

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Maria Luiza Santiago Pergentino

**TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL EM
UNIVERSITÁRIOS**
Estudo de revisão sistemática

TAUBATÉ-SP

2020

Maria Luiza Santiago Pergentino

**TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL EM
UNIVERSITÁRIOS**

Estudo de revisão sistemática

Monografia apresentada como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade de Taubaté.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Francisco de Castro

TAUBATÉ-SP

2020

**Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI
Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBi
Universidade de Taubaté - UNITAU**

P439t Pergentino, Maria Luiza Santiago
Transtorno de ansiedade social em estudantes universitários :
estudo de revisão sistemática / Maria Luiza Santiago Pergentino. --
2020.
55 f. : il.

Monografia (graduação) - Universidade de Taubaté,
Departamento de Psicologia, 2020.
Orientação: Prof. Dr. Paulo Francisco de Castro, Departamento
de Psicologia.

1. Transtorno de ansiedade social (TAS). 2. Fobia social (FS). 3.
Estudantes universitários. I. Universidade de Taubaté.
Departamento de Psicologia. Curso de Psicologia. II. Título.

CDD – 616.85223

MARIA LUIZA SANTIAGO PERGENTINO

**TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL EM UNIVERSITÁRIOS: ESTUDO DE
REVISÃO SISTEMÁTICA**

Monografia apresentada como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Psicologia do Departamento de
Psicologia da Universidade de Taubaté.

Data: 13 de novembro de 2020

Resultado: Aprovada

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Francisco de Castro

Universidade de Taubaté

Assinatura_____

Profa. Dra. Claudia Regina de Freitas

Universidade de Taubaté

Assinatura_____

Dedico este trabalho a todos os estudantes que sofrem com esse transtorno de ansiedade, como forma de contribuição acerca dos conhecimentos gerados até os dias atuais.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, devo agradecer a Deus por ter me dado a vida e o privilégio de nascer em um lar abençoado e cheio de amor.

Agradeço aos meus pais pelo suporte financeiro e por terem me oferecido uma educação que me fez chegar até aqui.

Agradeço às minhas amigas de caminhada, o grupo das “Pipocas”, composto por: Ariane Luz, Bianca Izidoro, Jacieli Aparecida, Jéssica Avagliano, Joana Salgado, Juliana Ávila, Patrícia Moreira e Tainá Francine, que estiveram em todos os momentos de alegria, de tristeza, de certezas e incertezas, pelos momentos de apoio, pelas risadas e pelos choros. Com vocês, esses 5 anos fizeram mais sentido.

Agradeço também aos meus amigos de infância Érica, Talyta e Koda, por todo apoio emocional durante momentos difíceis, mas também por todos os momentos de maior felicidade que pude viver.

À Unitau, ao Departamento de Psicologia e aos professores em geral que contribuíram para minha formação, admiro a todos e espero carregar um pouco do conhecimento de cada um.

Agradeço ao Professor Paulo Francisco que me orientou durante este trabalho, com toda sua paciência e vasto conhecimento.

A todos, muito obrigada!

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS), também conhecido como Fobia Social (FS), é um transtorno psiquiátrico grave que acarreta sofrimento e perdas significativas de oportunidades na vida de seu portador. O indivíduo com TAS manifesta um medo excessivo, persistente e irracional de situações sociais e de desempenho, temendo serem vistos comportando-se de maneira humilhante ou embaraçosa, seja pela demonstração de ansiedade ou pelo desempenho inadequado, e de conseqüente desaprovação ou rejeição por parte dos outros. O objetivo deste trabalho foi investigar na literatura os estudos realizados acerca do TAS em estudantes universitários. O tipo de delineamento utilizado foi a revisão bibliográfica sistemática, caracterizada por ser desenvolvida com material científico já elaborado, com foco nos indicadores bibliométricos dos resultados encontrados. As bases de dados eletrônicas foram SciELO, BVS e CAPES, com os seguintes descritores: Transtorno de Ansiedade Social, Fobia Social e Universitários. Os artigos selecionados obedeceram aos critérios de inclusão: publicações de periódicos científicos; publicações em português; publicações relacionadas somente ao Transtorno de Ansiedade Social e universitários; publicações entre os anos 2000 até 2019 (excluindo publicações em outros idiomas; revisão teórica ou sistemática; populações diferentes de estudantes universitários). A análise de dados partiu-se da organização quantitativa dos dados em frequência absoluta e análise qualitativa dos objetivos e resultados. Do total de 258 artigos encontrados, 12 foram considerados e analisados na íntegra. Quanto aos resultados e discussões, foi possível observar que o TAS é prevalente nos universitários e que este interfere na percepção que o sujeito tem de si e dos outros, avaliando seu desempenho de forma negativa e crítica, o que pode resultar em um afastamento das interações sociais e da própria universidade. Conclui-se que é importante estudar e compreender esta demanda nas universidades, elaborando formas de identificação e suporte à esta população.

Palavras-chave: Transtorno de Ansiedade Social (TAS). Fobia Social (FS). Estudantes universitários.

ABSTRACT

Social Anxiety Disorder in University Students: a systematic study review

Social Anxiety Disorder (SAD), also known as Social Phobia (SP), is a serious psychiatric disorder that causes suffering and significant loss of opportunities in the life of its sufferer. The individual with SAD expresses an excessive, persistent and irrational fear of social assumptions and performance, fearing that they will be seen to behave in a humiliating or embarrassing manner, either by showing anxiety or modified performance, and of consequent disapproval or rejection by others. The objective of this work was to investigate in the literature the studies carried out on SAD in university students. The sort of delineation used was a systematic bibliographic review, characterized by being developed with scientific material already prepared, with a focus on the bibliometric indicators of the results found. The electronic databases were SciELO, BVS and CAPES, with the following descriptors: Social Anxiety Disorder, Social Phobia and University Students. The selected articles are in accordance with the inclusion criteria: publications of scientific journals; publications in Portuguese; publications related only to Social Anxiety Disorder and university students; publications between 2000 and 2019 (excluding publications in other languages; theoretical or systematic review; other than university students). Data analysis was based on the quantitative organization of data in absolute frequency and qualitative analysis of objectives and results. From the total of 258 articles found, 12 were considered and analyzed. Regarding the results and discussions, it was possible to observe that TAS is prevalent in university students and that it interferes with the subject's perception of themselves and others, evaluating their performance in a negative and critical way, which can result in a departure from social interactions and the university itself. We conclude that it is important to study and understand this demand in universities, developing ways to identify and support the population.

Keywords: Social Anxiety Disorder (SAD). Social Phobia (SP). University Students.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

Quadro 1. Critérios Diagnósticos para o Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social) segundo o DSM-5.....	15
Figura 1. Fluxograma.....	32
Quadro 2. Critérios Diagnósticos do Transtorno de Ansiedade Social segundo a CID-10 (F40.10).....	16
Quadro 3. Relação dos objetivos e principais resultados avaliados em estudos com intervenção.....	39
Quadro 4. Relação dos objetivos e principais resultados avaliados em estudos de validação de escalas.....	40
Quadro 5. Relação dos objetivos e principais resultados avaliados em estudos experimentais.....	42
Quadro 6. Relação dos objetivos e principais resultados avaliados em estudos do TAS e suas possíveis comorbidades psiquiátricas.....	43
Quadro 7. Relação dos objetivos e principais resultados avaliados em estudos diagnósticos do TAS.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Ano de publicação dos artigos analisados.....	34
Tabela 2. Periódicos responsáveis pelas publicações dos artigos.....	35
Tabela 3. Quantidade de autores.....	35
Tabela 4. Instituição dos autores.....	36
Tabela 5. Instrumentos ou procedimentos utilizados.....	37

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 APRESENTAÇÃO	11
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA	12
1.3 OBJETIVOS	12
1.3.1 Objetivo Geral	12
2. REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL	14
2.1.1 Definição	14
2.1.2 Aspectos Cognitivos	17
2.1.3 Aspectos Comportamentais	18
2.1.4 Aspectos fisiológicos	19
2.1.5 Prejuízos no funcionamento social e ocupacional	20
2.2 O TAS EM UNIVERSITÁRIOS	28
3. MÉTODO	30
3.1 TIPO DE PESQUISA	30
3.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	31
3.3 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	33
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	50

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS), ou Fobia Social (FS), é um transtorno psiquiátrico que acarreta perdas significativas de oportunidades na vida do portador, causando-lhe, conseqüentemente, sofrimento (ANGÉLICO; CRIPPA; LOUREIRO, 2012). Conforme os critérios diagnósticos do DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA, 2014), os indivíduos com TAS manifestam medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que são expostos a possível avaliação por outras pessoas que não são familiares, estas situações incluem interações sociais (p. ex., manter uma conversa, encontrar pessoas que não são familiares), ser observado (p. ex., comendo ou bebendo), e situações de desempenho diante de outros (p. ex., proferir palestras). Estes indivíduos evitarão com frequência as situações sociais temidas ou então as suportarão com intenso medo e ansiedade, ou seja, passarão a se esquivar destas situações, de forma abrangente ou mais sutil (APA, 2014).

De acordo com Ribeiro e Bolsoni-Silva (2011), relacionamentos interpessoais são situações exigidas pelo contexto universitário, o qual requer que os universitários desenvolvam e emitam comportamentos socialmente habilidosos. Algumas pesquisas indicam alguns desses comportamentos que são exigidos pela universidade: (a) falar em público: apresentar seminários, responder perguntas de professor, fazer comentários, expressar opiniões em público ou dar recados em sala de aula; falar com autoridade: reivindicar com o professor sobre notas e avaliações; trabalhar em grupo: ouvir, concordar/discordar, lidar com críticas, negociar, argumentar, perguntar, responder perguntas; (b) lidar com relacionamentos amorosos: abordar para relação amorosa, manter ou terminar relacionamentos, entre outros (RIBEIRO; BOLSONI-SILVA, 2011). À vista disso, Angélico (2009) destacou que a questão de habilidades sociais deve ser mencionada como um dos aspectos fundamentais do TAS, isto é, os indivíduos com fobia social carecem de habilidades adequadas (verbais ou não-verbais) necessárias para lidar com as situações sociais de interação ou de desempenho.

Com isso, fica evidente que o TAS é considerado um transtorno que afeta bastante os estudantes universitários, tendo em vista que o curso superior exige

muita responsabilidade, compromisso, desempenho e bom relacionamento interpessoal (PEREIRA; LOURENÇO, 2012). Além do mais, de acordo com Gerk e Cunha (2006) *apud* Ribeiro e Bolsoni-Silva (2011), as universidades preparam pouco o indivíduo para as mudanças que ocorrem após o ensino médio, por oferecerem fracos investimentos em práticas pedagógicas e não oferecerem programas que favoreçam a adaptação psicossocial dos estudantes. Portanto, no seguimento deste trabalho, proponho expor a definição do TAS, o TAS nos estudantes universitários, e fazer a análise dos artigos pesquisados no que diz respeito a prevalência do TAS nas universidades.

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

O Transtorno de Ansiedade Social, que é caracterizado por um medo acentuado e persistente de uma ou mais situações de interação social ou de desempenho, é considerado um transtorno que afeta bastante os estudantes universitários, tendo em vista que o curso exige muitos comportamentos socialmente habilidosos, assim como bom desempenho e relacionamento interpessoal. Desse modo, quais os indicadores bibliométricos da literatura científica com relação ao Transtorno de Ansiedade Social em estudantes universitários?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Identificar os indicadores bibliométricos da literatura científica com relação ao Transtorno de Ansiedade Social em estudantes universitários.

1.3.2 Objetivos Específicos

- a) Analisar as publicações com base em categorias formais bibliográficas, como ano, país de publicação, nome da revista, autores, instituições dos autores, estados dos autores;
- b) Analisar as publicações com base em categorias temáticas com destaque a objetivo, amostra, metodologia, instrumentos de avaliação, procedimentos de intervenção e principais resultados;
- c) Realizar uma análise quantitativa e qualitativa dos artigos encontrados.

