e 2 não compreenderam o CIDI.

## 4.5. Análise dos dados

### 4.5.1. Confiabilidade do escore do questionário

A confiabilidade da pontuação total da tradução do *SPIN* foi avaliada através do coeficiente de correlação intraclasse (CCIC) e dos gráficos de Bland & Altman (Bland & Altman, 1986). No caso do CCIC, o cálculo foi realizado através da análise de variância com dois fatores e efeitos aleatórios (*two-way random*) (Shrout & Fleiss, 1979).

### 4.5.2. Confiabilidade das perguntas do questionário

A confiabilidade dos 17 itens do questionário foi avaliada através do kappa ponderado, na medida em que esses têm o formato de variáveis ordinais. Este coeficiente avalia a concordância que excede aquela esperada ao acaso, levando em conta não só o grau de concordância perfeita (diagonal principal da tabela de contingência), como também atribuindo pesos diferenciados às demais células da tabela, segundo a magnitude da discordância (Fleiss, 1981). A ponderação foi feita pelo método do quadrado dos erros (Maclure & Willett, 1987).

A estatística kappa, embora amplamente utilizada, não permite investigar a estrutura da concordância dos dados. A investigação da estrutura de concordância e discordância consiste em estudar, na tabela de contingência, as frequências observadas e esperadas ao acaso, tanto da diagonal principal quanto fora desta. Para superar esta limitação foram ajustados modelos log-lineares segundo a metodologia descrita em Agresti (1988); GrahamJackson (1993); May (1994); Silva & Pereira (1998). Esses modelos consideram que a relação entre as respostas do teste e do reteste pode ser explicada por dois fatores: a concordância e discordância. A primeira corresponde às células da diagonal principal da tabela de contingência, enquanto a segunda refere-se às células fora desta diagonal. Neste estudo foram ajustados 7 modelos:

a. independência - A concordância observada entre o teste e o reteste é igual àquela esperada ao acaso.

$$\log m_{ij} = \mu + \lambda_i^A + \lambda_j^B$$

b. concordância diagonal - Nesse modelo, só existe associação entre as respostas do teste e do reteste quando a concordância é exata. Essa concordância é maior do que aquela esperada ao acaso, isto é, excede aquela que seria obtida caso os resultados do teste e do reteste fossem independentes. No caso de discordância entre as respostas (células fora da diagonal da tabela), o modelo assume que as avaliações do teste e do reteste são independentes.

$$\log m_{ij} = \mu + \lambda_i^A + \lambda_j^B + \delta_{ij}$$

c. quasi-independência - Assim como no modelo anterior, não há associação fora da diagonal da tabela de contingência, além daquela esperada ao acaso. A diferença entre esses modelos é que, no caso do diagonal, assume-se um parâmetro único para todas as células da diagonal da tabela. No modelo de *quasi*-independência, assumem-se parâmetros distintos para as células da diagonal, isto é, a concordância varia entre as células da diagonal. Em outras palavras, certas categorias da variável que está sendo avaliada têm maior ou menor propensão à concordância.

$$\log m_{ij} = \mu + \lambda_i^A + \lambda_j^B + \delta_{ij}$$

onde  $\delta_{ij} = \delta_i$  caso  $i = j$ ; caso contrário,  $\delta_{ij} = 1$

d. associação linear por linear - Este modelo assume, ao contrário dos anteriores, que existe algum grau de associação entre as observações que estão situadas nas células fora da diagonal principal da tabela. Neste caso, embora as respostas nos dois momentos não sejam idênticas, há uma tendência dos escores baixos (altos) no teste corresponderem a escores baixos (altos) no reteste. O modelo considera ainda que os intervalos entre as categorias da variável ordinal são uniformes.

$$\log m_{ij} = \mu + \lambda_i^A + \lambda_j^B + \beta u_i u_j$$

e. concordância diagonal + associação linear por linear - Combina os padrões “b” e “d”, ou seja, a distribuição dos dados na tabela pode ser explicada por um padrão de concordância (dados na diagonal da tabela) e por um padrão de discordância em que pontuações baixas (altas) no teste correspondam a pontuações baixas (altas) no reteste.

$$\log m_{ij} = \mu + \lambda_i^A + \lambda_j^B + \beta u_i u_j + \delta_{ij}$$

f. semi-associação - Combina os padrões “c” e “d”, ou seja, a distribuição dos dados na tabela pode ser explicada por um padrão de concordância diferente para cada categoria da variável, e um padrão de discordância onde existe uma tendência em que pontuações baixas (altas) no teste correspondam a pontuações baixas (altas) no reteste.

$$\log m_{ij} = \mu + \lambda_i^A + \lambda_j^B + \beta u_i u_j + \delta_{ij}$$

onde  $\delta_{ij} = \delta_i$  caso  $i = j$ ; caso contrário,  $\delta_{ij} = 1$

g. associação triangular - Respostas do teste têm pontuação sistematicamente mais altas que as do reteste, e vice-versa.

$$\log m_{ij} = \mu + \lambda_i^A + \lambda_j^B + \delta_{ij}$$

onde  $\delta_{ij} = \delta'_i$  caso  $i > j$ ; caso contrário,  $\delta_{ij} = 1$

O ajuste de cada modelo - isto é, a comparação entre as frequências observadas e as estimadas por este - foi avaliado através da estatística  $\chi^2$  da razão de verossimilhança ( $G^2$ ). Consideramos que o modelo se ajustou bem aos dados, quando o p-valor foi maior que 0,10. Entre os modelos que atenderam a essa exigência, aquele considerado de melhor ajuste aos dados foi o mais simples (pelo critério de parcimônia) e com menor valor de  $G^2$  (para os respectivos graus de liberdade).

### 4.5.3. Validade de critério

Por ter sido utilizado um desenho amostral incompleto, no qual os alunos foram selecionados a partir do resultado do instrumento a ser validado (*SPIN*), o cálculo da sensibilidade e da especificidade não se dá segundo os algoritmos tradicionais (Szklo & Nieto, 2000 pág 364), no qual as estimativas sofreriam o que se conhece como viés *work-up*. No caso da seleção amostral adotada neste estudo, o uso das expressões rotineiras levaria a uma superestimação da sensibilidade e subestimação da especificidade, pois um maior número de pessoas com testes negativos foram sistematicamente excluídas. Esse viés pode ser corrigido através de novas equações para o cálculo da sensibilidade e especificidade. As correções propostas por Choi (1992) levam às seguintes equações:

$$\text{Sensibilidade} = \frac{P \cdot [P_0 - (1 - \pi)]}{\pi \cdot [P + P_0 - 1]}$$

$$\text{Especificidade} = \frac{P_0 (P - \pi)}{(1 - \pi)(P_0 + P - 1)}$$

Onde P é o valor preditivo positivo (ou seja, a proporção de indivíduos doentes – ou positivos pelo padrão-ouro – dentre aqueles com resultado positivo no teste); P<sub>0</sub> é o valor preditivo negativo (isto é, a proporção de indivíduos não-doentes – ou negativos pelo padrão-ouro – dentre aqueles com resultado negativo no teste), e π é a prevalência.

## 5. QUESTÕES ÉTICAS

Consideramos que a pesquisa não traria danos à saúde dos sujeitos envolvidos, e foram respeitados os princípios de autonomia e sigilo necessários. Os objetivos da pesquisa foram informados aos adolescentes e seus responsáveis (quando os estudantes eram menores de 18 anos) e sua participação foi condicionada à devolução do termo de consentimento (ver anexo C), assinada pelo responsável e pelo aluno. Foi respeitado o desejo dos alunos em participar ou não da pesquisa, mesmo quando não tinham atingido a maioridade, e estes foram informados de que podiam se recusar a fazer parte do estudo, em qualquer momento deste.

Os alunos classificados como fóbicos sociais na entrevista e que desejavam ser submetidos a um tratamento, foram encaminhados para o ambulatório de infância e adolescência do Instituto de Psiquiatria, IPUB-UFRJ. Tivemos cautela em não considerar precocemente um resultado positivo como diagnóstico definitivo de Fobia Social, para evitarmos estigmatizar os alunos que pudessem ter sido erroneamente classificados como fóbicos sociais (falsos-positivos), e para que não produzíssemos uma demanda de tratamento desnecessário.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

## 6. RESULTADOS

### 6.1. Confiabilidade

#### 6.1.1. Descrição da população do estudo

Como já referido anteriormente, de, aproximadamente, 1000 alunos matriculados nas duas escolas visitadas, 398 participaram da pesquisa, respondendo o Inventário de Fobia Social (*SPIN*) pelo menos uma vez. Cento e noventa alunos responderam novamente o questionário (reteste), 13 a 15 dias após a primeira aplicação. Desses, foram excluídos vinte questionários do estudo da confiabilidade global do *SPIN*, por não ter sido possível calcular o escore final devido a algum erro de preenchimento, como, por exemplo, alguma resposta em branco ou duas respostas para um mesmo item.

Dos 170 alunos que participaram do estudo de confiabilidade teste-reteste do escore global do *SPIN*, 139 eram da Escola Municipal João Barbalho (Escola I) e 31 da Escola Municipal Padre Manoel (Escola II). A maioria dos participantes foi do sexo feminino (65,9%), com média e mediana de idade em torno dos 13 anos, com um mínimo de 10 e um máximo de 21 anos. Setenta e cinco por cento dos alunos tinham menos de 14 anos e 67% estudavam até a 6ª série. Cerca de 40% dos alunos haviam sido reprovados em pelo menos uma série, sendo que 92% destes foram reprovados até duas vezes. A descrição desta população pode ser observada na tabela 3.

