

Validade e fidedignidade da escala de comportamento de segurança na ansiedade social

Validity and reliability of the social phobia safety behaviour scale in social anxiety

KÁTIA REGINA SOARES DA SILVA BURATO¹, JOSÉ ALEXANDRE DE SOUZA CRIPPA², SONIA REGINA LOUREIRO³

¹ Mestre em Ciências Médicas-Saúde Mental – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista CNPq.

² Professor Doutor do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento – Divisão de Psiquiatria, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

³ Professora Doutora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento – Divisão de Psiquiatria, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Recebido: 3/11/2008 – Aceito: 12/3/2009

Resumo

Contexto: A utilização dos comportamentos de segurança acentua a falha no processamento cognitivo e tende a distorcer a avaliação de experiências interpessoais. **Objetivo:** Avaliar a fidedignidade e a validade da escala autoaplicável *Social Phobia Safety Behaviours Scale* (ECSAS), visando a verificar a associação do transtorno de ansiedade social (TAS) a processos cognitivos e a comportamentos de segurança. **Método:** Participou deste estudo uma amostra de 155 universitários, de ambos os sexos, sem história prévia de tratamento psiquiátrico, distribuídos em dois grupos (80 casos de TAS e 75 não casos), avaliados sistematicamente pelo Inventário de Fobia Social (SPIN) e pela Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID-IV), como recurso de confirmação diagnóstica e exclusão de outros transtornos psiquiátricos. **Resultados:** A ECSAS apresentou consistência interna, medida pelo alfa de Cronbach, de 0,92, e, com base no método de teste e reteste, com um intervalo de duas semanas, atingiu níveis satisfatórios de estabilidade temporal, com Kappa ponderado de 0,73. Quanto à validade discriminante, apresentou valores de sensibilidade de 0,963 e de especificidade de 1. Na validade convergente apresentou correlação (r) de 0,60. **Conclusão:** A ECSAS apresentou boas características psicométricas, contribuindo para a avaliação sistemática dos padrões de comportamentos de segurança e evitação associados ao TAS.

Burato KRSSB, Crippa JAS, Loureiro SR / Rev Psiq Clín. 2009;36(5):175-81

Palavras-chave: Ansiedade social, escalas, fidedignidade, validade.

Abstract

Context: The use of safety behaviours stresses the cognitive failure and tends to distort the evaluation of interpersonal experiences. **Objective:** To assess the reliability of the self-administered Social Phobia Safety Behaviors Scale (ECSAS in the Portuguese acronym) in order to determine the association of social anxiety disorder (SAD) with processes related to safety behaviors. **Method:** A total of 155 university students of both genders with no previous history of psychiatric treatment, divided into two groups (80 cases and 75 non-cases of SAD), were systematically assessed using the Social Phobia Inventory (SPIN) and the Structured Clinical Interview for the DSM-IV (SCID-IV) for diagnostic confirmation and for the exclusion of other psychiatric disorders. **Results:** The internal consistency of the ECSAS measured by the Cronbach alpha was 0.92, and, based on the test-retest method separated by a two-week interval, it reached satisfactory levels of temporal stability, with a weighted Kappa of 0.73. Regarding discriminant validity, the ECSAS had 0.963 sensitivity and 1 specificity. Regarding convergent validity, it presented a correlation (r) of 0.60. **Conclusion:** The ECSAS presented good psychometric indicators, contributing to a systematic assessment of the safety and avoidance behaviors associated with SAD.

Burato KRSSB, Crippa JAS, Loureiro SR / Rev Psiq Clín. 2009;36(5):175-81

Keywords: Social anxiety, scales, reliability, validity.

Introdução

O transtorno de ansiedade social (TAS) ou fobia social, geralmente, tem início no começo da adolescência e segue um curso crônico, com alta proporção de comorbidades, o que faz com que seja considerado um importante problema de saúde pública, embora sub-reconhecido e subdiagnosticado¹⁻³.

O TAS caracteriza-se pelo medo acentuado e persistente de situações sociais de interação ou desempenho, nas quais o indivíduo teme sentir-se envergonhado ou embaraçado, tendo por característica central o medo de ser observado e/ou julgado por outra pessoa⁴. Os principais medos estão relacionados à exposição, como parecer ridículo, dizer tolices, ser observado por outras pessoas, interagir com estranhos ou pessoas do sexo oposto, ser o centro das atenções, comer, beber ou escrever em público, falar ao telefone e usar banheiros públicos⁵.