1.4 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A prevalência do Transtorno de Ansiedade Social durante a vida é de 12,1% e, em amostras clínicas, os pacientes com TAS representam de 10 a 20% dos indivíduos com transtornos de ansiedade, sendo o mais prevalente dos distúrbios de ansiedade e o terceiro mais comum entre os transtornos mentais (MULULO *et al.*, 2009). A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu projeto transnacional de estimativas de prevalência de transtornos mentais (WHO-ICPE, 2000 *apud* GOMES, 2014) encontrou os seguintes resultados referentes às taxas de prevalência do transtorno em uma amostra brasileira: 1,7% ao mês, 2,2% ao ano e 3,5% para toda a vida.

Segundo Furmark (2002) *apud* Pereira e Lourenço (2012), o Transtorno de Ansiedade Social tem sido evidenciado em alguns estudos como um dos menos presentes entre pessoas com nível superior, pois o indivíduo com fobia social, por vezes, não finaliza sua graduação devido à limitação que o transtorno causa em sua vida. Sendo assim, o estudo tem sua relevância social por destacar a importância de se estudar sobre a ansiedade na vida dos universitários, a fim de criar medidas preventivas para a não desistência da graduação dos mesmos. Por se tratar de um estudo que reuniu diversos artigos para análise, sua relevância científica está na união de toda essa produção, sendo possível observar lacunas e avanços nesta área.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL

2.1.1 Definição

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS), também conhecido como Fobia Social (FS), é um transtorno psiquiátrico grave que acarreta sofrimento e perdas significativas de oportunidades na vida de seu portador (ANGÉLICO; CRIPPA; LOUREIRO, 2012). Segundo estes mesmos autores, o indivíduo portador de TAS manifesta um medo excessivo, persistente e irracional de situações sociais e de desempenho, temendo serem vistos comportando-se de maneira humilhante ou embaraçosa, seja pela demonstração de ansiedade ou pelo desempenho inadequado, e de conseqüente desaprovação ou rejeição por parte dos outros. Devido a esse medo exagerado de serem criticados, os pacientes com TAS tendem a avaliar de maneira negativa seus comportamentos sociais.

O TAS apareceu primeiramente como entidade diagnóstica no DSM-III (APA, 1980), com o nome apenas de Fobia Social, descrita de forma semelhante à fobia específica, como um medo circunscrito de situações de desempenho, relacionado a atividades como falar, comer ou urinar na frente de outras pessoas, causando significativa angústia (BAPTISTA, 2006). De acordo com Wittchen e Fehm (2003 *apud* BAPTISTA, 2006) apesar de existirem relatos de sintomas clínicos de TAS desde há séculos, somente após sua inclusão no DSM-III é que estudos clínicos e epidemiológicos têm contribuído para seu melhor conhecimento em termos de prevalência, incidência, curso e fatores de risco.

No texto anterior do DSM-IV (APA, 1994), o TAS era classificado em dois subtipos: 1) generalizado – caracterizado pelo medo da maioria das situações de desempenho e interação social e; 2) circunscrito – caracterizado pelo medo de uma situação social de desempenho e de algumas situações de interação social.

Na versão atual do DSM – DSM-5 (APA, 2014) o TAS não possui subtipos, sendo caracterizado principalmente pelo medo ou ansiedade acentuados ou intensos de situações sociais em que o indivíduo pode ser avaliado pelos outros, podendo especificar se somente de desempenho, ou seja, se o medo está restrito à fala ou ao desempenho em público.

O Quadro 1 apresenta os critérios diagnósticos atuais do DSM-5 para TAS.

Quadro 1. Critérios Diagnósticos para o Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social) segundo o DSM-5

<p>A. Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. Exemplos incluem interações sociais (p. ex., manter uma conversa, encontrar pessoas que não são familiares), ser observado (p. ex., comendo ou bebendo) e situações de desempenho diante de outros (p. ex., proferir palestras).</p>
<p>Nota: Em crianças, a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvem seus pares, e não apenas em interações com adultos.</p>
<p>B. O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente (i.e., será humilhante ou constrangedor; provocará a rejeição ou ofenderá a outros).</p>
<p>C. As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade.</p>
<p>D. As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade.</p>
<p>E. O medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social e o contexto sociocultural.</p>
<p>F. O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses.</p>
<p>G. O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p>
<p>H. O medo, ansiedade ou esquiva não é consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica.</p>
<p>I. O medo, ansiedade ou esquiva não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental, como transtorno de pânico, transtorno dismórfico corporal ou transtorno do espectro autista.</p>
<p>J. Se outra condição médica (p. ex., doença de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimaduras ou ferimentos) está presente, o medo, ansiedade ou esquiva é claramente não relacionado ou é excessivo.</p>
<p>Especificar se: Somente desempenho: Se o medo está restrito à fala ou ao desempenhar em público.</p>

Fonte: APA (2014, p. 202).

Este último especificador refere-se aos indivíduos com TAS do tipo somente desempenho, no qual eles têm preocupações com desempenho que são geralmente mais prejudiciais em sua vida profissional (por exemplo: músicos, artistas, atletas) ou em papéis que requerem falar em público, em contextos de trabalho, escola ou acadêmicos nos quais são necessárias apresentações em público regulares. Os

indivíduos com transtorno de ansiedade social somente desempenho não temem ou evitam situações sociais que não envolvam o desempenho (APA, 2014).

Outro manual utilizado para o diagnóstico do TAS é a Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (CID-10). A CID-10 (WHO, 2000 *apud* GOMES, 2014) define a fobia social de acordo com os critérios apresentados no Quadro 2.

Quadro 2. Critérios Diagnósticos do Transtorno de Ansiedade Social segundo a CID-10 (F40.10)

A) Presença do item 1) ou do 2)
1) Medo de ser o centro das atenções ou temor de se comportar de um modo que resulte em embaraço ou humilhação.
2) Grande evitação em ser o centro das atenções ou de situações sociais em que o indivíduo teme agir de forma embaraçosa ou humilhante.
Estes medos se manifestam em situações sociais tais como: comer ou falar em público, encontrar-se com conhecidos em público, iniciar ou permanecer em interação dentro de grupos pequenos (festas, reuniões de trabalho, eventos, etc.).
B) Ter pelo menos dois sintomas de ansiedade diante da situação temida, que devem coexistir ao mesmo tempo em uma ocasião desde que se iniciou o transtorno. Ainda deve ter alguns dos sintomas abaixo:
1) Rubor facial;
2) Tremores nas mãos;
3) Ter medo de vomitar;
4) Necessidade súbita de urinar.
C) Mal estar emocional, provocado pelos sintomas ou por comportamentos de evitação.
D) O paciente reconhece que os sintomas ou a evitação são excessivos ou irracionais.
E) Os sintomas se limitam ou predominam às situações temidas ou quando o sujeito pensa nelas.
F) Critérios de exclusão mais frequentes: os critérios A e B não se devem a idéias delirantes, alucinações ou outros sintomas de transtornos, tais como, os Transtornos Mentais Orgânicos, a Esquizofrenia e os transtornos relacionados, os Transtornos Afetivos, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo e nem tampouco são secundários a crenças da própria cultura.

Fonte: WHO (2000 *apud* GOMES, 2014, p. 12).

De acordo com Baptista (2006), é necessário distinguir a ansiedade social normal – que não acarreta limitações à vida pessoal e profissional – da ansiedade anormal ou patológica. No TAS as situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade. Assim, um indivíduo que fica ansioso apenas ocasionalmente em situações sociais não seria diagnosticado com TAS (APA, 2014).

Segundo a Associação Médica Brasileira e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2011) o TAS é o transtorno de ansiedade mais comum, e o terceiro transtorno psiquiátrico mais prevalente na população em geral, sendo frequentemente associado com importante prejuízo operacional e comprometimento psicossocial.

Estudos apontam que o TAS apresenta início bem mais precoce em comparação aos outros transtornos de ansiedade, ocorrendo em sua maioria na infância e na adolescência (AMB; ANS, 2011). De acordo com o DSM-V, o transtorno emerge ocasionalmente de história infantil de inibição social ou timidez nos estudos norte-americanos e europeus, sendo que 75% dos indivíduos tem idade de início entre 8 e 15 anos. O início na idade adulta é relativamente raro e é mais provável de acontecer após um evento estressante ou humilhante ou após mudanças significativas na vida do sujeito (APA, 2014).

2.1.2 Aspectos Cognitivos

De acordo com Beck (1993) *apud* Baptista (2006) praticamente todos os modelos cognitivos destacam que os indivíduos com TAS estão extremamente preocupados sobre como estão sendo percebidos e avaliados em situações sociais.

Do ponto de vista cognitivo, a ansiedade tem origem no excesso de pensamentos negativos, cobrança de um padrão excessivamente alto de desempenho, crenças irreais sobre seu desempenho e percepção de falhas pessoais. A reação de ansiedade nos pacientes com TAS pode ser explicada por falhas no processamento cognitivo que acabam distorcendo suas experiências pessoais, buscando formas de reafirmar seus pensamentos negativos, reforçando e perpetuando os sintomas cognitivos, fisiológicos e comportamentais gerados. Ou seja, apesar destas crenças não serem confirmadas pelos fatos, elas se mantêm devido a erros no processamento dessas informações (BAPTISTA, 2006; WELLS *et al.*, 1998 *apud* BAPTISTA, 2006).

Esses pensamentos negativos, de acordo com Angélico (2009) nem sempre param imediatamente após o indivíduo deixar a situação social, mas pelo contrário, os indivíduos fóbicos continuam revendo mentalmente em detalhes o que aconteceu. Estudos cognitivos têm demonstrado que os pacientes com TAS apresentam uma “memória aumentada” para eventos e informações de ameaças

para eles, desconsiderando aspectos positivos ou neutros da situação como um todo (ANGÉLICO, 2009). Esse tipo de memória gera um ciclo vicioso em que a antecipação de um desempenho negativo inevitável proporciona níveis elevados de ansiedade a cada encontro com a situação temida (BAPTISTA, 2006).

Na presença de um público, os indivíduos com TAS constroem uma representação mental de como se parecem para outras pessoas. Essa representação mental de si constitui-se imagens negativas e distorcidas na qual se vê da perspectiva de um observador. Do mesmo modo, os pacientes com TAS apresentam medo de expor suas “fraquezas” e, conseqüentemente, ter seu desempenho avaliado de forma negativa (HEIMBERG; MAGEE, 2016; BAPTISTA, 2006).

Para Gomes (2014), o modelo cognitivo do TAS se baseia em três principais aspectos. Em primeiro lugar, ele leva em consideração que as emoções negativas, como sentimentos de constrangimento e a vergonha, são resultados de uma interação social (BECK *et al.*, 2005 *apud* GOMES, 2014). Em segundo lugar, esses autores afirmam que os comportamentos inibitórios automáticos e as tentativas de mascarar a ansiedade em uma situação social, têm a capacidade de eliciar o maior temor de um ansioso social, que seria uma avaliação negativa, por causa de um desempenho social pobre. Por último, a ansiedade se torna uma ameaça, porque o indivíduo com TAS acredita que os outros irão o avaliar negativamente por causa dos sintomas ansiosos.

2.1.3 Aspectos Comportamentais

De acordo com o DSM-5 (APA, 2014) os portadores do TAS apresentam comportamentos com pouca assertividade e extrema submissão, ausência de contato visual, postura rígida e fala com baixa tonalidade. Tendem a ser tímidos, menos comunicativos e falam pouco sobre si próprios (GOMES, 2014).

De acordo com os princípios do condicionamento operante, as fobias são mantidas por comportamentos de fuga e esquiva. Por exemplo, quando um indivíduo com aracnofobia corre após ver uma aranha andando no chão, o comportamento de fuga é negativamente reforçado, pois acaba com a exposição aversiva. No futuro, o indivíduo se esquiva na possibilidade de entrar em contato com estímulos aversivos semelhantes. Contudo, na medida em que essas estratégias diminuem a ansiedade

em curto prazo, também impossibilitam o indivíduo lidar de maneiras mais adequadas e menos desconfortáveis com o objeto fóbico. Por isso a exposição a eventos temidos é uma técnica essencial em tratamentos comportamentais de fobias (BAPTISTA, 2006).