Como pode se observar na tabela 4, os escores obtidos variaram de 1 a 52 no teste (primeira aplicação do questionário) e de 0 a 52 no reteste (segunda aplicação). A média de escores do teste foi de 18,95 e a mediana, 17. A média de escores do reteste foi muito próxima: 18,08; e a mediana foi a mesma do teste anterior. A média obtida entre as adolescentes foi significativamente maior do que a média obtida entre os estudantes do sexo masculino (20,77 e 15,45, respectivamente nos testes e 19,79 e 14,78 nos retestes;  $p$ -valor $<0,001$ ). Os estudantes que apresentaram menor pontuação foram aqueles menores de 12 anos de idade.

**Tabela 3. Descrição da População do Estudo de Confiabilidade.**

	Escola I		Escola II		Total	
	n	%	n	%	N	%
<b>Sexo</b>						
Masculino	47	33,8	11	35,5	58	34,1
Feminino	92	66,2	20	64,5	112	65,9
<b>Escolaridade</b>						
5 <sup>a</sup> . Série	54	38,8	2	6,5	56	32,9
6 <sup>a</sup> . Série	39	28,1	19	61,3	58	34,1
7 <sup>a</sup> . Série	24	17,3	0	0	24	14,1
8 <sup>a</sup> . Série	22	15,8	10	32,3	32	18,8
<b>Reprovação</b>						
Sim	50	36,0	17	54,8	67	39,4
Não	89	64,0	14	45,2	103	60,6
<b>Grupo Etário</b>						
10 - 11 anos	21	15,1	0	0	21	12,4
12 - 13 anos	69	49,6	9	29,0	78	45,9
14 - 15 anos	35	25,2	13	41,9	48	28,2
16 - 17 anos	10	7,2	7	22,6	17	10,0
≥ 18 anos	4	2,9	2	6,5	6	3,5
<b>Total</b>	139	81,8	31	18,2	170	100

**Tabela 4. Escores obtidos na 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> aplicação do SPIN.**

	1 <sup>o</sup> aplicação (teste)	2 <sup>o</sup> aplicação (reteste)
<b>Média</b>	19,35	19,45
<b>desvio-padrão</b>	10,25	12,24
<b>1<sup>o</sup> quartil</b>	13	11
<b>Mediana</b>	18	17
<b>3<sup>o</sup> quartil</b>	25	24
<b>Valores extremos</b>	mínimo = 1 máximo = 52	mínimo = 0 máximo = 52

### 6.1.2. Consistência interna

A consistência interna do questionário, isto é, a consistência entre os seus itens, estimada pelo  $\alpha$  de Cronbach foi igual a 0,88.

### 6.1.3. Confiabilidade da pontuação total do questionário

#### A. Método Bland & Altman

Observando a figura 1a, entre os estudantes do sexo feminino, quanto maiores os escores do teste, aparentemente maior foi a discordância entre a pontuação total das duas aplicações do questionário. Já entre os estudantes do sexo masculino (figura 1b), não podemos observar nenhum padrão de discordância, embora essa conclusão fique prejudicada pelo menor número de indivíduos desse grupo e a rarefação dos pontos no gráfico a partir do escore 20.

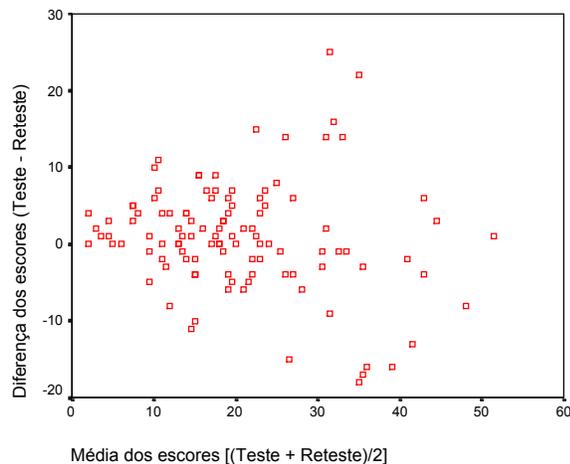


Figura 1a. Gráfico de Bland & Altman para os escores do teste e reteste (sexo feminino)

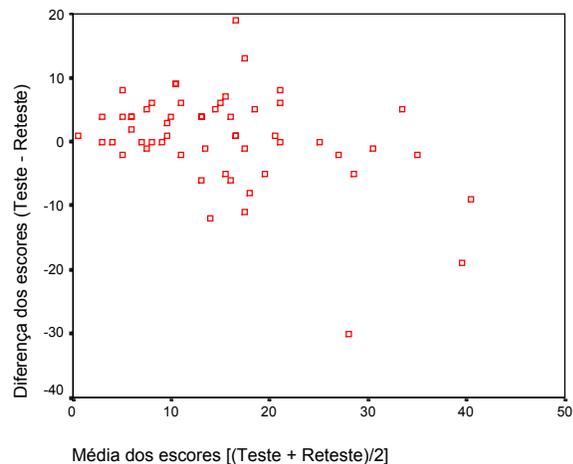


Figura 1b. Gráfico de Bland & Altman para os escores do teste e reteste (sexo masculino)

## **B. Coeficiente de Correlação Intraclasse**

Foram calculados os coeficientes de correlação intraclasse (CCIC) para o escore global do *SPIN*. Este coeficiente foi estimado para o conjunto dos alunos, assim como para subgrupos estratificados por sexo, grupo etário, escolaridade, reprovação e escola (ver tabela 5). A estratificação foi realizada para que pudéssemos analisar o efeito de cada um desses fatores na confiabilidade do questionário.

O coeficiente de correlação intraclasse global estimado foi 0,78 (com intervalo de confiança de 95% de 0,72 a 0,83), sugerindo uma boa confiabilidade da versão do questionário *SPIN*, nessa população.

A diferença observada entre o sexo feminino (CCIC = 0,79) e masculino (CCIC = 0,72) não foi estatisticamente significativa para um nível de 5%, uma vez que os intervalos de confiança do sexo feminino incluem a estimativa pontual do sexo masculino, e vice-versa. Também não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os diferentes grupos etários, ou quando comparamos alunos que haviam sido reprovados com aqueles sem nenhuma reprovação.

Já na estratificação por escolaridade, podemos observar diferença entre os coeficientes de alguns estratos, com CCIC mais elevados nos extremos.

Uma diferença maior pode ser observada quando comparamos os coeficientes de correlação intraclasse das duas escolas (0,76 para a escola I e 0,91 para a escola II). Esta tendência é mantida mesmo com nova estratificação para as demais variáveis, apesar da perda de significância estatística, possivelmente causada pela redução da amostra nos estratos (ver tabela 6). Para evitarmos uma redução ainda maior, as variáveis grupo etário e escolaridade foram aí estratificadas em apenas duas categorias.

**Tabela 5. Confiabilidade teste-reteste. Coeficientes de Correlação Intraclasse (CCIC).**

		CCIC	IC 95%
<b>Global</b>		0,78	0,72 – 0,83
<b>Sexo</b>	Feminino	0,79	0,71 – 0,85
	Masculino	0,72	0,56 – 0,82
<b>Grupo etário</b>	10-11 anos	0,70	0,39 – 0,87
	12-13 anos	0,80	0,70 – 0,87
	14-15 anos	0,78	0,64 – 0,87
	16-17 anos	0,74	0,42 – 0,90
	≥ 18anos	0,71	-0,09 – 0,95
<b>Escolaridade</b>	5 <sup>a</sup> série	0,87	0,79 – 0,92
	6 <sup>a</sup> série	0,76	0,63 – 0,85
	7 <sup>a</sup> série	0,53	0,17 – 0,77
	8 <sup>a</sup> série	0,82	0,66 – 0,91
<b>Reprovação</b>	Sim	0,77	0,66 – 0,85
	Não	0,79	0,70 – 0,85
<b>Escola</b>	I	0,76	0,68 – 0,82
	II	0,91	0,82 – 0,96

**Tabela 6. Coeficientes de Correlação Intraclasse (CCIC) das duas escolas, estratificados pelas demais variáveis.**

		Escola I	IC 95%	Escola II	IC 95%
<b>Sexo</b>	Feminino	0,78	0,68 – 0,85	0,89	0,75 – 0,96
	Masculino	0,67	0,48 – 0,80	0,92	0,75 – 0,98
<b>Grupo etário</b>	10-14 anos	0,79	0,72 – 0,85	0,91	0,79 – 0,97
	≥ 15anos	0,57	0,21 – 0,79	0,91	0,72 – 0,97
<b>Escolaridade</b>	5 <sup>a</sup> e 6 <sup>a</sup> séries	0,80	0,71 – 0,86	0,93	0,84 – 0,97
	7 <sup>a</sup> e 8 <sup>a</sup> séries	0,65	0,44 – 0,79	0,82	0,42 – 0,95
<b>Reprovação</b>	Sim	0,76	0,61 – 0,86	0,86	0,67 – 0,95
	Não	0,76	0,66 – 0,84	0,93	0,79 – 0,98

#### 6.1.4. Confiabilidade das perguntas do questionário

No cálculo da confiabilidade para cada um dos 17 itens da versão do questionário *SPIN*, foram obtidos valores de kappa ponderado variando de 0,32 a 0,65<sup>1</sup> (ver tabela 7). Os itens 1 e 4 do questionário (“*Eu tenho medo de autoridades*” e “*Eu evito falar com pessoas que eu não conheço*”, respectivamente) apresentaram as menores concordâncias entre as respostas do teste e reteste, com valor de kappa considerado sofrível ou pobre. Os itens que apresentaram as maiores concordâncias entre as respostas da primeira e segunda aplicação do questionário foram: o item 7 (“*Suar na frente dos outros me causa mal-estar*”); o item 11 (“*Eu evito ter que fazer discursos – como falar na frente da turma ou para uma platéia*”); o item 13 (“*Palpitações – batidas fortes ou rápidas - do coração me incomodam quando eu estou perto dos outros*”) e o item 17 (“*Tremer na frente dos outros me causa mal-estar*”), com uma substancial (ou boa) estimativa do kappa. Para os demais itens, foram estimados valores situados na faixa de concordância considerada razoável ou moderada.