Segundo as proposições de Clark e Wells⁶, sob a perspectiva teórica do modelo cognitivo, quando uma pessoa com TAS entra em contato com uma situação social, um conjunto de representações é ativado, produzindo ansiedade. De acordo com este modelo, pessoas com fobia social, quando em contato com situações sociais, percebem os seus sintomas fisiológicos e ansiosos e, a partir destes, estabelecem estratégias de evitação para enfrentarem tais situações, que são percebidas como fonte de perigo. O uso de estratégias de evitação produz um ciclo vicioso (ansiedade/evitação/mais ansiedade) que pode contribuir para a manutenção do transtorno⁷.

Os indivíduos portadores de fobia social tendem a ser mais críticos em relação a si mesmos e a avaliar as situações como tendo mais componentes negativos^{8,9}.

Para diminuir a percepção de ameaça, diante do risco antecipado de serem avaliados negativamente, os sujeitos com TAS utilizam estratégias de evitação das situações de ansiedade social, expressas pelos comportamentos de segurança. A utilização dos comportamentos de segurança acentua a falha no processamento cognitivo, que tende a distorcer a avaliação de experiências interpessoais, mantendo pensamentos negativos acerca de si mesmo, de suas experiências e de suas possibilidades no futuro. De maneira seletiva, esses comportamentos se caracterizam pela procura de evidências que reafirmem a visão negativa de si, reforçando as crenças e mantendo os sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos. Neste sentido, os comportamentos de segurança refletem erros sistemáticos do processamento cognitivo favorecendo a manutenção da ansiedade social^{7,10,11}.

Diversos estudos têm abordado as crenças distorcidas e o seu papel na manutenção da fobia social. Com base em estudos empíricos, vários autores^{9,12,13} relataram a associação das crenças negativas à autopercepção negativa e ao aumento da ansiedade social.

Instrumentos para avaliação das crenças negativas associadas ao TAS foram propostos na literatura^{10,14}.

Turner *et al.*¹⁴ propuseram o *Social Thoughts and Beliefs Scale* (STABS), visando a identificar a presença de pensamentos negativos e de alterações cognitivas associadas ao TAS, em comparação a outras desordens psiquiátricas, relatando indicadores positivos de confiabilidade e validade discriminante.

Gouveia *et al.*¹⁰ propuseram as escalas *Social Interaction and Performance Anxiety and Avoidance Scale* (SIPAAS), visando a avaliar o desconforto e evitação em situações sociais, e a *Social Phobia Safety Behaviours Scale*, com o objetivo de avaliar os comportamentos de segurança, utilizados por portadores de fobia social diante de situações sociais temidas. No que diz respeito às qualidades psicométricas das duas escalas, foi observada boa confiabilidade teste-reteste e índices de validade discriminativa positivos na diferenciação de indivíduos com TAS em relação a pessoas sem transtorno psiquiátrico.

A identificação sistemática, por meio de instrumentos de avaliação específicos, dos comportamentos de segurança e dos pensamentos negativos presentes no TAS, pode favorecer o diagnóstico e o tratamento da ansiedade social. Considera-se que elucidar o grau de desconforto experimentado diante das situações sociais pode ser útil para a implementação de procedimentos de intervenção que levem em conta os aspectos comportamentais presentes nas interações e situações de desempenho. No Brasil, não se dispõe de instrumentos validados que avaliem estes aspectos específicos.

Dessa forma, o presente estudo objetivou avaliar a fidedignidade e a validade da *Social Phobia Safety Behaviours Scale* (STABS) proposta por Gouveia *et al.*¹⁰, após a sua adaptação semântica para o português do Brasil.

Métodos

Participantes

A amostra do presente estudo deriva de uma pesquisa mais ampla, que teve por objetivo avaliar aspectos clínicos e epidemiológicos associados ao TAS, por meio de instrumentos de avaliação aplicados a estudantes universitários, matriculados em diferentes cursos de graduação de duas universidades, uma pública e outra privada, de cidades de médio porte, da região nordeste do estado de São Paulo, Brasil.

Foram avaliados 155 sujeitos de ambos os sexos, distribuídos em dois grupos, a saber: (a) grupo de casos – composto por 80 estudantes universitários portadores de TAS, sem tratamento prévio, psicoterápico ou farmacológico, com indicadores positivos de tal transtorno em um instrumento de rastreamento (Mini-SPIN) e com confirmação diagnóstica por meio da SCID-IV; e (b) grupo de não casos – constituído por 75 estudantes universitários, que não preencheram os critérios diagnósticos para o TAS ou quaisquer outros transtornos psiquiátricos, sistematicamente avaliados por meio do

Mini-Inventário de Fobia Social (Mini-SPIN), e com confirmação da ausência de diagnóstico psiquiátrico por meio da SCID-IV.