Wells e Clark (1997 *apud* ANGÉLICO, 2009) argumentam que a fobia social é mantida por comportamentos de esquiva sutis e “comportamentos de segurança”, praticados por indivíduos com TAS quando resistem a situações fóbicas. Estes comportamentos são destinados a reduzir o risco de fracasso social, mas impedem os indivíduos de testarem a validade de suas crenças negativas, tornando mais difícil o processo de criação de habilidades de enfrentamento mais efetivas para lidarem com as situações interpessoais.

Desse modo, o indivíduo com TAS pode ser considerado como tendo respostas inadequadas a determinados estímulos sociais, em virtude de pensamentos negativos e ansiogênicos. Diferentemente da ansiedade normal, a ansiedade do TAS paralisa o indivíduo, causando prejuízo ao seu bem estar, não permitindo que ele enfrente (ou enfrente com muito sofrimento) as situações ameaçadoras (AMB; ANS, 2011).

Há de se mencionar também a questão das habilidades sociais como sendo um dos aspectos fundamentais da fobia social. Segundo Angélico (2009) estudos suspeitam que os fóbicos sociais careçam de habilidades sociais adequadas (verbais ou não-verbais) necessárias para lidar com situações sociais ou de desempenho. Contudo, pesquisas nesse tópico têm sido inconsistentes, já que embora os fóbicos sociais apresentem desempenho inadequado em alguns estudos, isso poderia ser resultado de inibições durante estados de alta ansiedade ao contrário da falta real de habilidades (ANGÉLICO, 2009).

2.1.4 Aspectos fisiológicos

De acordo com Silva (2011), o indivíduo com TAS vivencia as situações potencialmente geradoras de ansiedade excessiva, na maioria das vezes, com intenso desconforto ou quase sempre acaba por evita-las. O contato ou, simplesmente, a expectativa de contato com essas situações desencadeia sintomas físicos como rubor facial (vermelhidão no rosto), sudorese intensa (suor,

principalmente na parte superior do corpo), tremores, fala tremida, tensão muscular, taquicardia (coração acelerado) e boca seca (AMB; ANS, 2011).

Baptista (2006) afirma que o rubor facial tem sido associado com a diminuição da frequência cardíaca e da pressão sanguínea, podendo se originar da vasodilatação devido ao relaxamento do tônus simpático.

Assim, os pacientes com TAS manifestam os mesmos sintomas somáticos durante ou em antecipação à situação ansiogênica, assim como observado em outros transtornos de ansiedade. “Estes sintomas são produzidos pela atividade exagerada do sistema nervoso autônomo simpático e são característicos da resposta de ‘luta-ou-fuga” (CANNON, 1927 *apud* BAPTISTA, 2006, p. 10).

Gomes (2014) aponta que a ansiedade social em idosos tende a exacerbar os sintomas físicos de condições médicas associadas.

2.1.5 Prejuízos no funcionamento social e ocupacional

De acordo com Heimberg e Magee (2016, p. 114) “a ampla maioria das pessoas com o transtorno relata que seu funcionamento profissional, acadêmico e social em geral foi seriamente prejudicado por seus medos”.

Estudos populacionais evidenciam uma associação entre TAS e pior desempenho no trabalho, com substancial prejuízo em sua produtividade, sendo, os portadores, mais sujeitos a ter uma instabilidade no emprego, além de maior absenteísmo, demissões e maiores taxas de desemprego em relação à população em geral (AMB; ANS, 2011; BAPTISTA, 2006). Segundo Gomes (2014) os indivíduos com TAS procuram empregos onde não há necessidade de contatos sociais, porém nos indivíduos que se enquadram no subtipo de desempenho isso é menos comum.

O TAS está associado a grande prejuízo nos relacionamentos sociais e familiares, sendo que os pacientes que sofrem do transtorno tem menos êxito em iniciar ou manter relacionamentos, ter a atenção e o apoio das outras pessoas em situações difíceis, ter níveis educacionais mais altos e melhorar sua qualidade de vida (GOMES, 2014).

Além disso, o fato do transtorno habitualmente ter início na adolescência faz com que estas dificuldades se acentuem, pois nessa fase acontecem importantes

aquisições e aprendizado de habilidades sociais, remetendo a interações sociais reduzidas e maiores problemas durante a adolescência (AMB; ANS, 2011).

Devido a tendência à evitação de situações percebidas como ameaçadoras, observa-se que na vida cotidiana isso pode se caracterizar pela recusa em apresentar trabalhos ou seminários, escrever, comer em público, falar ao telefone na frente de colegas, realizar entrevistas ou conversas na escola ou no trabalho, iniciar uma relação afetiva, viajar com amigos, participar de jogos ou atividades esportivas, entre outras. Dessa maneira, são nítidos os prejuízos relacionados ao TAS que incidem na vida cotidiana dos pacientes (MORAIS; CRIPPA; LOUREIRO, 2008).

De acordo com Morais, Crippa e Loureiro (2008), os estudos sobre TAS comumente referem sobre a presença de prejuízos funcionais ou de incapacidades, como uma forma de manifestação dos prejuízos relacionados ao transtorno.

2.1.6 Comorbidades

Segundo Silva (2011) muitos transtornos costumam vir acompanhados de outros transtornos, denominados comorbidades. Cerca de 70 a 80% das pessoas com TAS, como dito por Heimberg e Magee (2016), cumprem os critérios de outros diagnósticos, e na maioria das vezes, o TAS é anterior ao início do problema comórbido. Desse modo, convém ressaltar que o curso do TAS é crônico e sem remissão, e as comorbidades surgem devido aos prejuízos causados pelo transtorno. Sendo assim, acredita-se que a intervenção e o tratamento precoce do TAS possam prevenir o desenvolvimento destas condições (SCHNEIER *et al.*, 1992b *apud* HEIMBERG; MAGEE, 2016). Porém, além dos indivíduos com TAS procurarem tratamento tardiamente, quando buscam ajuda, buscam mais pelas comorbidades do que pelo TAS em si (OSÓRIO, 2008).

Em amostras nessa comunidade, os diagnósticos adicionais mais comuns são fobia específica, agorafobia, depressão grave e transtornos relacionados ao uso de álcool (HEIMBERG; MAGEE, 2016). A depressão e o abuso de álcool ou outras drogas acompanham frequentemente o TAS, segundo Silva (2011), representando mais sofrimento aos portadores.

Um estudo epidemiológico desenvolvido por Schneier *et al.* (1992 *apud* OSÓRIO, 2008) verificou a presença de diversas comorbidades nos pacientes com TAS, resultando em 59% com fobia específica, 45% com agorafobia, 19% com

abuso de álcool, 17% com depressão maior, 15% com tentativa de suicídio, 13% com abuso de drogas, 12,5% com distímia, 11% com transtorno obsessivo compulsivo, 5% com transtorno afetivo bipolar, 5% com transtorno do pânico e 2% com transtorno de somatização.

De acordo com Osório (2008) estudos realizados pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, evidenciaram que a depressão é o transtorno comórbido mais frequente (28,9%). “No caso da depressão, além de seus sintomas já descritos e analisados, o paciente com TAS passa a apresentar um sentimento de tristeza persistente, perda do interesse e do prazer, redução geral da energia física e mental, dificuldades do sono, da atenção, da concentração, do raciocínio e do apetite” (SILVA, 2011, p. 56). A presença da depressão em um paciente com TAS torna o caso mais sério e mais urgente de ser tratado de maneira eficaz, já que os sintomas advindos dessa comorbidade dificultam ainda mais a melhora da ansiedade social, que já é bem difícil de ser superada por si só (SILVA, 2011). De acordo com AMB e ANS (2011) é comum observar um grau de sintomas depressivos em pacientes com diagnóstico de TAS, mesmo em pacientes sem depressão.

O TAS também está frequentemente associado com outros transtornos de ansiedade, podendo causar prejuízos ainda maiores na vida de um paciente. Os transtornos de ansiedade mais comumente encontrados são: transtorno de ansiedade generalizada, fobia específica e transtorno do pânico com agorafobia (AMB; ANS, 2011). Magee *et al.* (1996 *apud* BAPTISTA, 2006) relataram que outros transtornos de ansiedade estavam presentes em 57% dos indivíduos portadores do TAS; transtornos afetivos em 41% e abuso de substância em 40%.

Silva (2011) cita que outra situação acometida no TAS é a “automedicação”, ou seja, o paciente tenta vencer os sintomas de ansiedade e timidez utilizando álcool, drogas ou medicamentos inadequados, porém o alívio obtido com este uso indevido pode ocasionar problemas na vida do paciente e prejudicá-lo ainda mais. Conforme Sareen e Stein (2000 *apud* OSÓRIO, 2008), os indivíduos com TAS tendem a se automedicarem, geralmente com benzodiazepínicos e álcool, com riscos de desenvolverem dependência dessas substâncias.

2.1.7 Avaliação do Transtorno

De acordo com Picon e Knijnik (2004) *apud* Gomes (2014, p. 18)

O processo de avaliação dos sintomas apresentados pelos pacientes é um momento muito importante para o diagnóstico de qualquer patologia. Se for feito de forma errada, pode fazer com que o sujeito receba um tratamento que não será eficaz, prejudicando ainda mais sua vida, inclusive sua relação terapêutica e crenças sobre a psicoterapia. Essa avaliação tem caráter clínico e inclui várias etapas, onde são realizadas a aplicação de anamneses clínicas, o uso de agendas, de diários de automonitoramento, instrumentos de autorrelato, entrevistas objetivas, dentre outras técnicas de coleta de 19 dados. Alguns aspectos importantes devem ser pesquisados, por serem relevantes para uma avaliação eficaz; são eles: a história de vida do paciente; descrição das situações que desencadearam os sintomas ansiosos sociais; respostas do paciente em seus níveis cognitivo, somático, comportamental e emocional; os medos dos pacientes diante das situações sociais; evitações e comportamentos de segurança; avaliação do arcabouço de habilidades sociais; verificação da rede de apoio social; histórico familiar de patologias; histórico da utilização de substâncias psicoativas ilícitas, como drogas ou álcool, e crenças do sujeito acerca dele mesmo.

Gomes (2014) explica que existem várias ferramentas capazes de avaliar os transtornos psicológicos, como entrevistas semiestruturadas, provas comportamentais, instrumentos de autorrelato, dentre outros. Em relação ao TAS, os métodos mais frequentes para sua avaliação tem sido as entrevistas e os instrumentos de autorrelato (ou testes psicológicos).

Alguns dos instrumentos de autorrelato mais utilizados para avaliação do TAS em adultos, são o Inventário de Ansiedade e Fobia Social (*Social Phobia and Anxiety Inventory – SPAI*), a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (*Liebowitz Social Anxiety Scale - LSAS*), a Escala de Medo de Avaliação Negativa (*Fear of Negative Evaluation - FNE*) e o Inventário de Fobia Social (*Social Phobia Inventory – SPIN*) (GOMES, 2011).

As escalas de autoavaliação (SPAI, SPIN e FNE) possuem objetivos semelhantes, ou seja, avaliam o medo e a evitação das situações sociais e de desempenho relacionados ao TAS (OSÓRIO; CRIPPA; LOUREIRO, 2005).

De acordo com Picon (2006) o SPAI foi desenvolvido por Turner, Beidel, Dancu e Stanley em 1989 para avaliação de ansiedade e transtorno de ansiedade social, contemplando as dimensões fisiológicas, comportamentais e cognitivas desse constructo; e traduzido para uma versão brasileira por Picon em 2006. O SPAI apresenta um total de 45 itens, divididos em duas subescalas: fobia social (itens 1 a 32) e agorafobia (itens 33 a 45). Os itens avaliam quantitativamente a gravidade dos

sintomas de ansiedade social e agorafobia através da escala Likert de 7 pontos (0 = nunca; 1 = muito raramente; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = frequentemente; 5 = muito frequentemente e 6 = sempre) (PICON, 2006).