A análise da confiabilidade para cada item do questionário também foi estratificada pelas demais variáveis (ver tabela 7 e anexos D, E e F).

Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os sexos, entre as escolas, entre os grupos etários, escolaridade ou na presença ou ausência de reprovação. Com a estratificação, e conseqüente redução da amostra em cada um dos estratos, também houve aumento da amplitude dos intervalos de confiança, com diminuição da precisão dos valores encontrados.

Os valores estimados de kappa bruto - isto é, sem atribuímos pesos diferentes às discordâncias - foram ainda menores do que aqueles estimados a partir da ponderação (ver anexo 7). Este coeficiente bruto é uma medida da exata concordância entre as respostas dos testes e dos retestes, que excede a concordância esperada ao acaso.

---

<sup>1</sup> Landis & Koch, (1977) classificam a concordância segundo os valores de kappa da seguinte forma: concordância pobre ( $\kappa < 0,00$ ); leve ( $0,00 < \kappa < 0,20$ ); sofrível ( $0,21 < \kappa < 0,40$ ); moderada ( $0,41 < \kappa < 0,60$ ); substancial ( $0,61 < \kappa < 0,80$ ); quase perfeita ( $0,81 < \kappa < 1,00$ ).

Para Morgenstern (1989) a classificação da concordância seria: inferior ao acaso ( $\kappa < 0$ ); por mero acaso ( $\kappa = 0$ ); pobre ( $0 < \kappa < 0,4$ ); razoável ( $0,4 < \kappa < 0,6$ ); boa ( $0,6 < \kappa < 0,8$ ); excelente ( $\kappa > 0,8$ ); e concordância perfeita ( $\kappa = 1$ ).

**Tabela 7. Confiabilidade teste-reteste.****Valores de kappa ponderado para cada item do questionário SPIN e estratificado pela variável sexo.**

	Total		Sexo			
	kw2	IC 95%	F	IC 95%	M	IC 95%
1. Eu tenho medo de autoridades (p.ex, professores, instrutores, diretor, etc.).	0,36	0,22 – 0,50	0,39	0,22 – 0,56	0,27	0,03 – 0,52
2. Eu fico incomodado de corar (ficar vermelho) na frente dos outros.	0,45	0,31 – 0,59	0,41	0,24 – 0,58	0,51	0,27 – 0,75
3. Festas e eventos sociais me assustam.	0,45	0,31 – 0,59	0,38	0,21 – 0,55	0,60	0,38 – 0,82
4. Eu evito falar com pessoas que eu não conheço.	0,32	0,18 – 0,46	0,37	0,20 – 0,54	0,24	0,00 – 0,48
5. Ser criticado me assusta muito.	0,50	0,36 – 0,64	0,54	0,37 – 0,71	0,40	0,16 – 0,64
6. O medo de ficar constrangido me faz evitar fazer coisas ou falar com outras pessoas.	0,45	0,31 – 0,59	0,45	0,28 – 0,62	0,43	0,19 – 0,68
7. Suar na frente dos outros me causa mal-estar.	0,61	0,47 – 0,75	0,64	0,47 – 0,81	0,51	0,27 – 0,75
8. Eu evito ir a festas.	0,55	0,41 – 0,69	0,60	0,42 – 0,78	0,47	0,22 – 0,72
9. Eu evito atividades nas quais sou o centro das atenções.	0,52	0,38 – 0,66	0,56	0,38 – 0,74	0,41	0,17 – 0,66
10. Falar com estranhos me assusta.	0,43	0,29 – 0,57	0,41	0,24 – 0,58	0,41	0,16 – 0,66
11. Eu evito ter que fazer discursos (como falar na frente da turma ou para uma platéia).	0,65	0,51 – 0,79	0,65	0,48 – 0,82	0,61	0,37 – 0,86
12. Eu faria qualquer coisa para evitar ser o centro das atenções.	0,45	0,31 – 0,59	0,45	0,38 – 0,62	0,41	0,16 – 0,66
13. Palpitações (batidas fortes ou rápidas) do coração me incomodam quando eu estou perto dos outros.	0,65	0,51 – 0,79	0,67	0,50 – 0,84	0,54	0,30 – 0,78
14. Eu tenho medo de fazer coisas quando as pessoas possam estar olhando.	0,44	0,30 – 0,58	0,43	0,26 – 0,60	0,40	0,15 – 0,64
15. Ficar constrangido ou parecer estúpido estão entre meus piores medos.	0,48	0,34 – 0,62	0,49	0,32 – 0,66	0,39	0,15 – 0,64
16. Eu evito falar com qualquer autoridade (p.ex, professores, instrutores, diretor, etc.).	0,53	0,39 – 0,67	0,59	0,42 – 0,76	0,32	0,08 – 0,57
17. Tremer na frente dos outros me causa mal-estar.	0,63	0,49 – 0,77	0,61	0,44 – 0,78	0,66	0,42 – 0,90

Com o intuito de identificar a estrutura de concordância dos dados, foram ajustados diferentes modelos log-lineares, segundo os padrões descritos no item 4.6.2 do capítulo “Metodologia” (ver tabela 8).

Em nenhum dos itens do questionário *SPIN*, o modelo de “independência” se ajustou aos dados, indicando que a concordância observada entre as respostas do teste e reteste não pode ser atribuída somente ao acaso, e que algum tipo de relação deve existir entre as duas medidas.

Nos itens 1, 2, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 16 e 17, o modelo que melhor se ajustou aos dados foi o de “semi-associação”. Na diagonal principal, a concordância das respostas entre o teste e reteste foi maior para as categorias “Nada” e “Um pouquinho”. Quando não houve concordância exata das respostas, ainda assim se observa um padrão de discordância em que pontuações baixas (altas) no item do teste correspondam a pontuações baixas (altas) no mesmo item do reteste.

Já nos itens 3, 4, 6 e 8, o modelo que melhor se ajustou aos dados foi o de “*quasi*-independência”. Na diagonal principal, a concordância das respostas entre o teste e reteste também foi maior para as categorias “Nada” e “Um pouquinho”. Nas demais células, fora da diagonal principal, não se observou associação além daquela esperada ao acaso.

No item 13, o modelo que melhor se ajustou aos dados foi o modelo de “concordância diagonal + associação linear por linear”. Este indica que, além da concordância exata entre as respostas e da concordância devido ao acaso, pode também ser observada uma tendência em que altas (baixas) pontuações no item do teste estejam associadas a altas (baixas) pontuações no mesmo item do reteste, quando as respostas não concordam exatamente.

No item 14, nenhum dos modelos investigados foi capaz de explicar adequadamente a distribuição dos dados, embora o modelo de semi-associação tenha alcançado um nível limítrofe de significância estatística ( $p$ -valor = 0,08).

**Tabela 8. Modelos Log-lineares. Valores da Razão de Verossimilhança ( $G^2$ ) e graus de liberdade ( $df$ ) para cada um dos 17 itens do questionário SPIN. Os modelos que melhor se ajustaram aos dados se apresentam sombreados na tabela.**

Itens do SPIN	Descrição do Modelo													
	Independência		Concordância diagonal		Associação Linear por Linear		Concordância diagonal + Associação Linear por Linear		Parâmetros Triangulares		Semi-Associação		Quasi Independência	
	$G^2$	$df$	$G^2$	$df$	$G^2$	$df$	$G^2$	$df$	$G^2$	$df$	$G^2$	$df$	$G^2$	$df$
1.	91,59	16	27,27	15	69,74	15	26,85	14	26,37	14	10,32	10	15,64	11
2.	62,16	16	26,82	15	28,13	15	15,65	14	26,58	14	8,18	10	12,52	11
3.	58,32	16	29,51	15	36,57	15	23,75	14	29,28	14	15,38	10	16,09	11
4.	46,94	16	11,70	15	26,87	15	9,53	14	11,13	14	5,75	10	5,85	11
5.	87,47	16	39,96	15	36,05	15	23,63	14	39,80	14	13,07	10	18,31	11
6.	77,35	16	31,74	15	38,30	15	21,76	14	31,23	14	12,41	10	12,46	11
7.	77,69	16	46,73	15	21,05	15	17,34	14	45,32	14	9,10	10	30,16	11
8.	72,65	16	28,45	15	38,68	15	21,97	14	28,11	14	15,91	10	16,32	11
9.	83,96	16	32,65	15	33,46	15	18,06	14	32,35	14	10,71	10	13,07	11
10.	71,60	16	27,77	15	36,80	15	19,69	14	27,48	14	14,93	10	17,23	11
11.	131,94	16	36,69	15	34,72	15	12,95	14	35,84	14	7,19	10	20,88	11
12.	76,27	16	27,61	15	34,83	15	18,48	14	27,19	14	13,52	10	16,90	11
13.	103,62	16	43,69	15	20,61	15	11,38	14	41,80	14	10,63	10	33,40	11
14.	71,96	16	43,94	15	33,91	15	27,77	14	43,14	14	16,82*	10	23,49	11
15.	76,55	16	27,81	15	28,43	15	13,50	14	27,63	14	5,10	10	8,52	11
16.	88,51	16	44,19	15	43,50	15	30,11	14	44,18	14	12,23	10	33,31	11
17.	108,83	16	61,34	15	35,63	15	28,95	14	58,45	14	15,28	10	35,82	11

\*  $p=0,08$

## 6.2. Validade

### 6.2.1 – Descrição da população do estudo

Dos cem alunos selecionados aleatoriamente para participarem do estudo de validade entre os 378 que responderam o teste, 98 foram entrevistados pela autora através da aplicação da seção D do *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Dois alunos não foram encontrados na escola no período de, aproximadamente, um mês e meio em que foi realizada a segunda fase da pesquisa e, portanto, não chegaram a ser entrevistados.