Os participantes incluídos neste estudo foram selecionados a partir de uma amostra de 372 estudantes das referidas universidades, visto que 178 preencheram e 194 não preencheram os critérios diagnósticos para TAS. Destes, 95 não aceitaram prosseguir com a sua participação na pesquisa, 73 não foram encontrados após três tentativas de contato por telefone e *e-mail*, 26 preencheram de modo incorreto o instrumento, e 23 apresentaram comorbidades, totalizando uma amostra final de 155 sujeitos.

Foram considerados como critérios de inclusão: estudantes universitários, com faixa etária entre 17 e 35 anos, de ambos os sexos, independentemente do nível socioeconômico, que aceitaram participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE); e como critérios de exclusão: indivíduos em uso de neurolépticos e com presença de comorbidades psiquiátricas atuais ou pregressas, a saber: transtornos psicóticos, transtornos alimentares, transtorno depressivo recorrente e dependência de substâncias psicoativas. Aceitou-se a inclusão de participantes com história prévia de episódios de depressão, transtorno de ansiedade generalizada e fobia simples, dada a alta prevalência dessas comorbidades associadas ao TAS¹⁵.

Instrumentos

O *Social Phobia Inventory* (SPIN), proposto por Connor *et al.*¹⁶, traduzido e adaptado para o português do Brasil por Osório *et al.*¹⁷, para a população universitária, sendo nomeado como Inventário de Fobia Social (SPIN). No estudo original e no conduzido no Brasil apresentou boas qualidades psicométricas, tendo consistência interna de 0,90 e boa validade discriminativa na identificação de casos e não casos de TAS (sensibilidade 0,86; especificidade 0,87) no estudo brasileiro, consoante dados de Osório *et al.*¹⁷.

O Mini-SPIN (MS) – trata-se de uma forma reduzida do SPIN, proposto por Connor *et al.*¹⁶, traduzido e adaptado para o português do Brasil por Osório *et al.*¹⁸. Consiste de uma escala autoaplicável, composto por três itens (itens 6, 9 e 15) que avaliam a evitação e o medo de constrangimento. No estudo psicométrico original e no conduzido no Brasil, esta forma reduzida demonstrou bom poder discriminativo, com índices de especificidade de 0,46 e sensibilidade de 0,94 para o estudo realizado no Brasil.

A Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID-IV), traduzida e adaptada para o português por Del-Ben *et al.*¹⁹, caracteriza-se como um instrumento utilizado para a elaboração de diagnósticos clínicos psiquiátricos fundamentados no DSM-IV.

A *Social Phobia Safety Behaviours Scale* (SPSBS) proposto por Gouveia *et al.*¹⁰, nomeada como Escala

de Comportamento de Segurança na Ansiedade Social (ECSAS), tem por objetivo avaliar um conjunto de comportamentos de segurança que os indivíduos com ansiedade social utilizam diante de situações sociais, a fim de prevenir as possíveis avaliações negativas, atribuídas aos outros. A versão é constituída por 17 itens, em uma escala tipo Likert, com variação de 1 a 4, correspondendo às avaliações “nunca”, “às vezes”, “muitas vezes” e “quase sempre”. A pontuação da escala é obtida pela somatória das respostas aos 17 itens, com o escore total podendo variar entre 17 e 68 pontos. No estudo em questão utilizou-se a versão em português lusitano, disponibilizada pelo autor.

O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP/SPC 11570/2003).

Procedimentos

Adaptação da Escala de Comportamento de Segurança na Ansiedade Social

Após a autorização dos autores, procedeu-se à adaptação semântica da escala, visando à adaptação para o português do Brasil, solicitando-se a avaliação independente por três juizes, com o domínio do português lusitano, priorizando na versão final a utilização de um vocabulário coloquial, com o qual a população-alvo do estudo, estudantes universitários, pudesse estar familiarizada.

Seleção dos participantes

Para a aplicação dos instrumentos, procedeu-se à explicação sobre os objetivos do estudo, e os universitários que voluntariamente aceitaram participar assinaram o TCLE.