O SPIN foi desenvolvido por Connor *et al.* em 2000, e traduzido e adaptado por Osório em 2008 (OSÓRIO, 2008), com o intuito de avaliar três importantes critérios que definem o TAS: o medo, a esquiva das situações e os sintomas de desconforto físico, englobando tanto situações de desempenho quanto de interação social. É um instrumento composto por 17 itens pontuados em escala Likert de quatro pontos (zero a três) (VILETE; FIGUEIRA; COUTINHO, 2006).

Em 2001, Connor *et al.* propuseram uma forma reduzida do SPIN, composta por três de seus itens (itens 6, 9, 15) que, em estudo empírico, mostraram-se indicativos do transtorno, denominando este novo instrumento de Mini-SPIN.(MS) Foram encontrados indicadores de boa capacidade discriminativa do instrumento para a identificação do TAS (OSÓRIO; CRIPPA; LOUREIRO, 2005).

A FNE, desenvolvido por Watson e Friend em 1969 e traduzido por Paes de Barros em 1996 (OSÓRIO, 2008), apresenta como proposta avaliar o medo em relação a avaliações sociais negativas na população adulta. É uma escala composta por 30 itens de questões de verdadeiro ou falso (SILVA; NARDI, 2009).

A LSAS, diferentemente das outras, é uma escala de hetero-avaliação criada por Liebowitz em 1987 e traduzida por Lotufo Neto em 2000, que objetiva rastrear os medos e evitações associadas ao TAS (OSÓRIO, 2008). É uma escala composta por 24 itens divididos em duas subescalas: interação social (11 itens) e desempenho (13 itens), avaliados em uma escala Likert de 4 pontos (zero a três) (OSÓRIO; CRIPPA; LOUREIRO, 2005).

Alguns autores também enfatizam a confiabilidade do uso da SCID (*Structured Clinical Interview* - Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM) para a confirmação do diagnóstico do TAS (DEL-BEN *et al.*, 2001; OSÓRIO, 2008; OSÓRIO; CRIPPA; LOUREIRO, 2005). Porém, não foi possível achar estudos com a versão atual do DSM-V (SCID-5-CV).

2.1.8 Tratamento

Apesar do TAS ser o transtorno de ansiedade mais frequente a responder a terapia medicamentosa e psicoterápica, a busca por tratamento é pequena

(OSÓRIO, 2008) e, além dessa dificuldade na procura por tratamento, o transtorno tem dificuldade em ser reconhecido pelos profissionais de saúde e familiares (GOMES, 2014).

Segundo Heimberg e Magee (2016) o TAS começa mais comumente durante o início da infância ou na adolescência, e geralmente segue um rumo contínuo em amostras clínicas. Mesmo os pacientes adultos de fobia social não costumam procurar atendimento para sua patologia, prejudicando ainda mais o curso da doença. Segundo a Replicação da Pesquisa Nacional de Comorbidades (*National Comorbidity Survey Replication* - NCSR) promovida pela Escola de Medicina de Harvard, apenas 24% dos indivíduos que preenchem o critério para TAS, procuraram um especialista em saúde mental em 12 meses (GOMES, 2014).

Apesar desses fatos, de acordo com Picon (2006), os pacientes com TAS apresentam taxas de resposta entre 50% a 80%, com tratamentos adequados. Como monoterapia ou associadas ao tratamento farmacológico, as psicoterapias têm-se mostrado uma possibilidade terapêutica para o TAS, sobretudo as terapias cognitivo-comportamentais (TCCs) (SANTOS *et al.*, 2011). De acordo com Levitan (2011) estudos mostram que a farmacoterapia tende a provocar resultados um pouco melhores do que a TCC, porém o tratamento combinado se mostra superior às monoterapias.

No que se refere ao tratamento medicamentoso do TAS para adultos, destaca-se a utilização de diversos antidepressivos, betabloqueadores, assim como alguns tipos de benzodiazepínicos (calmantes ou tranquilizantes) e determinados anticonvulsivantes (SILVA, 2011; ISOLAN; PHEULA; MANFRO, 2007). Segundo Silva (2011) tanto os betabloqueadores quanto os benzodiazepínicos controlam alguns sintomas fisiológicos específicos do TAS, como tremores, taquicardia e sudorese. Além disso, a associação dos benzodiazepínicos com alguns antidepressivos pode potencializar o efeito deles nos primeiros meses (dois a três) de tratamento. Após essa fase inicial, tanto os betabloqueadores quanto os benzodiazepínicos devem ser retirados, gradativamente, e o tratamento deve ser baseado basicamente nos antidepressivos e na psicoterapia.

De acordo com Levitan (2011, p. 295)

Duas classes de psicofármacos são consideradas de primeira linha no tratamento farmacológico do TAS, tanto pelo fato de terem se mostrado

eficazes em vários ensaios clínicos randomizados (ECRs) com placebo, quanto pela segurança de seus efeitos adversos. Essas drogas de escolha são os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) e os inibidores de recaptção de serotonina e noradrenalina (IRSN). Apesar dos benzodiazepínicos (BZD) também apresentarem forte evidência de eficácia, não são considerados medicações de primeira linha em função do perfil pouco favorável de efeitos adversos e risco de abuso e dependência, assim como os antidepressivos inibidores da monoaminoxidase (IMAO), devido ao aumento do risco de crise hipertensiva e acidente vascular encefálico quando as recomendações dietéticas não são estritamente cumpridas pelo paciente. Os antidepressivos tricíclicos, além de não demonstrarem tanta eficácia, podem agravar os sintomas fóbicos ansiosos, principalmente devido aos efeitos colaterais como tremores finos e sudorese.

Conforme Isolan, Pheula e Manfro (2007) ainda há poucos estudos sobre o uso de medicações para o TAS em crianças e adolescentes, tendo em vista que o TAS nessa faixa etária, frequentemente, é comórbido. Apesar destas condições, os dados atuais amparam o uso dos ISRSs como o tratamento farmacológico de primeira escolha nessa condição, visto que tem havido certa preocupação com o uso de antidepressivos na infância e na adolescência, já que tais medicações poderiam estar associadas a um risco maior de ideação e de comportamento suicida (ISOLAN; PHEULA; MANFRO, 2007).

Segundo Silva (2011) as medicações ajudam a controlar a ansiedade exacerbada, permitindo de forma gradativa que os pacientes com TAS possam enfrentar situações temidas e até evitadas a qualquer custo.

As abordagens psicoterápicas utilizadas no tratamento de transtornos de ansiedade, incluindo TAS na infância e adolescência, incluem a psicanálise, a psicoterapia de orientação analítica, a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a terapia familiar, a psicoterapia de apoio, entre outras. Entre essas, a TCC é que tem demonstrado maior eficácia em estudos controlados para tratamento do TAS, e a que mais tem estudos na literatura (ISOLAN; PHEULA; MANFRO, 2007).

De acordo com Levitan *et al.* (2011) as técnicas utilizadas na TCC para o tratamento do TAS incluem a psicoeducação, técnicas de relaxamento, treinamento de habilidades sociais, exposição imaginária e ao vivo, e a reestruturação cognitiva. Embora ainda haja controvérsias sobre qual técnica da TCC é mais eficaz, sabe-se que trabalhar o componente cognitivo é essencial, com 84% dos pacientes apresentando melhora dos sintomas e persistência dos resultados na avaliação de seguimento de um ano (LEVITAN *et al.*, 2011).

A psicoeducação tem a função de orientar o paciente em diversos aspectos, seja na construção de crenças, valores, sentimentos e como estes repercutem em sua vida e na dos outros, seja a respeito das consequências de um comportamento, bem como nortear o paciente e sua família acerca do transtorno enfrentado (NOGUEIRA *et al.*, 2017).

As técnicas de relaxamento têm por objetivo auxiliar o paciente a controlar suas reações fisiológicas antecipadamente, durante ou após as situações temidas (LOVO, 2019). No manejo do estresse, o paciente é orientado no sentido de perceber a ansiedade e utilizar exercícios de respiração de forma a conseguir manter a mente presente naquele momento (BELLETATO; BANHATO, 2019).

O Treino de Habilidade Sociais (THS) objetiva fornecer ao paciente um conjunto de comportamentos socialmente adaptados, visto que o déficit em habilidades sociais é comum entre os fóbicos sociais (ANGÉLICO; CRIPPA; LOUREIRO, 2012), capacitando o indivíduo a escolher a forma mais adequada de se posicionar frente às situações, conhecendo os benefícios e consequências de cada estilo de comportamento (passivo, assertivo e agressivo), diminuindo, assim, a sensação de impotência, passividade ou raiva (BELLETATO; BANHATO, 2019).

Na técnica de exposição o paciente deve imaginar (imaginação enquanto exposição) ou vivenciar (exposição ao vivo) as situações temidas. Essa exposição, com o tempo, reduz a ansiedade e o comportamento fóbico. Os pacientes, em conjunto com o terapeuta, listam todas as situações ansiogênicas e as classificam hierarquicamente de acordo com o grau de ansiedade que geram. Então o paciente é orientado a enfrentar as situações temidas, até que sua ansiedade diminua. No estágio inicial do tratamento, as situações são enfrentadas em companhia do terapeuta, até que ocorra a habituação da ansiedade (BELLETATO; BANHATO, 2019; LOVO, 2019).

De acordo com D'el Rey e Pacini (2005 *apud* GUSMÃO *et al.*, 2013), a reestruturação cognitiva é realizada para ensinar os pacientes a identificar suas cognições irracionais, realizando um teste de realidade e corrigindo as crenças distorcidas. Assim, os pacientes são instruídos a identificar seus pensamentos automáticos distorcidos segundo evidências reais, visando a elaboração de crenças menos tendenciosas.

A TCC também se mostrou o tratamento psicoterápico mais eficaz para o TAS em crianças e adolescentes. O tratamento psicológico que combina o THS, reestruturação cognitiva e exposição ao vivo é apontado como o mais eficaz para crianças, adolescentes e adultos (LEVITAN, 2011).

2.2 O TAS EM UNIVERSITÁRIOS

Como visto anteriormente, o TAS parece interferir no desempenho profissional e acadêmico do indivíduo. Schneier *et al.* (1992 *apud* BAPTISTA, 2006) observaram que o TAS é associado com baixa realização educacional quando comparado com a população em geral, sendo que cerca de 85% dos indivíduos acometidos relatam que sentiram que o transtorno prejudicou seu funcionamento educacional.

Beidel *et al.* (1989) *apud* Baptista (2006) verificaram que 19% dos estudantes universitários preenchem critérios para um diagnóstico de TAS, sugerindo uma alta prevalência deste transtorno nesta população. Devido a isso, de acordo com Furmark (2002) *apud* Pereira e Lourenço (2012), o TAS tem sido evidenciado em alguns estudos como um dos menos presentes entre pessoas com ensino superior, pois o fóbico social, por vezes, não finaliza sua graduação devido à limitação que o transtorno causa em sua vida. No entanto, a ansiedade continua fazendo parte da vida dos universitários, visto que o curso superior exige compromisso, responsabilidade, bom desempenho e relacionamento interpessoal.

Segundo Figueredo e Barbosa (2008), no ambiente universitário, é importante e necessário que o aluno interaja com os demais alunos e professores, participe de trabalhos aos quais muitos são orais, faça estágio e outras atividades, sempre exigindo um nível de interação. Todas essas situações ocorrem desde o início do curso, e podem remeter ao desempenho do universitário, o que pode gerar para o aluno com TAS um sofrimento excessivo com grandes limitações, isolamento social, falta de interação e integração na vida no campus. Estes fatores contribuem para o abandono da universidade. De acordo com um estudo feito por Weiller *et al.* em 1996 (BAPTISTA, 2006), verificou-se que 91% dos indivíduos com TAS tiveram seu desempenho acadêmico afetado, relatando que evitavam falar em sala de aula, se esquivavam de trabalhos orais, preferiam permanecer com uma dúvida a questionar

o professor, tinham pouca interação social e não participavam de atividades extracurriculares.