Foram incluídos na entrevista os sinônimos de duas palavras que poderiam representar alguma dificuldade de compreensão por parte dos alunos: “dia-a-dia”, para explicar a palavra “quotidiano” e “atrapalhar”, para explicar “interferir”. Duas expressões foram também simplificadas: “desconforto gástrico” foi substituída por “desconforto no estômago”; e “as pessoas diferem muito” foi substituída por “as pessoas são muito diferentes”.

Apesar das alterações, duas entrevistas foram excluídas da análise, devido à grande dificuldade apresentada por esses alunos na compreensão de várias questões do instrumento. A seção D do *CIDI* não pareceu, por esse motivo, válida para a classificação diagnóstica nesses dois casos. Foram consideradas, portanto, 96 entrevistas estruturadas para serem comparadas com a pontuação obtida na primeira aplicação do questionário *SPIN*.

Onze alunos foram classificados, segundo os critérios do DSM-IV, como tendo apresentado fobia social em algum momento de suas vidas. O diagnóstico foi gerado considerando o critério F do DSM-IV, que restringe o diagnóstico nos indivíduos menores de 18 anos, classificando como fobia social apenas aqueles em que a duração dos sintomas for maior do que seis meses. Mas, como a maior parte dos alunos pareceu apresentar dificuldades de compreensão da questão D37C<sup>2</sup>, que se refere ao critério F,

---

<sup>2</sup> “Qual foi o maior período em que você teve (medo/necessidade de evitação) de qualquer uma das situações nas quais você poderia ser o centro das atenções?”.

<sup>3</sup> “Quando foi a (primeira/última) vez em que você (teve medo de/ evitou) situações nas quais poderia ser o centro da atenção, como aquelas circuladas no cartão D2?”.

<sup>4</sup> “Entre a primeira e a última vez, este (medo das/ necessidade de evitar as) situações nas quais você seria o centro das atenções, como aquelas no cartão D2, estava quase sempre presente quando tinha que enfrentar uma dessas situações ou pensava que poderia ter que enfrentar a situação?”.

as entrevistas foram revistas levando-se em consideração também a questão D41<sup>3</sup> - referente à data de início e término dos sintomas – e a questão D42<sup>4</sup>.

A versão utilizada do *CIDI* investigava diagnósticos presentes ao longo da vida e não apenas atuais, e em dois desses onze alunos, os sintomas já haviam remitido há mais de seis meses. Foram considerados para o estudo de validade apenas os nove alunos cujos sintomas ainda estavam presentes nos últimos seis meses - período em que foi aplicado o questionário *SPIN*.

Um desses alunos classificados como fóbicos sociais também preencheu critérios para transtorno de ansiedade generalizada e sete desses alunos preencheram critérios para pelo menos um tipo de fobia específica, também segundo os critérios do DSM-IV.

Nenhum dos 96 alunos entrevistados foi classificado como fóbico social segundo os critérios da CID-10, e o diagnóstico foi indeterminado em dois alunos. Segundo essa mesma classificação, nove alunos apresentavam agorafobia sem pânico, sendo que seis desses alunos foram classificados como fóbicos sociais pelos critérios do DSM-IV. Dois alunos preencheram critérios diagnósticos da CID-10 para transtorno de ansiedade generalizada, sendo que um desses foi também diagnosticado como fóbico social pelo DSM-IV.

### **6.2.2 - Validade de critério**

Para o cálculo da sensibilidade e especificidade através dos algoritmos propostos por Choi (1992), e apresentados no item 4.6.3 da “Metodologia”, foi preciso estimar uma prevalência do transtorno na população inicial do estudo, ou seja, no grupo de 378 alunos que responderam o teste. Para o estudo de validade, foram selecionados, aleatoriamente, 50 alunos com escore menor do que 15 e outros 50, com escore maior ou igual a quinze no *SPIN*. Excluindo os alunos que não participaram da pesquisa por não terem sido encontrados na escola e aqueles que não puderam compreender o *CIDI*, restaram 48 alunos em cada grupo. No primeiro grupo, 2 alunos foram classificados como fóbicos sociais pelos critérios do DSM-IV, enquanto no segundo grupo 7 alunos preencheram esses mesmos critérios. Como do total de alunos, 149 haviam obtido uma

pontuação menor do que 15 no *SPIN* e 229 haviam obtido uma pontuação maior ou igual a este valor, através de regra de três temos:

$$\begin{array}{ccc} 2 \text{ ----}48 & \& & 7 \text{ ----}48 \\ x \text{ ----}149 \Rightarrow x \simeq 6 & & & x \text{ ----}229 \Rightarrow x \simeq 33 \end{array}$$

$$6 + 33 = 39$$

$$39 / 378 \simeq 0,10$$

A partir da prevalência estimada de 10%, foram calculados, então, os valores de sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivos e negativos para cada ponto de corte. Estes foram estabelecidos a partir dos escores obtidos no *SPIN* por cada um dos alunos classificados como fóbicos sociais pelo *CIDI*, segundo os critérios do DSM-IV.

Os valores poderão ser observados na tabela 9.

**Tabela 9. Validade de Critério.**  
Sensibilidade, Especificidade e Valores Preditivos - positivo e negativo- do *SPIN* para diferentes pontos de corte (considerando a prevalência de 10%).

Pontuação	Sensibilidade	IC 95%	Especificidade	IC 95%	Valor Preditivo Positivo	Valor Preditivo Negativo
13	0,93	0,80 – 1,00	0,28	0,23 – 0,33	0,13	0,97
16	0,86	0,67 – 1,00	0,43	0,37 – 0,49	0,16	0,96
20	0,75	0,50 – 1,00	0,57	0,51 – 0,63	0,17	0,95
22	0,66	0,38 – 0,94	0,67	0,60 -- 0,73	0,19	0,94
31	0,51	0,21 – 0,81	0,90	0,85 – 0,95	0,36	0,94
35	0,37	0,09 – 0,65	0,95	0,91 – 0,98	0,43	0,93
39	0,27	0,15 – 0,52	0,97	0,94 – 1,00	0,50	0,92
40	0,11	0,00 – 0,30	0,98	0,95 – 1,00	0,33	0,91

## 7. DISCUSSÃO

Assim como na avaliação psicométrica do instrumento original, a versão do *SPIN* para o português também apresentou um grau de consistência interna das respostas considerado bom, quando utilizado para pesquisa, e com valor muito próximo ao que Bland & Altman (1997) consideram necessário para aplicação clínica ( $\alpha$  de Cronbach  $> 0,90$ ). Essa boa consistência interna sugere que existe correlação entre os itens da escala, que representam um mesmo domínio - no caso, a fobia social.

Foi observado, também, um bom desempenho do instrumento no que diz respeito à confiabilidade teste-reteste do seu escore geral, sugerindo boa reprodutibilidade e estabilidade dos dados, que parece não depender do sexo, da idade ou do histórico de reprovação dos alunos - indicando que o instrumento pode ser utilizado nesses diferentes subgrupos. No entanto, os alunos que cursavam a 5<sup>a</sup> e a 8<sup>a</sup> série apresentaram maiores coeficientes de correlação intraclasse, mesmo quando os dados foram estratificados por escola. Este achado é de difícil explicação com os dados disponíveis no estudo.

Já a diferença observada entre as duas escolas, com melhor desempenho da segunda em comparação à primeira, não pode ser explicada pela diferença entre as variâncias dos escores de cada escola (variância da escola I=107,21; variância da escola II=88,16). Ao contrário do observado, seria esperada uma maior confiabilidade no grupo com maior variância dos escores, no caso a escola I. Parece, na realidade, que essa diferença pode ter sido causada pela diferença sistemática com que foram selecionados os alunos para participarem do estudo de confiabilidade (viés de seleção). Na segunda escola, só foram “retestados” os primeiros alunos a entregarem o termo de consentimento preenchido, o que poderia indicar um maior interesse e atenção desse grupo, quando comparado com os demais. Além disso, o absenteísmo aparentemente maior na segunda escola pode também ter contribuído com esse viés, com uma maior concentração de alunos interessados entre os presentes na sala de aula. A diferença entre os intervalos de aplicação do teste e reteste (15 dias, para a primeira escola e 13 dias, para a segunda) não nos parece significativa para explicar totalmente esse desempenho diferencial entre as duas escolas. Embora seja recomendado que o intervalo entre as

duas medidas seja longo o suficiente para reduzir artefatos de memória, mas também próximo o suficiente para diminuir a probabilidade de alterações sistemáticas, a definição exata desse intervalo é arbitrária (Shrout, 1995).

A observação das diferenças entre os escores no teste e reteste (gráficos de Bland & Altman) sugere, pelo menos no caso das alunas, que a magnitude da discordância cresce conforme se passa dos escores menores para os maiores. No entanto, é provável que tal fato não tenha grande influência sobre a validade do questionário, já que este padrão parece ocorrer apenas nos escores acima de 20-25, faixa esta que já considera o entrevistado como caso suspeito de fobia social.

Ao contrário do resultado observado para a pontuação total do instrumento, a confiabilidade de cada uma das 17 perguntas que formam o *SPIN* não foi boa. Embora em nenhum dos itens tenha sido estimada concordância igual ou inferior àquela esperada ao acaso, alguns itens mostraram confiabilidade baixa. Essa baixa confiabilidade não parece ser explicada por possíveis dificuldades na compreensão dos diferentes itens. Durante a aplicação do questionário, alguns alunos demonstraram dificuldade em compreender certas expressões, como nos itens 6 e 15 (“*ficar constrangido*”), e no item 12 (“*ser o centro das atenções*”). Entretanto, apesar da baixa confiabilidade observada para esses itens (0,45 e 0,48), essa não foi menor do que aquela para itens em que, aparentemente, não teria havido dificuldades de compreensão, como por exemplo, no quarto item (“*evitar falar com pessoas estranhas*”).