Em sala de aula, em uma primeira etapa, os 372 universitários foram avaliados coletivamente, visando a coleta dos dados clínicos e demográficos. Para a seleção dos sujeitos, utilizou-se a pontuação do Mini-SPIN, proposta por Connor *et al.*¹⁶ e traduzido e adaptado para o português por Osório *et al.*¹⁸. Com base nos resultados deste instrumento, foram selecionados os sujeitos que obtiveram resposta positiva no MS para o TAS (pontuação maior ou igual a 6). Como grupo de comparação, incluíram-se sujeitos com características demográficas semelhantes que obtiveram resposta negativa no MS para o TAS (pontuação inferior a 6).

Em uma segunda etapa, esses sujeitos foram contatados por telefone e responderam a SCID-IV (módulo F), utilizada como padrão-ouro, para a confirmação diagnóstica do TAS, tendo como avaliadores um psiquiatra e uma psicóloga com ampla experiência clínica.

A partir da concordância entre as avaliações do MS e da SCID-IV, constituiu-se a amostra com os possíveis participantes. Em uma terceira etapa, visando a confirmar

a ausência ou a presença de TAS, estes sujeitos foram contatados, por telefone, e responderam a todos os módulos da SCID-IV, sendo as entrevistas conduzidas por profissionais de saúde mental que desconheciam a classificação prévia dos participantes. Este procedimento visou tanto a confirmação diagnóstica quanto a exclusão de outras comorbidades psiquiátricas entre os sujeitos. Em um subgrupo de sujeitos com MS positivo e negativo foi avaliado por telefone a concordância entre a primeira e segunda avaliação, sendo encontrado o valor de 0,80, e, por ocasião da comparação da primeira avaliação por telefone com a entrevista face a face, o valor foi de 0,84, indicando excelente nível de concordância^{20,21}.

Concluiu-se esta etapa com o agendamento para uma nova avaliação dos sujeitos que aceitaram participar do estudo propriamente dito.

Coleta de dados do estudo propriamente dito

Os sujeitos selecionados foram avaliados em pequenos grupos (três a cinco pessoas), em salas com boas condições de privacidade, recebendo o instrumento impresso, com as instruções de preenchimento por escrito e, durante a aplicação, o avaliador permanecia presente, a fim de esclarecer quaisquer dúvida ou questionamento.

Para o teste-reteste, mantiveram-se as mesmas condições de avaliação coletiva e as mesmas instruções, com um intervalo de tempo de 15 dias, considerado um intervalo razoável, dado o tipo de variável envolvida, pouco relacionada com a memória.

Tratamento dos dados

Para a análise dos dados obtidos neste estudo foram utilizados o *software SPSS for Windows* v. 10²².

Procedeu-se à análise dos dados demográficos e clínicos da amostra por meio de estatística descritiva, e teste do qui-quadrado e do teste Mann-Whitney para a comparação de grupos.

Os níveis de confiabilidade foram aferidos pelo alfa de Cronbach e por meio do Kappa ponderado para as avaliações teste-reteste, com intervalo de duas semanas.

Para o estudo de validade da ECSAS foi utilizada a análise ROC (*receiver operating characteristic*), a fim de verificar a validade discriminante da escala, a sua sensibilidade e especificidade. Para a avaliação da validade convergente, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson entre os escores individuais e totais da ECSAS e o escore do SPIN. Adotou-se em todos os procedimentos analíticos o nível de significância de $p \leq 0,05$.

Resultados

Perfil da amostra

Em relação à caracterização sociodemográfica da amostra, predominaram nos dois grupos sujeitos do sexo

feminino (63,2%), com idade entre 17 a 21 anos, média de 20,9 ($\pm 2,21$), que estavam matriculados no primeiro e segundo ano dos cursos de graduação (74,2%), sem diferenças significativas quanto à universidade de origem, pública ou privada. Quanto à área do curso, predominaram alunos da área Biológicas, seguido da área de Exatas; e quanto à situação ocupacional, a maioria era estudantes sem o exercício de outras atividades. No que diz respeito ao uso de medicação, um quarto dos sujeitos relatou tal uso, sendo os mais frequentes: anticoncepcionais, complexos vitamínicos, anti-inflamatórios e antialérgicos. Procedeu-se à comparação do perfil dos grupos de casos e não casos de TAS por meio do teste do qui-quadrado, e não foram observadas diferenças significativas quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas, o que permitiu considerar os grupos comparáveis.