Gomez *et al.* (2008 *apud* PEREIRA; LOURENÇO, 2012) investigaram a fobia social na população de estudantes de medicina e encontraram que, dos 183 estudantes de medicina pesquisados, 1,2% apresentou ansiedade severa; 12,9%, moderada; 40,6%, leve; e 45,3%, normal. As situações que geram mais ansiedade foram: fazer provas (81,4%), ter problemas familiares (45,4%), ter problemas com namorado (a) /marido/esposa (35,05%) e problemas econômicos (27,9%).

Baptista (2006) investigou o TAS em universitários brasileiros de diversos cursos das áreas de Biológicas, Humanas e Exatas. O estudo evidenciou que a prevalência do TAS nos universitários foi de 11,6%, o que, para o autor, foi um percentual considerado alto. A prevalência foi maior entre o sexo feminino (12,4%) do que o masculino (7,4%), porém não houve constatações de diferenças significativas entre os cursos.

Segundo Furmark (2000 *apud* BAPTISTA, 2006)

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

3. MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo foi realizado a partir de uma pesquisa de revisão sistemática, com delineamento de pesquisa bibliográfica e análise bibliométrica.

A pesquisa bibliográfica, segundo Gil (2002, p. 44), “é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Para o autor, esse tipo de pesquisa permite uma investigação mais ampla dos fenômenos, do que a pesquisa direta.

Heerdt (2007) acrescenta que a realização desse tipo de pesquisa é fundamental para que se conheça e analise as principais contribuições sobre determinado tema ou assunto. Além disso, o autor complementa que:

Ao analisar essas finalidades pode-se inferir que a pesquisa bibliográfica pode ser realizada em nível de pesquisa exploratória, quando apenas se quer ter maiores conhecimentos ou uma certa familiaridade sobre um assunto; oferecer informações mais precisas ao investigador no momento da construção de problemas ou questões de pesquisa e fundamentar na análise e discussão de resultados de pesquisas empíricas (p.67).

Para trazer mais confiabilidade à pesquisa bibliográfica, foram desenvolvidos procedimentos mais criteriosos, chamados de Revisão Sistemática (MEDEIROS *et al.*, 2015). Sampaio e Mancini (2007) definem a Revisão Sistemática como sendo um tipo de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema, sendo úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente, bem como identificar temas que necessitam de evidências, auxiliando na possibilidade de avaliações futuras.

A análise bibliométrica pode ser definida, segundo Tague-Sutcliffe (1992 *apud* MEDEIROS *et al.*, 2015), como sendo o estudo dos aspectos quantitativos da produção científica, a disseminação e o uso da informação publicada, e validade.

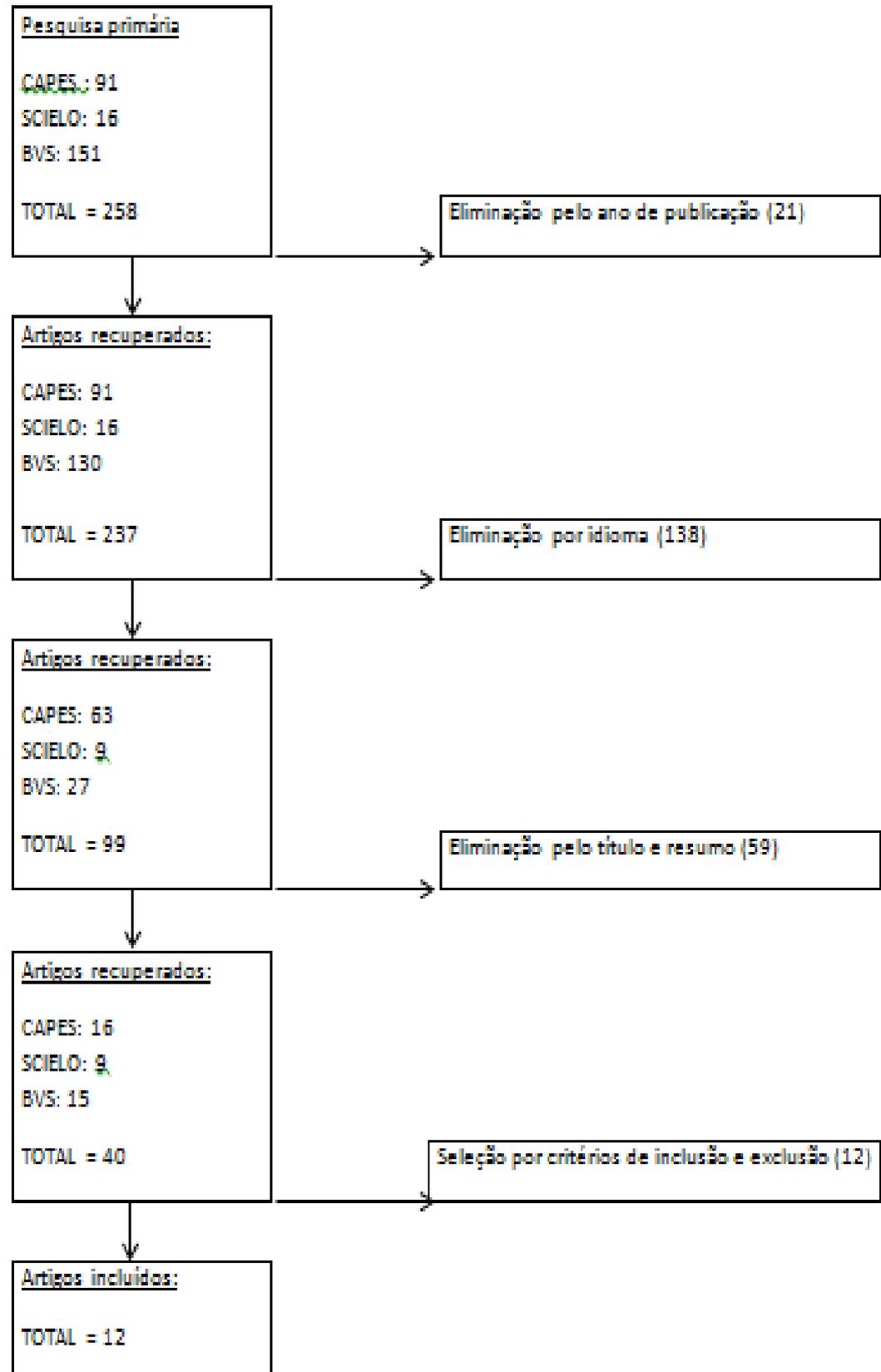
Diante dos achados da revisão sistemática, aplica-se a bibliometria, que, de maneira quantitativa, avalia a relevância das publicações selecionadas através de indicadores e norteia o processo de seleção do referencial bibliográfico que melhor se aproxime do interesse do assunto pesquisado (MEDEIROS *et al.*, 2015, p. 97).

3.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O estudo buscou encontrar estudos indexados nas seguintes bases de dados: Periódico Centro de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período entre 2000 a 2019. A busca em cada uma das referidas bases foi norteadas pela associação das expressões “Transtorno de Ansiedade Social”, “Fobia Social”, os quais foram associados com o termo “Universitários”, com a finalidade de restringir a pesquisa aos resumos que apresentavam ao mesmo tempo cada um dos termos. No total, foram encontrados 12 artigos. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos de periódicos científicos; artigos em português; artigos relacionados somente ao Transtorno de Ansiedade Social e universitários; artigos publicados entre 2000 até 2019. Foram excluídos: artigos em outros idiomas; artigos de revisão teórica ou sistemática; publicações que apresentassem duplicação nas bases; trabalhos que abordavam populações diferentes de estudantes universitários.

A figura 1 apresenta o fluxograma (modelo Prisma) com a descrição do processo de seleção de publicações.

Figura 1. Fluxograma



Fonte: produção da autora (2020).

3.3 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise quantitativa de organização dos dados foi realizada em termos de frequência absoluta e relativa, com base nos dados formais, ou seja, em relação às categorias bibliográficas e metodológicas (ano de publicação, periódico, quantidade e estado de origem dos autores, instituição dos autores, tipo de pesquisa, instrumentos ou procedimentos clínicos ou de avaliação utilizados), apresentados nas Tabelas 1, 2, 3 e 4. A análise qualitativa foi feita com base nos dados de conteúdo, isto é, nas categorias de objetivo e resultados. Inicialmente, os dados foram inseridos em uma planilha no formato Excel, a fim de facilitar e organizar os resultados obtidos.

Segundo Richardson (1989 *apud* DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008) o método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento destas através de técnicas estatísticas. A análise qualitativa é aquela que trabalha predominantemente com dados qualitativos, ou seja, a informação coletada na pesquisa não é expressa em números, ou então os números e as conclusões neles baseados representam um papel menor na análise (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008). Os dois métodos se completam e contribuem para o entendimento e quantificação dos aspectos lógicos e essenciais de um fenômeno estudado (PROETTI, 2017).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção está organizada com base nas categorias previamente indicadas no procedimento de análise de dados. Inicialmente serão apresentados os resultados obtidos através dos aspectos formais. A Tabela 1 apresenta o ano de publicação dos artigos analisados. A Tabela 2 relaciona os periódicos responsáveis pelas publicações dos artigos. A Tabela 3 apresenta a quantidade de autores responsáveis pelas publicações, assim como suas respectivas instituições demonstradas na Tabela 4. A Tabela 5 evidencia todos os instrumentos e procedimentos utilizados nos estudos. Após, serão apresentados os resultados em relação aos aspectos de conteúdo.

Tabela 1. Ano de publicação dos artigos analisados

Anos	N	%
2006	1	8,3
2008	2	16,6
2009	2	16,6
2010	1	8,3
2012	3	25
2015	2	16,6
2018	1	8,3
Total	12	99,7

Em relação ao ano de publicação dos artigos analisados, observou-se na Tabela 1, que a maior parte das publicações ocorreu em 2012 (25% - N=3), porém não houve diferenças significativas entre os anos analisados. Desse modo, foi possível observar o baixo número de produções científicas sobre o TAS e estudantes universitários nas duas últimas décadas.

Tabela 2. Periódicos responsáveis pelas publicações dos artigos

Periódicos	N	%
Biblioteca Digital USP	4	33,3
Biblioteca Digital FAMERP	1	8,3
Psicologia: Ciência e Profissão	1	8,3
Revista Brasileira de Terapias Cognitivas	1	8,3
Psicologia: Reflexão e Crítica	1	8,3
Estudos e Pesquisa em Psicologia	1	8,3
Revista Brasileira de Educação Médica	1	8,3
ConScientiae Saúde	1	8,3
Revista de Psiquiatria Clínica	1	8,3
Total	12	99,7

Em relação aos periódicos responsáveis pelas publicações, observou-se a distribuição de publicações em um total de 7 revistas. Nota-se que não ocorreu uma concentração de publicação em nenhuma delas, apresentando o total de um único artigo em cada revista (8,3% - N=1). O restante de publicações (5) foi publicado nas bibliotecas de suas respectivas instituições, por se tratarem de teses de doutorado ou dissertações de mestrado. Assim, a Biblioteca Digital USP foi a responsável pela maior concentração de publicações (33,3% - N=4), por meio de Teses desenvolvidas na referida Universidade.

Tabela 3. Quantidade de autores

Quantidade de autores	N	%
1	5	41,6
3	4	33,3
2	1	8,3
4	1	8,3
6	1	8,3
Total	12	99,8

De acordo com a Tabela 3, notou-se que a maior parte de publicações foi realizada por um autor (41,6% - N=5), seguido de três autores (33,3% - N=4). Todas as publicações de autoria única são da categoria de teses e dissertações,

justamente por serem trabalhos acadêmicos de conclusão de curso (Mestrado ou Doutorado).