O contraste entre boa confiabilidade do escore global e confiabilidade apenas razoável ou boa observada ao analisarmos cada pergunta em particular parece sugerir que a falta de consistência nas respostas seja assistemática. Assim, uma menor pontuação no reteste em determinada questão estaria sendo compensada por uma maior pontuação em outro item. Como o questionário solicita que seja respondido com que intensidade os problemas da lista incomodaram na última semana, a menor estabilidade desses itens pode ser devido às diferentes oportunidades de exposição a determinadas situações nas semanas anteriores ao teste e reteste. De fato, três das quatro perguntas que apresentaram maiores valores de kappa descrevem o incômodo com sintomas físicos (itens 7, 11 e 13), que podem ser mais constantes do que as diferentes situações às quais o indivíduo possa ser exposto. A quarta pergunta com maior valor de kappa descreve a esquivar de situações em que seja necessário falar em público. Vários estudos apontam esse como sendo o sintoma mais prevalente de ansiedade social e essa medida

(kappa) pode ser sensível a variações na prevalência, o que talvez possa justificar esse maior valor.

Quanto ao estudo da estrutura da concordância através do ajuste de modelos log-lineares, era esperado que o modelo de independência não se ajustasse bem aos dados, como deve ocorrer em estudos de confiabilidade teste-reteste.

Em 12 dos 17 itens do questionário, o padrão de concordância das respostas dos testes e retestes apresentava dois componentes: a concordância exata e a tendência a que respostas altas (baixas) nos itens do teste correspondessem a respostas altas (baixas) nos mesmos itens do reteste. Em onze dessas doze perguntas, essa concordância exata era maior nas categorias em que o sintoma estava ausente ou estava presente de forma branda. Os itens que apresentaram maiores valores de kappa ponderado corresponderam à estrutura de concordância acima descrita.

Tivemos preocupação em explicar algumas perguntas da entrevista diagnóstica utilizada como “padrão-ouro” (*Composite International Diagnostic Interview - CIDI*), uma vez que esse instrumento é mais comumente utilizado entre maiores de 18 anos, embora já tenha sido utilizado no Brasil, com bom desempenho, a partir dos 15 anos de idade (Quintana, 2001). Na Alemanha, o instrumento foi utilizado em um estudo com adolescentes mais jovens, a partir de 12 anos de idade (Essau, *et al.*, 1999).

Embora talvez esse não seja o instrumento mais adequado para ser utilizado como padrão-ouro nessa faixa etária, não há, até o momento, entrevista diagnóstica específica para essa idade que já tenha sido validada para a população brasileira. Optamos por utilizar um instrumento padronizado ao invés da entrevista clínica, para garantirmos a homogeneidade dos critérios na entrevista.

A versão em português do questionário *SPIN* apresentou uma especificidade menor do que aquela obtida em avaliação psicométrica da versão original, o que talvez possa, pelo menos em parte, ser explicado pela escolha do padrão-ouro menos adequado para essa população. Os menores valores preditivos positivos decorrem da menor especificidade e da baixa prevalência desse transtorno nessa população. Para a utilização desse instrumento para triagem (*screening*) de fóbicos sociais na população geral, sugerimos a confirmação diagnóstica posterior com a utilização de outro instrumento mais específico ou da entrevista clínica, para estabelecimento de diagnóstico diferencial. O conhecimento dos seus valores de sensibilidade e

especificidade possibilitará a correção de estimativas de prevalência em estudos posteriores que utilizem esse instrumento.

Sugerimos o escore 20 como novo ponto de corte para a diferenciação de fóbicos e não-fóbicos sociais nessa população, onde nos parece serem maiores os valores de sensibilidade e especificidade. No entanto, tal recomendação deve ser vista com cautela, já que o pequeno número de casos de fobia social na amostra do estudo de validação contribui para a pouca precisão desses índices.

No estudo de validade, é importante observarmos a diferença entre os diagnósticos estabelecidos através das duas classificações psiquiátricas. Não parece que essa diferença tenha sido causada pela restrição imposta pelo critério B da CID-10 - que exige a presença de pelo menos dois sintomas físicos de ansiedade, juntamente com mais um sintoma entre estes: rubor ou tremor; medo de vomitar e urgência ou medo de urinar ou defecar. Todos os alunos que preencheram os critérios diagnósticos do DSM-IV para fobia social, também preencheram esse critério da CID-10, bem como os critérios A e C (exceto uma aluna que não preencheu o critério C). O critério da CID-10 para estabelecer o diagnóstico de fobia social que estava ausente era o critério D - que define que os sintomas devam ser restritos ou predominarem nas situações temidas ou na contemplação das mesmas. Talvez, essa restrição possa elevar a especificidade desse diagnóstico, mas também pode não permitir que o diagnóstico de fobia social seja feito na existência de comorbidades.

Embora o estudo aponte essas diferenças dos critérios diagnósticos das classificações psiquiátricas atuais, o número pequeno de fóbicos sociais não permite qualquer conclusão sobre a significância dessa diferença. É importante lembrarmos a própria limitação das entrevistas estruturadas, das classificações e do corte transversal no estabelecimento de um diagnóstico psiquiátrico. Apesar de elevarmos sua confiabilidade, prescindimos, muitas vezes, da sensibilidade clínica e do tempo para observação da evolução dos transtornos para estabelecermos diagnósticos diferenciais. Está além do nosso objetivo e da nossa possibilidade, discutir essas questões de forma aprofundada, mas pensamos que estudos epidemiológicos sobre a confiabilidade e validade desses diagnósticos, bem como a possibilidade de diálogo com outras disciplinas, são necessários e sempre bem-vindos.

## 8. CONCLUSÃO

1. A versão em português do *SPIN* exibiu propriedades psicométricas aceitáveis, com resultados de confiabilidade consistentes com aqueles obtidos na avaliação da versão original em inglês. Na análise da estrutura da concordância, o modelo log-linear que melhor se ajustou aos dados na maior parte dos itens foi o modelo de “semi-associação”, sugerindo um padrão de concordância exata diferente para cada categoria da variável (maior para as categorias 0 e 1), e um padrão de discordância onde existe uma tendência em que pontuações baixas (altas) no teste correspondam a pontuações baixas (altas) no reteste.
2. A menor especificidade da versão em português pode ser devida à escolha de um “padrão-ouro” não tão adequado à população do estudo. Sem dúvida, uma vez disponível uma entrevista diagnóstica específica para essa faixa etária, traduzida e validada para a nossa população, a sua utilização como “padrão-ouro” poderá possibilitar uma melhor conclusão sobre a validade da versão do *SPIN* entre adolescentes.
3. Critérios do DSM IV e CID 10 levaram a identificação de um número de casos suspeitos de fobia social muito diferentes.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGRESTI, A., 1988. A model for agreement between ratings on an ordinal scale. *Biometrics*, 44: 539-548.
- ALBANO, A. M. & DETWEILER, M. F., 2001. The Developmental and Clinical Impact of Social Anxiety and Social Phobia in Children and Adolescents. In: *From Social Anxiety to Social Phobia - Multiple Perspectives* (S. G. Hofmann & P. M. Dibartolo, org.), pp. 162-178, Boston: Allyn & Bacon.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 1995 *DSM IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (Dayse Batista, Trad.), 4 edição, Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- BARLOW, D. H. & LIEBOWITZ, M. R., 1995. Specific Phobia and Social Phobia. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (eds H. I. Kaplan. & B. J. Sadock), Sixth Edition, Vol. 1, pp. 1204-1218, New York: Williams & Wilkins.
- BEIDEL, D. C. , 1998. Social Anxiety Disorder: Etiology and Early Clinical Presentation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (suppl.17): 27-31.
- BEIDEL, D. C. & TURNER, S. M., 1998. Clinical Presentation of Social Phobia in Children and Adolescents. In: *Shy Children, Phobic Adults - Nature and Treatment of Social Phobia* (eds D. C. Beidel & S. M. Turner), Vol. 1, pp. 33-57, Washington: American Psychological Association.
- BEIDEL, D. C., TURNER, S. M. & MORRIS, T. L. , 1999. Psychopathology of Childhood Social Phobia. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (6): 643-650.
- BERENSON, C. K. , 1998. Frequently Missed Diagnoses in Adolescent Psychiatry. *The Psychiatric Clinics of North America*, 21 (4): 917-926.
- BERRIOS, G. E., 1996. Anxiety and cognate disorders. In: *The History of Mental Symptoms - Descriptive psychopathology since the nineteenth century* (ed G. E. Berrios), Vol. 1, pp. 263-288. Cambridge: Cambridge University Press.
- BLAND, J. M. & ALTMAN, D. G. , 1986. Statistical Methods for Assessing Agreement Between two Methods of Clinical Measurement. *The Lancet*, February (8): 307-310.
- BLAND, J. M. & ALTMAN, D. G. , 1997. Statistics notes: Cronbach's alpha. *British Medical Journal*, 314: 572. 22 February 1997  
<<http://bmj.com/cgi/citmgr?gca=bmj;314/7080/572>>
- BOBES, J.; BADIA, X.; LUQUE, A.; GARCIA, M.; GONZÁLES, M. P. & DAL-RÉ, R. , 1999. Validación de las versiones de los cuestionários Liebowitz Social Anxiety

Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica*, 112 (14): 530-538.

BOYD, J. H.; RAE, D. S.; THOMPSON, J. W.; BURNS, B. J.; BOURDON, K.; LOCKE, B. Z. & REGIER, D. A. , 1990. Phobia: prevalence and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25: 314-323.

CANINO, G.; BIRD, H. R.; SHROUT, P. E.; RUBIO-STIPEC, M.; BRAVO, M.; MARTINEZ, R.; SESMAN, M. & GUEVARA, L. M. , 1987). The Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 44 (Aug): 727-735.

CHALEBY, K. S. & RASLAN, A. , 1990. Delineation of Social Phobia in Saudian Arabians. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25: 324-327.