Quanto à análise do nome do primeiro autor, notou-se que Angelico, A.P. se repetiu em dois artigos. O restante dos autores compuseram apenas um texto, sendo eles Garcia, V. A., Pureza, J. R., Rodrigues, M. D. S., Figueredo, L. Z. P., Abumusse, L. V. M., Burato, K. R. S. S., Baptista, C. A., Osório, F. L., Filho, A. S., Botaro, M. C. A. Porém, é importante destacar que, mesmo não sendo os primeiros autores, Crippa, J. A. S. e Loureiro, S. R. se repetiram em três artigos, demonstrando um maior interesse dos autores pelo tema em questão.

Tabela 4. Instituição dos autores

Instituições dos autotres	N	%
Universidade de São Paulo (USP)	7	29,1
Centro Universitário Christus	6	25
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	4	16,6
Universidade Estadual Paulista	3	12,5
Universidade Nove de Julho	2	8,3
Universidade Federal de São João del-Rei	1	4,1
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)	1	4,1
Total	24	99,7

Em relação à Tabela 4, observa-se que a instituição responsável pela maior parte das publicações foi a Universidade de São Paulo (29,1% - N=7), seguida pelo Centro Universitário Christus (25% - N=6), sendo este último, os seis autores do mesmo artigo.

Na análise da modalidade de produção científica, verificou-se que todas as publicações analisadas utilizaram do estudo empírico. Segundo Cozby (2003) o estudo empírico do conhecimento, também conhecido como estudo de campo, tem dois componentes básicos. Primeiro, uma ideia precisa ser estudada sob condições que admitam confirmação ou refutação. Segundo, a pesquisa é realizada de maneira que possa ser observada, avaliada e replicada por outros. Ou seja, pressupõe uma comprovação prática através da observação e experimentação de determinado fenômeno. Com isso, os instrumentos ou procedimentos que foram utilizados para mensurar o transtorno de ansiedade social podem ser vistos na Tabela 5.

Tabela 5. Instrumentos ou procedimentos utilizados

Instrumentos ou procedimentos utilizados	N	%
Mini Inventário de Fobia Social (Mini-SPIN)	5	8,7
Inventário de Fobia Social (SPIN)	5	8,7
Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID-IV)	5	8,7
Questionários sociodemográficos	5	8,7
Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS)	4	7
Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	4	7
Entrevista semiestruturada	3	5,2
Questionário de saúde geral-12 (QSG-12)	3	5,2
Teste de Simulação de Falar em Público (TSFP)	2	3,5
Escala Breve de Fobia Social (BSPS)	2	3,5
Escala de Liebowitz para hetero-avaliação dos prejuízos funcionais (ELHPF)	2	3,5
Escala de Liebowitz para auto-avaliação dos prejuízos funcionais (ELAPF)	2	3,5
Escala para Auto-avaliação para falar em Público (SSPS)	1	1,7
Inventário de Depressão de Beck (BDI)	1	1,7
Escala de Comportamento de Segurança na Ansiedade Social (SPSBS)	1	1,7
Inventário de Habilidades Sociais (IHS)	1	1,7
SCID-I/P (Módulo de Fobia Social da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV)	1	1,7
Questionário de Qualidade de Vida SF-36	1	1,7
Intervenção individual	1	1,7
Intervenção grupal	1	1,7
Escala de medo de avaliação negativa (FNE)	1	1,7
Escala Visual Analógica de Humor (VAMS)	1	1,7
Escala de Sintomas Somáticos (ESS)	1	1,7
Questionário de Ansiedade Social para Adultos (CASO-A30)	1	1,7
Critério de Classificação Socioeconômica Brasil (CCSEB)	1	1,7
Questionário de Hakim e Grahame	1	1,7
ASR (<i>Adult Self Report</i>)	1	1,7
Total	57	98,7

A partir da análise da Tabela 5 sobre os instrumentos ou procedimentos utilizados, observa-se um maior uso do Mini-SPIN, SPIN, SCID-IV e Questionários

sociodemográficos (8,7% - N=5, cada um). Seguidos pela LSAS e BAI (7% - N=4, cada um). Nota-se que os instrumentos empregados nos estudos são padronizados e avaliam diversos aspectos e situações da ansiedade social, como TSFP, BSPS, ELHPF, ELAPF (3,5% - N=2, cada um), SSPS, IHS, FNE (1,7% - N=1, cada um). No entanto, observou-se o uso de outros instrumentos que, apesar de não mensurarem a fobia social, se relacionam com ela. São eles: o Inventário de Depressão de Beck (BDI) (1,7% - N=1), que avalia a intensidade dos sintomas depressivos, presente em uma publicação, Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), cujo objetivo é verificar a presença de sintomas ansiosos, utilizado em um trabalho, a Escala Visual Analógica de Humor (VAMS) (1,7% - N=1), que avalia aspectos de ansiedade, sedação mental e física e outros sentimentos e atitudes, e a Escala de Sintomas Somáticos (ESS) (1,7% - N=1), que avalia a presença de sintomas físicos que podem indiretamente sofrer influência dos estados de ansiedade. Outros recursos foram utilizados com o intuito de coleta de dados acerca dos participantes dos estudos, como os questionários sociodemográficos, entrevistas semiestruturadas (5,2% - N=3), Questionário de saúde geral-12 (QSG-12) (5,2% - N=3), Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (1,7% - N=1) e o Critério de Classificação Socioeconômica Brasil (CCSEB) (1,7% - N=1).

No que diz respeito aos participantes dos estudos, como objetivo deste trabalho, toda concentração foi em estudantes universitários, de universidades públicas ou privadas, com idades entre 17 e 35 anos.

Quanto aos objetivos dos estudos, nota-se que todos têm como foco avaliar, de certa forma, os aspectos do TAS, mesmo que por meios diferentes, isto é, utilizando de delineamentos de pesquisa diferentes. Os Quadros 4, 5, 6, 7 e 8 apresentam mais detalhadamente as categorias de objetivos e os respectivos resultados dos estudos avaliados.

Quadro 3. Relação dos objetivos e principais resultados avaliados em estudos com intervenção

Objetivo(s)	Principais Resultados
Estudos de Intervenção	
1. Analisar a interação terapêutica em intervenções com portadores de TAS, em relação às categorias comportamentais emitidas.	Os clientes com TAS relataram (Comportamento de Relato) durante toda a terapia, com maior frequência e tempo no desenvolvimento e estabeleceram relações (Comportamento de Estabelecer Relações) cada vez por mais tempo, o que sugere mais autoconhecimento com o desenvolvimento da terapia. Para ambos os clientes, a terapia não apresentou comportamentos de oposição e discordância significativos. E apresentavam formulação de metas (Comportamento de estabelecer Metas) e relato de melhora (Comportamento de Relato de Melhora) por maior período com o andamento das sessões.
2. Analisar uma proposta de Treinamento de Habilidades Sociais (THS) em um grupo de universitários com TAS	Redução significativa dos sintomas de ansiedade social do grupo em todos os instrumentos aplicados (CASO-A30, LSAS, BAI, BDI).

Fonte: produção da autora (2020)

Observa-se no Quadro 5, que os dois estudos chegaram aos seus objetivos interventivos, tendo como foco os universitários com TAS. O estudo 1 foi realizado com dois universitários diagnosticados com TAS, sem comorbidades, entre 19 e 22 anos de idade. Demonstrou relevância, pois, segundo Garcia, Bolsoni-Silva e Nobile (2015), descrever a interação terapêutica do processo com clientes com ansiedade social, permitiria que psicólogos e outros profissionais avaliassem os resultados e conclusões apresentadas, e a partir disso pudessem determinar quais estratégias e intervenções produzem com maior probabilidade os efeitos pretendidos, podendo, também, adaptá-las a populações específicas.

O estudo 2, feito com 22 estudantes universitários que apresentavam sintomas de TAS, evidenciou o quão importante são as intervenções para o TAS, já que todos os universitários apresentaram uma redução dos sintomas avaliados. Vale ressaltar que ambos os estudos embasaram suas intervenções na Terapia

Cognitivo-Comportamental (TCC), que, segundo Gusmão *et al.* (2013), juntamente com a psicofarmacologia, constitui-se como o recurso terapêutico de maior eficiência e evidência. O THS mencionado no estudo 2, é uma técnica da TCC bastante utilizada nos casos de TAS por conta de os indivíduos portadores da patologia possuírem um *déficit* em suas habilidades sociais (GUSMÃO *et al.*, 2013).

Quadro 4. Relação dos objetivos e principais resultados avaliados em estudos de validação de escalas

Objetivo(s)	Principais Resultados
Estudos de Validação de Escalas	
<p>1. Traduzir e validar as escalas ELHPF E ELAPF Comparar a situação de saúde mental dos casos TAS e não-TAS em universitários Avaliar a associação do TAS a prejuízos funcionais nas atividades cotidianas</p>	<p>Identificaram-se mais prejuízos funcionais no grupo TAS quando comparado ao grupo Não-TAS, apontando a capacidade dos instrumentos (ELHPF e ELAPF) de discriminarem as diferenças entre os grupos e de detectarem os prejuízos funcionais associados ao TAS. Observou-se a presença de prejuízos nas atividades cotidianas e que estão relacionadas à manutenção, ao autocuidado, às relações sociais, familiares e afetivas, além das dificuldades relacionadas ao bem estar e a percepção de saúde.</p>
<p>2. Validar a escala ECSAS com o intuito de verificar a associação do TAS a processos cognitivos e comportamentos de segurança.</p>	<p>ECSAS demonstrou consistência interna satisfatória. Observou-se que os portadores de TAS apresentaram escores significativamente maiores que o grupo sem o transtorno, caracterizando a presença de mais comportamentos de segurança que expressam tentativas de disfarçar o incômodo diante de situações sociais, como forma de se autocontrolar</p>
<p>3. Traduzir e validar as escalas SPIN e SSPS e BSPS e verificar o poder discriminativo do MINI-SPIN para rastreamento do TAS Aferir as propriedades psicométricas dos instrumentos validados numa amostra de casos TAS e não-TAS</p>	<p>SPIN demonstrou excelentes qualidades psicométricas em todos os aspectos avaliados. Mini-SPIN também mostrou capacidade para discriminar casos TAS dos não-TAS O estudo psicométrico da SSPS demonstrou adequação do instrumento para uso na população brasileira. O BSPS mostrou-se bastante adequado quando avaliado em relação as suas qualidades psicométricas, sendo um importante instrumento de hetero-avaliação do TAS.</p>

Fonte: produção da autora (2020)

Com base nos dados apresentados no Quadro 6, observa-se que estes estudos tiveram como objetivo principal a validação de escalas com uma amostra de estudantes universitários, porém a partir disso, também foi possível analisar diversos aspectos do TAS nesta população. Neste sentido, os instrumentos aferidos nos estudos contribuem para a identificação sistemática dos sintomas e prejuízos funcionais associados ao TAS.

O estudo 1, que contou com 173 estudantes universitários, demonstrou um dado importante em relação ao TAS, que, de acordo com os dados empíricos de comparação entre grupos, os avaliadores identificaram mais prejuízos no funcionamento cotidiano do grupo TAS, quando em comparação com o grupo Não-TAS na amostra de universitários brasileiros, no que diz respeito ao desempenho em atividades acadêmicas, de autocuidado e de interesses, aos relacionamentos e ao desejo de viver. O que enfatiza a relevância de identificação e tratamento precoce de tais prejuízos, minimizando assim o agravamento e o conseqüente distanciamento das atividades da vida cotidiana (ABUMUSSE, 2009).

O estudo 2 analisou os comportamentos de segurança (estratégias de evitação para enfrentamento das situações sociais) emitidos por universitários com TAS. De acordo com Burato, Crippa e Loureiro (2009), a presença acentuada de comportamentos de segurança e evitação no grupo de casos TAS é sugestivo do esforço adaptativo empreendido por esses indivíduos em face da ansiedade despertada pelas situações sociais. Este estudo foi feito com 155 estudantes universitários, com idades entre 17 e 21 anos.

Segundo o autor do estudo 3 (OSÓRIO, 2008), a validação do SPIN é de grande importância, por ser o único entre os instrumentos de mensuração e avaliação dos sintomas de TAS a abordar especificamente os aspectos fisiológicos do transtorno. Essa observação também se estende ao outro instrumento validado, o SSPS, pois um dos aspectos mais relevantes do TAS é o medo de falar em público (habilidade essencial para uma boa vivência acadêmica). Neste estudo participaram 2.314 estudantes universitários na etapa de validação de escalas, onde 590 obtiveram Mini-SPIN positivo, sendo necessária a aplicação da SCID-IV, totalizando 178 estudantes universitários diagnosticados com TAS.

Quadro 5. Relação dos objetivos e principais resultados avaliados em estudos experimentais

Objetivo(s)	Principais Resultados
Estudo experimental	
<p>1. Comparar e caracterizar o repertório de habilidades sociais apresentado por universitários portadores de Transtorno de Ansiedade Social (TAS) e não portadores frente a uma situação experimental estruturada, o Teste de Simulação de Falar em Público (TSFP).</p>	<p>Não houve diferença significativa entre o repertório de habilidades sociais entre os grupos caso e não-caso, porém o TSFP mostrou-se um procedimento bastante útil para avaliar os sinais ou marcadores comportamentais de ansiedade à medida que simula uma das situações sociais temidas mais prevalente no TAS, como também na população geral (falar em público).</p>
<p>Verificar as associações entre as manifestações clínicas e comportamentais do TAS e aferir a validade discriminativa do Inventário de Habilidades Sociais (IHS) no diagnóstico deste transtorno.</p>	<p>O IHS demonstrou distinguir significativamente indivíduos com e sem TAS. As manifestações comportamentais identificadas com a aplicação do IHS estão de fato associadas às manifestações clínicas detectadas com a aplicação do SPIN. Os indivíduos com TAS diferiram significativamente de outros indivíduos sem TAS ou qualquer outro transtorno psiquiátrico em termos de habilidades sociais.</p>

Fonte: produção da autora (2020)

O estudo 1 apresentado no Quadro 6 avalia uma das situações sociais mais prevalentes do TAS: o medo de falar em público. Segundo D'El Rey e Pacini (2005 *apud* ANGELICO; CRIPPA; LOUREIRO, 2012), o medo acentuado de falar em público deve ser encarado como um problema sério de saúde mental por interferir na rotina de trabalho, na vida social e na vida escolar, produzindo, assim, sofrimento aos indivíduos acometidos por ele. O estudo contou com 26 estudantes universitários, sendo possível observar que os grupos caso e não-caso demonstraram diferenças significativas apenas em relação à classe de marcadores não-verbais (posturas corporais, gestos e expressões faciais). Soares e Del Prette (2015) destacam a importância das habilidades sociais na formação universitária, principalmente as de receber e dar feedback, elogiar desempenhos, expressar-se

assertivamente, demonstrar empatia, lidar com críticas e habilidades de comunicação.

A característica experimental do estudo 2 apresentado no Quadro 6 é demonstrada no objetivo de aferir a capacidade do IHS no diagnóstico do TAS. O IHS foi elaborado no intuito de avaliar o repertório interpessoal de habilidades sociais de estudantes universitários. De acordo com Angelico, Crippa e Loureiro (2012) ainda que o déficit em habilidades sociais não esteja presente em muitos ansiosos sociais, é recomendável que a sua avaliação seja realizada, independentemente de manifestarem estes déficits, para efeitos tanto de caracterização do repertório desses indivíduos quanto para planejar programas de tratamento efetivos que atendam às suas demandas interpessoais e acadêmicas de modo mais direto e objetivo. O estudo foi realizado com 86 estudantes universitários, sendo 45 casos TAS e 41 casos Não-TAS, demonstrando que o IHS é capaz de distinguir significativamente os grupos com e sem TAS.

Quadro 6. Relação dos objetivos e principais resultados avaliados em estudos do TAS e suas possíveis comorbidades psiquiátricas

Objetivo(s)	Principais Resultados
Estudo das possíveis comorbidades associadas ao TAS	
<p>Descrever os dados sobre a ocorrência de comorbidades psiquiátricas no espectro do TAS e verificar o comprometimento no funcionamento psicossocial associado a esse transtorno. Comparar a prevalência de Prolapso da Valva Mitral (PVM) em sujeitos com TAS, transtorno de pânico e controles saudáveis.</p>	<p>A ocorrência de outros transtornos psiquiátricos foi observada em 71,6% dos sujeitos do grupo TAS. Em relação à prevalência de comorbidades, depressão maior foi a comorbidade mais frequente, seguida de fobias específicas e transtorno de ansiedade generalizada. Os resultados reforçam também que o aumento da gravidade dos sintomas de ansiedade social está associado com maior comprometimento funcional e com um número aumentado de problemas psicológicos. Não foram encontradas diferenças na prevalência de PVM entre os sujeitos do grupo pânico (2,4%), TAS (4,5%) e controle (1,0%).</p>

Fonte: produção da autora (2020)

O estudo apresentado no Quadro 7 traz um parâmetro médico de análise dos aspectos relacionados ao TAS, na verdade, um aspecto chamado Prolapso da Valva

Mitral (PVM). O PVM, segundo Filho (2010), se trata do fechamento das câmaras superior e inferior do lado esquerdo do coração, podendo causar batimento cardíaco irregular, palpitações e falta de ar. Sabe-se que as queixas cardiovasculares estão entre as mais frequentes nos transtornos de ansiedade e que os ataques de pânico são muitas vezes acompanhados de taquicardia (ALAOR, 2010). O PVM foi prevalente em 4,5% do grupo de 141 estudantes universitários avaliados, não havendo associação entre esta condição e o TAS. Além disso, como já citado no Quadro 7, em relação à prevalência de comorbidades, depressão maior foi a comorbidade mais frequente, seguida de fobias específicas e transtorno de ansiedade generalizada. Dessa forma, é possível concluir que sujeitos com TAS apresentam um grau proeminente de comprometimento psicossocial e elevadas taxas de outros transtornos psiquiátricos.

Quadro 7. Relação dos objetivos e principais resultados avaliados em estudos diagnósticos do TAS.

Objetivo(s)	Principais Resultados
Estudo diagnósticos do TAS	
1. Investigar os sintomas de TAS entre estudantes universitários de Medicina	Utilizando-se a LSAS-SR como instrumento de triagem para casos de TAS, encontraram-se escores sugestivos do transtorno em 59,2% (255) dos estudantes. Em relação ao nível de ansiedade, o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) evidenciou que 59,3% (258) dos estudantes apresentaram nível de ansiedade mínimo; 26,6% (115), nível leve; 9,7% (42), nível moderado, e 4,4 (19), nível grave Estudantes com sintomas sugestivos de ansiedade social apresentaram maior grau de ansiedade.
2. Avaliar os sintomas de "medo de falar em público" dos universitários e determinar se há diagnóstico de TAS e necessidade de intervenção psicológica para os estudantes	Dois dos três participantes preencheram todos os critérios básicos para o diagnóstico de TAS
3. Verificar a prevalência do TAS numa população de universitários.	237 estudantes foram diagnosticados com TAS (11,6%) Verificou-se que os sujeitos do sexo feminino apresentaram proporcionalmente mais TAS (N=161 ou 12,5%) do que os indivíduos do sexo masculino (N=76 ou 7,4%), sendo esta diferença estatisticamente significativa.
4. Identificar a presença do TAS em uma amostra de estudantes universitários	No total 66,37% não apresentam ansiedade social, mas entre os níveis de ansiedade social avaliados pela escala, 9,73% foram classificados com ansiedade social moderada, 7,96% ansiedade social média, 9,73% ansiedade social grave e 6,19% ansiedade social muito grave, evidenciando que 33,61% dos participantes da amostra apresentam o transtorno e encontram-se em algum nível.

Fonte: produção da autora (2020)

No Quadro 8 é possível observar estudos muito importantes para a literatura, já que todos tiveram como objetivo principal verificar a prevalência do TAS em estudantes universitários, utilizando diferentes métodos e instrumentos.

O estudo 1 contou com 431 (N=266 do sexo feminino) estudantes do primeiro ao quarto ano de um curso de Medicina, sendo que os resultados revelaram que 59,2% (N=255) apresentam manifestação dos sintomas do TAS. O estudo detectou um declínio dos sintomas de TAS ao longo dos semestres, sendo que indivíduos mais jovens apresentaram mais sintomas de ansiedade social do que indivíduos com idade levemente superior. Dos alunos com TAS neste estudo, 45,8% relataram nervosismo a ponto de terem o desempenho comprometido ou de evitarem se expor durante as sessões de tutoria.

O estudo de número 2 foi feito com apenas três estudantes universitários que relataram ter medo de falar em público. Os participantes 1, 2 e 3 (P1, P2 e P3) apresentaram os escores de 19, 27 e 26 na escala FNE, respectivamente (máximo: 30 pontos). Desse modo, respostas autonômicas, comportamentais e cognitivas que se coadunam com os critérios diagnósticos do TAS estão presentes nos relatos de P2 e P3, mas não de P1, que demonstra indícios do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Segundo Figueredo e Barbosa (2008) é nessa fase que o universitário começa a fazer estágios e tem necessidade de participar de grupos de amigos e de manter relacionamentos românticos de maneira mais clara. Em circunstâncias como essas, o TAS pode resultar em sofrimento excessivo e gerar graves limitações.

O estudo 3 realizou sua pesquisa com 2319 estudantes universitários, com idades entre 17 e 35 anos, de faculdades públicas e privadas, das áreas de ciências humanas, biológicas e exatas. Dos 2319 universitários, 478 foram identificados com Mini-SPIN positivo, sendo 237 estudantes identificados com o TAS através da SCID-IV (11,6%). Sendo assim, de acordo com Baptista (2006), o estudo foi capaz de confirmar a hipótese de que este transtorno apresenta prevalências elevadas na comunidade, mais especificamente, na população de estudantes universitários. De forma semelhante, Beidel et al. (1989 *apud* BAPTISTA, 2006) verificaram em seus estudos que 19% dos estudantes universitários preenchem critérios para um diagnóstico de TAS, sugerindo a alta prevalência deste transtorno nesta população. O estudo de Tillfors e Furmark (2007 *apud* PEREIRA; LOURENÇO, 2012) examinou

a prevalência do TAS e comportamento de esquiva no contexto universitário, utilizando de amostra 753 universitários da Suécia, sendo que 84 estudantes apresentaram TAS, ou seja, 16,1%, o que para os autores é um percentual alto.

Com o objetivo de analisar a prevalência da fobia social em universitários nigerianos, Bella e Omigbodun (2009 *apud* PEREIRA; LOURENÇO, 2012) aplicaram 413 questionários, sendo que 82 respondentes (19,8%) apresentaram TAS.

Quanto ao estudo 4 apresentado no Quadro 8, 113 estudantes universitários foram elegíveis para este estudo, com idades entre 17 e 22 anos, de uma universidade particular. Com isso, obteve-se 33,61% da amostra com o transtorno, através da escala LSAS, sendo o curso de Psicologia o mais prevalente. Morar fora e algum familiar fazer tratamento psiquiátrico foram correlacionados a maiores escores do TAS (BOTARO, 2015).

É importante revelar que a maioria dos estudos apresentados encontrou uma predominância maior do TAS no sexo feminino. Pode-se considerar o fato de a maior parte das amostras ser feminina, como aconteceu nos estudo de Pureza (2012) com 73% da amostra do sexo feminino e 27% do sexo masculino, Angelico, Crippa e Loureiro (2012) com 62% da amostra feminina e 38% masculina, Rodrigues *et al.* (2019) com 61,5% da amostra feminina e 38,5% masculina, Abumusse (2009) com 93,1% da amostra feminina e 6,9% masculina, e Botaro (2015) com 69% da amostra feminina e 31% masculina. Apesar disso, tais informações estão de acordo com aquelas destacadas pelo DSM-5 (APA, 2014), que embasam que o TAS é mais comum em mulheres do que em homens, tendo as mesmas mais chance de desenvolvê-la. Estes dados estão de acordo com o que tem sido descrito na literatura, na qual as mulheres geralmente apresentam níveis de ansiedade maiores do que os homens, e apresentam maiores prevalências de transtornos de ansiedade, de forma geral, e de TAS de modo particular (BAPTISTA, 2006). Segundo estudos desenvolvidos por Kessler (2003 *apud* ABUMUSSE (2009), a prevalência é duas vezes maior em mulheres mais jovens, em geral de menor nível educacional, solteira e de classe social baixa, podendo-se inferir que tal perfil mostra-se relacionado aos prejuízos característicos do transtorno.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve o objetivo de, através de uma revisão sistemática da literatura, verificar os indicadores bibliométricos do Transtorno de Ansiedade Social em universitários, tentando esclarecer como os estudos empíricos abordam o transtorno nesta população. Com isso, foi possível analisar as publicações com base em categorias bibliográficas e metodológicas, e dos objetivos e resultados.