CHOI, B. C. K. , 1992. Sensitivity and Specificity of a Single Diagnostic Test in Presence of Work-Up Bias. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45 (6): 581-586.

CLARK, D. B.; BUKSTEIN, O. G.; SMITH, M. G.; KACZYNSKI, N. A.; MEZZICH, A. C. & DONOVAN, J. E. , 1995. Identifying Anxiety Disorders in Adolescents Hospitalized for Alcohol Abuse or Dependence. *Psychiatric Services*, 46 (6): 618-620.

COMPTON, S. N.; NELSON, A. H. & MARCH, J. S. , 2000. Social Phobia and Separation Anxiety Symptoms in Community and Clinical Samples of Children and Adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 39 (8): 1040-1046.

CONNOR, K. M.; DAVIDSON, J. R. T.; CHURCHILL, L. E.; SHERWOOD, A.; FOA, E. & WEISLER, R. H., 2000. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, 176: 379-386.

COX, B. J.; DIRENFELD, D. M.; SWINSON, R. P. & NORTON, G. R. , 1994. Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Panic Disorder and Social Phobia. *American Journal of Psychiatry*, 151 (6): 882-887.

DEWIT, D. J.; MACDONALD, K. & OFFORD, D. R. , 1999. Childhood Stress and Symptoms of Drug Dependence in Adolescence and Early Adulthood: Social Phobia as a Mediator. *American Orthopsychiatric Association*, 69 (1): 61-72.

ESSAU, C. A.; CONRADT, J. & PETERMANN, F. , 1999. Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 37: 831-843.

FLEISS, J. L., 1981. *Statistical methods for rates and proportional*. Second edition, pp. 237-255, New York: John Wiley & Sons.

FURMARK, T.; TILLFORS, M.; EVERZ, P.-O.; MARTEINSDOTTIR, I.; GEFVERT, O. & FREDRIKSON, M. , 1999. Social phobia in the general population: prevalence

and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34: 416-424.

GOLDSTEIN, J.M. & SIMPSON, J.C., 1995. Validity: Definitions and Applications to Psychiatric Research. In: *Textbook in Psychiatry Epidemiology* (ed T. T. a. Zahner), pp. 229-242: Wiley-Liss, Inc.

GRAHAM, P. & JACKSON, R. , 1993. The Analysis of Ordinal Agreement Data: Beyond Weighted Kappa. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46 (9): 1055-1062.

HERBERT, J. D.; HOPE, D. A. & BELLACK, A. S. , 1992. Validity of the Distinction Between Generalized Social Phobia and Avoidant Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (2): 332-339.

HERBERT, J. D., RHEINGOLD, A. A. & BRANDSMA, L. L., 2001. Assessment of Social Anxiety and Social Phobia. In: *From social anxiety to social phobia: multiples perspectives* (eds S. G. Hoffmann & P. M. diBartolo), Vol. 2, pp. 20-45, Boston: A Person Education Company.

JORGE, M. R., 2000. Adaptação transcultural de instrumentos de Pesquisa em Saúde Mental. In: *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia* (C. Gorenstein, L. H. S. G. Andrade & A. W. Zuardi, org), 1a. edição, Vol. 1, pp. 53-58. Rio de Janeiro: Lemos Editorial.

KASH, K. L. & KLEIN, D. N. , 1996. The Relationship Between Age at Onset and Comorbidity in Psychiatric Disorders. *J Nerv Ment Dis*, 184 (11): 703-707.

KESSLER, R. C.; MCGONAGLE, K. A.; ZHAO, S.; NELSON, C. B.; HUGHES, M.; ESHLEMAN, S.; WITTCHEN, H.-U. & KENDLER, K. S. , 1994. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatry Disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51 (Jan): 8-19.

KESSLER, R. C.; STEIN, M. B. & BERGLUND, P. , 1998. Social Phobia Subtypes in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 155 (5): 613-619.

LAGRECA, A. M. & LOPEZ, N. , 1998. Social Anxiety Among Adolescents: Linkages with Peer Relations and Friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26 (2): 83-94.

LANDIS, J. R. & KOCH, G. G. , 1977. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33 (March): 159-174.

LECRUBIER, Y. , 1998. Comorbidity in Social Anxiety Disorder: Impact on Disease Burden and Management. *J Clin Psychiatry*, 59 (suppl 17): 33-37.

LIPSITZ, J. D. & SCHNEIER, F. R. , 2000. Social Phobia - Epidemiology and Cost of Illness. *Pharmacoeconomics*, 18 (1): 23-32.

MACLURE, M. & WILLETT, W. C. , 1987. Misinterpretation and Misuse of the Kappa Statistic. *American Journal of Epidemiology*, 126 (2): 161-169.

MANNUZZA, S.; SCHNEIER, F. R.; CHAPMAN, T. F.; LIEBOWITZ, M. R.; KLEIN, D. F. & FYER, A. J., 1995. Generalized Social Phobia - Reliability and Validity. *Archives of General Psychiatry*, 52 (Mar): 230-237.

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.

MAY, S. M. , 1994. Modelling Observer Agreement - An Alternative to Kappa. *Journal of Clinical Epidemiology*, 47 (11): 1315-1324.

MERIKANGAS, K. R.; ANGST, J.; EATON, W.; CANINO, G.; RUBIO-STIPEC, M.; WACKER, H.; WITTCHEN, H.-U.; ANDRADE, L.; ESSAU, C.; WHITAKER, A.; KRAEMER, H.; ROBINS, L. N. & KUPFER, D. J. , 1996. Comorbidity and Boundaries of Affective Disorders with Anxiety and Substance Misuse: Results of an International Task Force. *British Journal of Psychiatry*, 168 (suppl.30): 58-67.

MILNE, J. M.; GARRISON, C. Z.; ADDY, C. L.; MACKEOWN, R. E.; JACKSON, K. L.; CUFFE, S. P. & WALLER, J. L. , 1995. Frequency of Phobic Disorder in a Community Sample of Young Adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 34 (9): 1202-1211.

MORGENSTERN, H. , 1989. *Epidemiologic methods - class notes*. UCLA School of Public Health, winter 1989.

MYERS, J. K.; WEISSMAN, M. M.; TISCHLER, G. L.; HOLZER III, C. E. H.; LEAF, P. J.; ORVASCHEL, H.; ANTHONY, J. C.; BOYD, J. H.; BURKE JR, J. D.; KRAMER, M. & STOLTZMAN, R. , 1984. Six-Month Prevalence of Psychiatric Disorders in Three Communities. *Archives of General Psychiatry*, 41 (Oct): 959-967.

NELSON, E. C.; GRANT, J. D.; BUCHOLZ, K. K.; GLOWINSKI, A.; MADDEN, P. A. F.; REICH, W. & HEATH, A. C. , 2000. Social phobia in a population-based female adolescent twin sample: comorbidity and associated suicide-related symptoms. *Psychological Medicine*, 30: 797-804.

NETO, F. L., 2000. Escalas para avaliação de fobias. In: *Escalas para Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia* (C. Gorenstein, L. H. S. G. Andrade & A. W. Zuardi, org.), Rio de Janeiro: Lemos Editorial.

OMS, 1997. *Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: referência rápida*, Porto alegre: Editora Artes Médicas.

OMS, 2001 *Composite International Diagnostic Interview* (Dra. Maria Inês Quintana, Trad.). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina.

OSMAN, A.; BARRIOS, F. X.; AUKES, D. & OSMAN, J. R. , 1995. Psychometric Evaluation of the Social Phobia and Anxiety Inventory in College Students. *Journal of Clinical Psychology*, 51 (2): 235-243.

PETERS, L. , 2000. Discriminant validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI), the Social Phobia Scale (SPS) and the Social Interaction Anxiety Scale (SIAS). *Behavior Research and Therapy*, 38 (June): 943-950.

PINE, D. S.; COHEN, P.; GURLEY, D.; BROOK, J. & MA, Y. , 1998. The Risk for Early-Adulthood Anxiety and Depressive Disorders in Adolescents with Anxiety and Depressive Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 5 (Jan): 56-64.

QUINTANA, M. I., 2001. (Comunicação Pessoal). *Treinamento - Composite International Diagnostic Interview*. Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo, maio/2001.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. & HASSELMANN, M. H. , 2000. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear violência contra a mulher grávida. *Revista de Saúde Pública*, 34 (6):610-616 <<http://www.fsp.usp.br/rsp>>

ROBINS, L. N.; HELZER, J. E., WEISSMAN, M. M.; ORVASCHEL, H.; GRUENBERG, E.; BURKE JR, J.D. & REGIER, D. A. , 1984. Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Sites. *Archives of General Psychiatry*, 41 (Oct): 949-958.

RODEBAUGH, T. L.; CHAMBLESS, D. L.; TERRILL, D. R.; FLOYD, M. & UHDE, T. , 2000. Convergent, Discriminant, and Criterion-related Validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Depression and Anxiety*, 11: 10-14.

SAFREN, S. A.; TURK, C. L. & HEIMBERG, R. G. , 1998. Factor Structure of the Social Phobia Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 36: 443-453.

SCHATZBERG, A. F.; SAMSON, J. A.; ROTHSCHILD, A. J.; BOND, T. C. & REGIER, D. A. , 1998. McLean Hospital Depression Research Facility: early-onset phobic disorders and adult-onset major depression. *British Journal of Psychiatry*, 173 (suppl.34): 29-34.

SCHNEIER, F. R.; JOHNSON, J.; HORNIG, C. D.; LIEBOWITZ, M. R. & WEISSMAN, M. M. , 1992. Social Phobia. Comorbidity and Morbidity in an Epidemiologic Sample. *Arch ives of General Psychiatry*, 49 (April): 282-288.

SCHWARTZ, C. E.; SNIDMAN, N. & KAGAN, J. , 1999. Adolescent Social Anxiety as an Outcome of Inhibited Temperament in Childhood. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 38 (8), 1008-1015.