O TAS vem sendo, nos últimos anos, reconhecido como um transtorno altamente incapacitante, sendo sua principal característica o medo persistente e excessivo de ser criticado e julgado em situações sociais ou de desempenho. Quando têm de ser enfrentadas, o medo e a ansiedade provocada são tão intensos que levam o indivíduo a não desejar e a evitar atividades em público e situações onde tais possibilidades possam surgir (PEREIRA; LOURENÇO, 2012).

A prevalência de estudos publicados apresentou estabilidade no decorrer dos anos, demonstrando uma maior necessidade de investigações atuais na área. Desse modo, faz-se importante salientar, que o TAS é um transtorno que apenas recentemente vem sendo estudado mais sistematicamente, assim como seu diagnóstico é dificilmente identificado na prática clínica, uma vez que o transtorno poucas vezes é submetido a tratamento (BAPTISTA, 2006). Apesar deste fato, a maior concentração de publicações analisadas foi encontrada no periódico Biblioteca Digital USP (33,3%), ou seja, publicações de Teses ou Dissertações, que requerem estudos mais aprofundados acerca do tema tratado.

Foi possível rastrear o uso de 57 instrumentos ou procedimentos utilizados para a mensuração do TAS neste trabalho, demonstrando que há o interesse na facilitação do diagnóstico. Considera-se crucial o reconhecimento, por meio do uso de instrumentos de rastreamento, do TAS, uma vez que seu diagnóstico precoce pode evitar o desenvolvimento de comorbidades, favorecendo melhor prognóstico (OSÓRIO; CRIPPA; LOUREIRO, 2005).

Apesar da ausência de um crescimento exponencial da literatura sobre o tema abordado nesta revisão, nota-se que o TAS foi mensurado em diversas situações tendo como população estudantes universitários e sua presença foi identificada em diversas realidades socioeconômicas, o que supõe que entre

estudantes de ensino superior ele pode estar presente e interferindo negativamente em diversas áreas na vida do indivíduo, incluindo o desempenho acadêmico.

Baseado em pesquisas epidemiológicas e estudos de caso-controle, Lecrubier *et al.* (2000 *apud* ABUMUSSE, 2009) descreveram as dificuldades vivenciadas por pessoas com TAS, relatando que estas pessoas, em função dos limites associados ao sintomas, em geral, interrompem os estudos precocemente, o que por sua vez terá implicações com menor renda e a ocupação de cargos de menor nível, quando comparadas às pessoas sem TAS.

Desse modo, observa-se que há a necessidade de elaborar formas de identificar o transtorno para oferecer suporte a essa população específica. De acordo com Botaro (2015) para que seja possível atingir essa população é importante investir dentro das universidades, criando núcleos de atendimento psicológico aos estudantes, utilizando instrumentos para a triagem do TAS, oferecendo educação psicológica em palestras, intervenções breves e em grupos. Assim dizendo, a universidade precisa proporcionar ao estudante um ambiente que garanta seu pleno desenvolvimento (FIGUEREDO; BARBOSA, 2008).

Baseado nos expostos anteriores, o objetivo deste estudo foi alcançado, contudo, muitas questões ainda precisam ser respondidas, revelando uma necessidade de mais trabalhos nessa área. No entanto, ressalta-se que esse estudo apresenta limitações, pois apresenta um recorte da literatura publicada.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DSM-V**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANGELICO, Antonio Paulo; CRIPPA, José Alexandre S.; LOUREIRO, Sonia Regina. Utilização do Inventário de Habilidades sociais no diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Social. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 25, n. 3, p. 467-476, 2012 .
- ANGELICO, Antonio Paulo. **Transtorno de Ansiedade Social e Habilidades Sociais: Estudo psicométrico e empírico**. 2009. 215 f Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2009.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB); AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Transtorno da Ansiedade Social: Diagnóstico**, 2011.
- BAPTISTA, Carlos Alberto. **Estudo da prevalência do transtorno de ansiedade social em estudantes universitários**. 2006. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- BELLETATO, Luiza; BANHATO, Eliane Ferreira Carvalho. Transtorno de ansiedade social (TAS) ou fobia social: contribuições da terapia assistida por animais (TAA). **CADERNOS DE PSICOLOGIA – CESJF**, Juiz de Fora, v.1 n.1 p. 96-114, 2019.
- COZBY, Paul (2003). **Métodos de Pesquisa em Ciências do Comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003.
- DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008.
- DEL-BEN, Cristina Marta et al . Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica" traduzida para o português. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 23, n. 3, p. 156-159, Sept. 2001 .
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- Gomes, D. A. G. **Construção da Escala Cognitiva e Comportamental de Ansiedade Social (ECCAS)**. 121 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014.
- GUSMAO, Estefanea Élide da Silva et al . Contribuições da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento da fobia social. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 2, p. 118-125, dez. 2013.
- HEERDT, M. L. **Metodologia científica e da pesquisa: livro didático**. Palhoça: UnisulVirtual, 2007.

HEIMBERG, Richard G; MAGEE, Leanne. Transtorno de ansiedade social. In: BARLOW, David H. (Org.) **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo**. Porto Alegre, 2016. p. 114-154.

ISOLAN, Luciano; PHEULA, Gabriel; MANFRO, Gisele Gus. Tratamento do transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 34, n. 3, p. 125-132, 2007.

LEVITAN, Michelle N. et al . Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento do transtorno de ansiedade social. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 33, n. 3, p. 292-302, Sept. 2011.

LOVO, Aline Redressa Boni Rayis. **Psicoterapia Analítica Funcional como Tratamento para o Transtorno de Ansiedade Social**. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

MEDEIROS, Ivan Luiz et al. Revisão Sistemática e Bibliometria facilitadas por um Canvas para visualização de informação. **Revista Brasileira de Design da Informação**, São Paulo , v. 12, n. 1, p. 93 – 110, 2015.

MORAIS, Luciene Vaccaro de; CRIPPA, José Alexandre S.; LOUREIRO, Sonia Regina. Os prejuízos funcionais de pessoas com transtorno de ansiedade social: uma revisão. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre , v. 30, n. 1, supl. 2008 .

MULULO, Sara Costa Cabral et al . Eficácia do tratamento cognitivo e/ou comportamental para o transtorno de ansiedade social. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre , v. 31, n. 3, p. 177-186, Dec. 2009 .

NOGUEIRA, Carlos André et al. A importância da psicoeducação na terapia cognitivo-comportamental: uma revisão sistemática. **Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano - Higia**; 2 (1): 108 – 120, 2017.

OSÓRIO, Flávia de Lima. **Transtorno de ansiedade social: validação de instrumentos de avaliação**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2008.

OSORIO, Flávia de Lima; CRIPPA, José Alexandre de Souza; LOUREIRO, Sonia Regina. Instrumentos de avaliação do transtorno de ansiedade social. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 32, n. 2, p. 73-83, 2005 .

PEREIRA, Sabrina Maura; LOURENCO, Lélío Moura. O estudo bibliométrico do transtorno de ansiedade social em universitários. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 64, n. 1, p. 47-62, Apr. 2012 .

PEREIRA, Sabrina Maura; LOURENCO, Lélío Moura. The bibliometric study about social anxiety disorder of university. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 64, n. 1, p. 47-62, Apr. 2012 .

PICON, Patrícia. **Desenvolvimento da versão em português do Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) e Estudos de Fidedignidade e Validade em**

Amostras Populacional e Clínica Brasileiras. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, 2006.

PROETTI, Sidney. As pesquisas qualitativas e quantitativas como métodos de investigação científica: Um estudo comparativo e objetivo. **Revista Lumen**, v. 2, n. 4, p. 1-23, 2017.

RIBEIRO, Denize Campos; BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini. Potencialidades e dificuldades interpessoais de universitários: estudo de caracterização. **Acta comport.**, Guadalajara , v. 19, n. 2, p. 205-224, 2011 .

SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos , v. 11, n. 1, p. 83-89, Feb. 2007 .

SANTOS, Larissa Forni dos et al . Tratamentos farmacológicos para o transtorno de ansiedade social: existem novos parâmetros na atualidade? **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 38, n. 6, p. 238-246, 2011 .

SILVA, Adriana Cardoso de Oliveira e; NARDI, Antonio Egidio. Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira da Fear of Negative Evaluation Scale (FNE). **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre , v. 31, n. 3, p. 159-169, dez. 2009 .

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes ansiosas: medo e ansiedade além dos limites.** Rio de Janeiro, 2011.

SOARES, Adriana Benevides; PRETTE, Zilda Aparecida Pereira Del. Habilidades sociais e adaptação à universidade: Convergências e divergências dos construtos. **Aná. Psicológica**, Lisboa , v. 33, n. 2, p. 139-151, jun. 2015 .

VILETE, Liliane; FIGUEIRA, Ivan; COUTINHO, Evandro. Adaptação transcultural para o português do Social Phobia Inventory (SPIN) para utilização entre estudantes adolescentes. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre , v. 28, n. 1, p. 40-48, Apr. 2006 .

LISTA DAS PUBLICAÇÕES ANALISADAS

ABUMUSSE, Luciene Vaccaro de Moraes. Transtorno de ansiedade social e os prejuízos funcionais relacionados a vida cotidiana: validação de escalas. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

ANGELICO, Antonio Paulo; CRIPPA, José Alexandre S.; LOUREIRO, Sonia Regina. Utilização do Inventário de Habilidades sociais no diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Social. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 25, n. 3, p. 467-476, 2012 .

ANGELICO, Antonio Paulo; CRIPPA, José Alexandre S.; LOUREIRO, Sonia Regina. Transtorno de ansiedade social e habilidades sociais de falar em público: estudo experimental. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 1, p. 10-35, abr. 2012 .

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

BOTARO, Maria Carolina Albuquerque. **Transtorno de ansiedade social e qualidade de vida em estudantes universitários**. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, São José do Rio Preto, São Paulo, 2015.

BURATO, Kátia Regina Soares da Silva; CRIPPA, José Alexandre de Souza; LOUREIRO, Sonia Regina. Validade e fidedignidade da escala de comportamento de segurança na ansiedade social. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 36, n. 5, p. 175-181, 2009 .

FIGUEREDO, Larissa Zeggio Perez; BARBOSA, Ronaldo Vieira. Fobia social em estudantes universitários. *ConScientiae Saúde*, p. 109-115, 2008.

GARCIA, Vagner Angelo; BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; NOBILE, Glaucia Fernanda Galeazzi. A Interação Terapêutica em Intervenções com Universitários com Transtorno de Ansiedade Social. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 35, n. 4, p. 1089-1105, Dez. 2015 .

OSÓRIO, Flávia de Lima. **Transtorno de ansiedade social: validação de instrumentos de avaliação**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2008.

PUREZA, Juliana da Rosa et al. Treinamento de Habilidades Sociais em Universitários: uma proposta de intervenção. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, p. 2-9, 2012.

RODRIGUES, Maria Dilene da Silva et al . Transtorno de Ansiedade Social no Contexto da Aprendizagem Baseada em Problemas. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília , v. 43, n. 1, p. 65-71, Mar. 2019 .

SANTOS FILHO, Alaor. **Espectro do Transtorno de Ansiedade Social: estudo de suas comorbidades psiquiátricas e associação com o prolapso da valva mitral.** Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2010.