SHROUT, P. E., 1995. Reliability. In: *Textbook in Psychiatry Epidemiology* (ed T. T. a. Zahner), pp. 213-227: Wiley-Liss, Inc.

SHROUT, P. E. & FLEISS, J. L. , 1979. Intraclass Correlations: Uses in Assessing Rater Reliability. *Psychological Bulletin*, 86 (2): 420-428.

SILVA, E. F. d. & PEREIRA, M. G. , 1998. Avaliação das Estruturas de Concordância e Discordância nos Estudos de Confiabilidade. *Revista de Saúde Pública*, 32 (4): 383-393.

STEIN, M. B. & KEAN, Y. M. , 2000. Disability and Quality of Life in Social Phobia: Epidemiologic Findings. *American Journal of Psychiatry*, 157 (10): 1606-1613.

STREINER, D.L. & Norman, G.R., 1989. Health Measurement Scales. A Practical Guide to their Development and Use, pp. 4-125. Oxford: Oxford University Press.

SZKLO, M. & NIETO, F. J., 2000. Quality Assurance and Control. In: *Epidemiology - Beyond the Basics* (eds M. Szklo & F. J. Nieto), Vol. 1, pp. 343-404. Maryland: Aspen Publishers.

TURNER, S. M.; BEIDEL, D. C. & DANCU, C. V., 1996 *SPAI - Social Phobia Anxiety Inventory - Manual*, Toronto: Multi-Health Systems Inc.

VENTURA, P.; NARDI, A. E.; SABOYA, E.; PINTO, S.; FIGUEIRA, I., MENDLOWICZ, M.; MORAES, A. d. & VERSIANI, M. , 1992. Suicídio em fobia social. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 41 (4): 163-165.

WITTCHEN, H. U.; STEIN, M. B. & KESSLER, R. C. , 1999. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29 (2): 309-323.

# ANEXOS

ANEXO A - *Social Phobia Inventory (SPIN)*, versão original em Inglês

### SOCIAL PHOBIA INVENTORY (SPIN)

Initials \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

**Please check how much the following problems have bothered you during the past year. Mark only one box for each problem and be sure to answer all items.**

	Not at all	A little bit	Somewhat	Very much	Extremely
1. I am afraid of people in authority.	<input type="checkbox"/>				
2. I am bothered by blushing in front of people.	<input type="checkbox"/>				
3. Parties and social events scare me.	<input type="checkbox"/>				
4. I avoid talking to people I don't know.	<input type="checkbox"/>				
5. Being criticized scares me a lot.	<input type="checkbox"/>				
6. Fear of embarrassment causes me to avoid doing things or speaking to people.	<input type="checkbox"/>				
7. Sweating in front of people causes me distress.	<input type="checkbox"/>				
8. I avoid going to parties.	<input type="checkbox"/>				
9. I avoid activities in which I am the center of attention.	<input type="checkbox"/>				
10. Talking to strangers scares me.	<input type="checkbox"/>				
11. I avoid having to give speeches.	<input type="checkbox"/>				
12. I would do anything to avoid being criticized.	<input type="checkbox"/>				
13. Heart palpitations bother me when I am around people.	<input type="checkbox"/>				
14. I am afraid of doing things when people might be watching.	<input type="checkbox"/>				
15. Being embarrassed or looking stupid are among my worst fears.	<input type="checkbox"/>				
16. I avoid speaking to anyone in authority	<input type="checkbox"/>				
17. Trembling or shaking in front of others is distressing to me.	<input type="checkbox"/>				

COPYRIGHT © JONATHAN DAVIDSON 1995

**INVENTÁRIO DE FOBIA SOCIAL (SPIN)**

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Por favor, verifique quanto (com que intensidade) os problemas seguintes incomodaram você durante a última semana. Marque apenas um retângulo para cada problema e esteja certo de que respondeu todos os itens.

	Nada	Um pouquinho	Alguma coisa	Muito	Extremamente
1. Eu tenho medo de autoridades (por exemplo, professores, instrutores, diretor, etc.).	<input type="checkbox"/>				
2. Eu fico incomodado de corar (ficar vermelho) na frente dos outros.	<input type="checkbox"/>				
3. Festas e eventos sociais me assustam.	<input type="checkbox"/>				
4. Eu evito falar com pessoas que eu não conheço.	<input type="checkbox"/>				
5. Ser criticado me assusta muito.	<input type="checkbox"/>				
6. O medo de ficar constrangido me faz evitar fazer coisas ou falar com outras pessoas.	<input type="checkbox"/>				
7. Suar na frente dos outros me causa mal-estar.	<input type="checkbox"/>				
8. Eu evito ir a festas.	<input type="checkbox"/>				
9. Eu evito atividades nas quais sou o centro das atenções.	<input type="checkbox"/>				
10. Falar com estranhos me assusta.	<input type="checkbox"/>				
11. Eu evito ter que fazer discursos ou palestras (como falar na frente da turma ou para uma platéia).	<input type="checkbox"/>				

Continua no verso ⇒

	Nada	Um pouquinho	Alguma coisa	Muito	Extremamente
12. Eu faria qualquer coisa para evitar ser criticado.	<input type="checkbox"/>				
13. Palpitações (batidas fortes ou rápidas) do coração me incomodam quando eu estou perto dos outros.	<input type="checkbox"/>				
14. Eu tenho medo de fazer coisas quando as pessoas possam estar olhando.	<input type="checkbox"/>				
15. Ficar constrangido ou parecer estúpido estão entre meus piores medos.	<input type="checkbox"/>				
16. Eu evito falar com qualquer autoridade (por exemplo, professores, instrutores, diretor, etc.).	<input type="checkbox"/>				
17. Tremer na frente dos outros me causa mal-estar.	<input type="checkbox"/>				

Nome:

---

Idade: \_\_\_\_ anos                      sexo: \_\_\_\_ (F = feminino; M = masculino).

Escola:

---

Série: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_

Já repetiu algum ano na escola? \_\_\_\_ (S = sim; N = não).

Quantas vezes? \_\_\_\_

Anexo C

**Ministério da Saúde - Fundação Oswaldo Cruz**  
**Escola Nacional de Saúde Pública**  
**Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde.**

**Validação de uma escala para a identificação de Fobia Social em uma população de adolescentes.**

Liliane M. P. Vilete, Ivan L. V. Figueira, Evandro S. F. Coutinho.

**Carta de Informação**

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade de um questionário na identificação de casos de Fobia Social, para que possamos realizar, no futuro, outros estudos que permitam conhecer melhor a importância desse problema nos estudantes. A Fobia Social é um transtorno de ansiedade em que os indivíduos se sentem muito nervosos em situações em que estão muito próximos a outras pessoas, podendo, por esse motivo, evitar essas situações.

Caso o(a) Sr.(a) concorde que seu filho participe dessa pesquisa, ele irá responder a algumas perguntas desse questionário, que já foi utilizado fora do Brasil, mas nunca aqui. Alguns alunos serão chamados para uma nova entrevista com dois psiquiatras, independentemente do resultado encontrado. Deseja-se comparar os resultados dos dois instrumentos da pesquisa (questionário e entrevista pelo psiquiatra). É importante lembrar que um resultado positivo não é, por si só, indicativo de qualquer problema psiquiátrico, pois esses instrumentos podem errar no diagnóstico. São justamente esses erros que desejamos conhecer. Se, no entanto, houver alguma necessidade de tratamento, vocês serão devidamente orientados pelos pesquisadores e, seu filho poderá ser encaminhado para tratamento em serviço adequado.

A participação nessa entrevista não trará risco à saúde de seu filho.

Seu filho não é obrigado a participar desse estudo ou a responder todas as perguntas. Ele poderá pedir explicações sobre estas perguntas e sobre a pesquisa, podendo também interromper sua participação em qualquer momento do estudo. Todas as informações obtidas são confidenciais, não podendo ser reveladas sem o consentimento de seu filho, e o nome desse não será revelado quando da publicação dos resultados.

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Na condição de responsável pelo menor \_\_\_\_\_, declaro estar ciente do conteúdo desta carta, entendendo que poderei solicitar mais esclarecimentos em qualquer momento.

Declaro, pois, dar meu consentimento para a participação do referido menor nesta pesquisa.

Nome da mãe ou responsável \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2001

Assinatura do responsável \_\_\_\_\_

Assinatura do aluno \_\_\_\_\_

Garanto o cumprimento dos compromissos acima descritos.

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

## Anexo D

**Tabela i. Confiabilidade teste-reteste. Valores de kappa ponderado para cada item do questionário SPIN, estratificado pelas variáveis escola e grupo etário.**

	Escola				Grupo etário			
	κw2				κw2			
	I	IC 95%	II	IC 95%	10-13 anos	IC 95%	≥14 anos	IC 95%
1. Eu tenho medo de autoridades (p.ex, professores, instrutores, diretor, etc.).	0,39	0,23 – 0,54	0,20	-0,13 – 0,53	0,38	0,19 – 0,56	0,32	0,10 – 0,54
2. Eu fico incomodado de corar (ficar vermelho) na frente dos outros.	0,35	0,20 – 0,51	0,75	0,41 – 1,08	0,40	0,22 – 0,59	0,53	0,31 – 0,75
3. Festas e eventos sociais me assustam.	0,38	0,22 – 0,54	0,77	0,44 – 1,11	0,47	0,29 – 0,66	0,41	0,19 – 0,63
4. Eu evito falar com pessoas que eu não conheço.	0,33	0,18 – 0,49	0,24	-0,09 – 0,57	0,35	0,16 – 0,53	0,23	0,00 – 0,45
5. Ser criticado me assusta muito.	0,54	0,38 – 0,70	0,28	-0,06 – 0,61	0,41	0,23 – 0,60	0,60	0,38 – 0,83
6. O medo de ficar constrangido me faz evitar fazer coisas ou falar com outras pessoas.	0,42	0,27 – 0,58	0,61	0,27 – 0,94	0,45	0,26 – 0,63	0,43	0,22 – 0,65
7. Suar na frente dos outros me causa mal-estar.	0,64	0,48 – 0,79	0,55	0,24 – 0,86	0,62	0,43 – 0,80	0,60	0,38 – 0,83
8. Eu evito ir a festas.	0,55	0,39 – 0,70	0,63	0,30 – 0,96	0,68	0,50 – 0,87	0,43	0,20 – 0,65
9. Eu evito atividades nas quais sou o centro das atenções.	0,52	0,36 – 0,68	0,51	0,18 – 0,85	0,54	0,35 – 0,72	0,48	0,25 – 0,70
10. Falar com estranhos me assusta.	0,47	0,31 – 0,62	0,15	-0,18 – 0,48	0,42	0,23 – 0,60	0,42	0,20 – 0,65
11. Eu evito ter que fazer discursos (como falar na frente da turma ou para uma platéia).	0,64	0,48 – 0,80	0,71	0,38 – 1,04	0,61	0,42 – 0,79	0,71	0,49 – 0,93
12. Eu faria qualquer coisa para evitar ser o centro das atenções.	0,44	0,28 – 0,59	0,54	0,21 – 0,87	0,48	0,29 – 0,66	0,40	0,18 – 0,62
13. Palpitações (batidas fortes ou rápidas) do coração me incomodam quando eu estou perto dos outros.	0,63	0,48 – 0,79	0,73	0,40 – 1,07	0,67	0,49 – 0,85	0,62	0,40 – 0,84
14. Eu tenho medo de fazer coisas quando as pessoas possam estar olhando.	0,46	0,30 – 0,61	0,22	-0,09 – 0,53	0,44	0,25 – 0,62	0,43	0,21 – 0,65
15. Ficar constrangido ou parecer estúpido estão entre meus piores medos.	0,49	0,33 – 0,64	0,44	0,10 – 0,78	0,50	0,32 – 0,69	0,43	0,21 – 0,65
16. Eu evito falar com qualquer autoridade (p.ex, professores, instrutores, diretor, etc.).	0,55	0,39 – 0,70	0,29	-0,55 – 0,62	0,64	0,45 – 0,82	0,289	0,07 – 0,51
17. Tremer na frente dos outros me causa mal-estar.	0,59	0,43 – 0,74	0,81	0,47 – 1,15	0,66	0,48 – 0,84	0,58	0,36 – 0,81

## Anexo E

**Tabela ii. Confiabilidade teste-reteste. Valores de kappa ponderado para cada item do questionário SPIN, estratificado pela variável escolaridade.**

	Escolaridade							
	5 <sup>a</sup> série		6 <sup>a</sup> série		7 <sup>a</sup> série		8 <sup>a</sup> série	
	IC 95%	IC 95%	IC 95%	IC 95%	IC 95%	IC 95%	IC 95%	IC 95%
1. Eu tenho medo de autoridades (p.ex, professores, instrutores, diretor, etc.).	0,52	0,28 – 0,76	0,11	-0,14 – 0,36	0,27	0,08 - 0,63	0,60	0,29 – 0,91
2. Eu fico incomodado de corar (ficar vermelho) na frente dos outros.	0,38	0,14 – 0,62	0,49	0,24 – 0,73	0,33	-0,01 – 0,67	0,61	0,29 – 0,93
3. Festas e eventos sociais me assustam.	0,35	0,11 – 0,59	0,42	0,17 – 0,68	0,42	0,05 – 0,79	0,71	0,39 – 1,03
4. Eu evito falar com pessoas que eu não conheço.	0,25	0,00 – 0,49	0,31	0,06 – 0,56	0,55	0,19 – 0,92	0,19	-0,12 – 0,49
5. Ser criticado me assusta muito.	0,55	0,31 – 0,79	0,32	0,07 – 0,57	0,64	0,27 – 1,01	0,62	0,31 – 0,94
6. O medo de ficar constrangido me faz evitar fazer coisas ou falar com outras pessoas.	0,45	0,22 – 0,68	0,41	0,16 – 0,67	0,32	-0,05 – 0,69	0,53	0,25 – 0,82
7. Suar na frente dos outros me causa mal-estar.	0,71	0,46 – 0,95	0,62	0,37 – 0,87	0,45	0,09 – 0,81	0,50	0,18 – 0,81
8. Eu evito ir a festas.	0,62	0,38 – 0,87	0,74	0,49 – 1,00	0,25	-0,12 – 0,62	0,48	0,16 – 0,79
9. Eu evito atividades nas quais sou o centro das atenções.	0,56	0,32 – 0,80	0,49	0,24 – 0,74	0,32	-0,01 – 0,65	0,63	0,31 – 0,94
10. Falar com estranhos me assusta.	0,52	0,27 – 0,76	0,25	-0,01 – 0,50	0,50	0,13 – 0,87	0,37	0,05 – 0,69
11. Eu evito ter que fazer discursos (como falar na frente da turma ou para uma platéia).	0,63	0,38 – 0,87	0,61	0,38 – 0,84	0,72	0,35 – 1,08	0,71	0,40 – 1,02
12. Eu faria qualquer coisa para evitar ser o centro das atenções.	0,56	0,32 – 0,81	0,40	0,14 – 0,65	0,13	-0,24 – 0,50	0,55	0,23 – 0,87
13. Palpitações (batidas fortes ou rápidas) do coração me incomodam quando eu estou perto dos outros.	0,74	0,50 – 0,98	0,74	0,48 – 0,99	0,47	0,11 – 0,83	0,37	0,06 – 0,67
14. Eu tenho medo de fazer coisas quando as pessoas possam estar olhando.	0,42	0,18 – 0,67	0,37	0,12 – 0,62	0,66	0,29 – 1,03	0,37	0,08 – 0,66
15. Ficar constrangido ou parecer estúpido estão entre meus piores medos.	0,56	0,32 – 0,81	0,43	0,18 – 0,68	0,23	-0,12 – 0,59	0,50	0,20 – 0,80
16. Eu evito falar com qualquer autoridade (p.ex, professores, instrutores, diretor, etc.).	0,44	0,20 – 0,69	0,65	0,40 – 0,90	0,53	0,16 – 0,90	0,42	0,11 – 0,73
17. Tremer na frente dos outros me causa mal-estar.	0,40	0,15 – 0,64	0,75	0,49 – 1,00	0,55	0,18 – 0,91	0,69	0,38 – 1,01

## Anexo F

**Tabela iii. Confiabilidade teste-reteste. Valores de kappa ponderado para cada item do questionário SPIN, estratificado pela variável repetência e valor de kappa total (não-ponderado).**

	Repetência $\kappa w^2$				Total $\kappa$	
	Sim	IC 95%	Não	IC 95%	$\kappa$	IC 95%
1. Eu tenho medo de autoridades (p.ex, professores, instrutores, diretor, etc.).	0,42	0,20 – 0,63	0,30	0,12 – 0,48	0,44	0,33 – 0,55
2. Eu fico incomodado de corar (ficar vermelho) na frente dos outros.	0,46	0,23 – 0,69	0,45	0,26 – 0,63	0,31	0,21 – 0,41
3. Festas e eventos sociais me assustam.	0,30	0,08 – 0,52	0,58	0,40 – 0,75	0,34	0,23 – 0,45
4. Eu evito falar com pessoas que eu não conheço.	0,13	-0,10 – 0,36	0,43	0,24 – 0,61	0,26	0,18 – 0,34
5. Ser criticado me assusta muito.	0,54	0,31 – 0,76	0,48	0,29 – 0,66	0,29	0,21 – 0,37
6. O medo de ficar constrangido me faz evitar fazer coisas ou falar com outras pessoas.	0,37	0,15 – 0,59	0,49	0,31 – 0,67	0,31	0,22 – 0,40
7. Suar na frente dos outros me causa mal-estar.	0,54	0,32 – 0,77	0,67	0,49 – 0,85	0,31	0,21 – 0,41
8. Eu evito ir a festas.	0,36	0,14 – 0,59	0,75	0,56 – 0,93	0,40	0,30 – 0,50
9. Eu evito atividades nas quais sou o centro das atenções.	0,45	0,22 – 0,67	0,57	0,38 – 0,75	0,33	0,25 – 0,41
10. Falar com estranhos me assusta.	0,27	0,04 – 0,50	0,53	0,35 – 0,72	0,30	0,21 – 0,39
11. Eu evito ter que fazer discursos (como falar na frente da turma ou para uma platéia).	0,55	0,33 – 0,77	0,71	0,53 – 0,89	0,41	0,34 – 0,48
12. Eu faria qualquer coisa para evitar ser o centro das atenções.	0,37	0,15 – 0,60	0,49	0,31 – 0,68	0,28	0,21 – 0,35
13. Palpitações (batidas fortes ou rápidas) do coração me incomodam quando eu estou perto dos outros.	0,69	0,46 – 0,91	0,60	0,42 – 0,78	0,37	0,28 – 0,46
14. Eu tenho medo de fazer coisas quando as pessoas possam estar olhando.	0,43	0,21 – 0,65	0,44	0,26 – 0,62	0,22	0,14 – 0,30
15. Ficar constrangido ou parecer estúpido estão entre meus piores medos.	0,53	0,30 – 0,75	0,45	0,26 – 0,63	0,29	0,21 – 0,37
16. Eu evito falar com qualquer autoridade (p.ex, professores, instrutores, diretor, etc.).	0,30	0,07 – 0,53	0,68	0,50 – 0,87	0,34	0,24 – 0,44
17. Tremer na frente dos outros me causa mal-estar.	0,58	0,35 – 0,80	0,66	0,48 – 0,84	0,33	0,24 – 0,42