Pontuação dos itens da escala

Quanto à pontuação dos itens da ECSAS, os dados relativos à média e ao desvio-padrão para casos e de não casos de TAS estão apresentados na tabela 1.

Observou-se semelhança quanto à ordenação dos itens com a maior média de pontuação. Na comparação dos escores médios, os grupos apresentaram diferenças significativas em 16 dos 17 itens avaliados pela escala. Na comparação entre os grupos de casos ($n = 80$) e de não casos de TAS ($n = 75$), em função do escore total da ECSAS, notou-se que o grupo de casos obteve valores $M = 44,35$ e $DP = 9,23$, enquanto o grupo de não casos obteve $M = 30,81$ e $DP = 7,29$. Na correlação dos itens para o grupo de casos, a média de pontuação variou de 2,10 a 3,21, para o grupo de não casos, a média de pontuação variou de 1,43 a 1,53. Houve semelhança quanto à ordenação dos itens com maior pontuação para os dois grupos. Em todas as comparações com significância estatística, o grupo de casos de TAS apresentou valores superiores em relação ao grupo de não casos de TAS. O único item que não demonstrou diferença significativa foi o 10 ("Por as mãos no bolso"), sendo observada uma tendência de $p < 0,08$ e escore médio superior para o grupo de casos. Evidencia-se que quanto maior o escore, maior a presença de comportamentos de segurança.

Fidedignidade

A consistência interna da ECSAS foi avaliada pelo alfa de Cronbach para escala como um todo, apresentando um valor de $\alpha = 0,92$.

Com base na comparação teste-reteste para o escore total da escala, o valor de Kappa ponderado foi de 0,73, que corresponde a um índice de concordância satisfatória²⁰. Em relação aos itens, dez apresentaram concordância excelente, e sete apresentaram concordância satisfatória, sendo o item 10 ("Pôr as mãos nos bolsos")

Tabela 1. Distribuição dos itens da Escala de Comportamento de Segurança e Ansiedade Social em função da média e do desvio-padrão das amostras de casos e não casos de TAS.

| Item | Caso (N = 80) | | Não caso (N = 75) | | z | p* |
|--|------------------|------|----------------------|------|-------|------|
| | M | MP | M | MP | | |
| 1. Desviar ou evitar o olhar da pessoa com quem está interagindo | 2,48 | 0,89 | 1,83 | 0,69 | -4,75 | 0,00 |
| 2. Acelerar o discurso, falando rapidamente e sem pausas | 2,49 | 0,91 | 1,85 | 0,77 | -4,46 | 0,00 |
| 3. Encurtar o discurso, reduzindo ao mínimo o que se tem para dizer | 2,80 | 0,97 | 1,87 | 0,89 | -5,67 | 0,00 |
| 4. Evitar atrair as atenções | 3,19 | 0,90 | 2,03 | 0,90 | -6,77 | 0,00 |
| 5. Ficar sentado(a) no lugar mais escondido ou mais atrás possível | 2,59 | 0,96 | 1,53 | 0,72 | -6,78 | 0,00 |
| 6. Fingir desinteresse ou distanciamento do que está acontecendo | 2,10 | 0,84 | 1,60 | 0,66 | -3,84 | 0,00 |
| 7. Limita-se a ser um(a) espectador(a) passivo(a) da situação | 2,84 | 0,85 | 1,87 | 0,74 | -6,67 | 0,00 |
| 8. Fingir que não viu uma pessoa | 2,51 | 0,84 | 1,88 | 0,70 | -4,79 | 0,00 |
| 9. Andar olhando para o chão | 2,44 | 0,90 | 1,67 | 0,78 | -5,44 | 0,00 |
| 10. Pôr as mãos nos bolsos | 2,38 | 0,97 | 1,99 | 0,81 | -2,52 | 0,08 |
| 11. Párar de fazer o que estava fazendo (ex: escrever, beber, etc.) quando me sinto observado(a) | 2,45 | 1,10 | 1,43 | 0,60 | -6,04 | 0,00 |
| 12. Tentar parecer à vontade | 2,71 | 0,83 | 1,93 | 0,81 | -5,42 | 0,00 |
| 13. Rir para esconder que estou nervoso(a) | 2,49 | 0,94 | 1,84 | 0,87 | -4,34 | 0,00 |
| 14. Verificar, repetidamente se estou apresentável | 2,61 | 0,99 | 1,91 | 0,74 | -4,44 | 0,00 |
| 15. Aumentar a distância entre mim e o interlocutor | 2,31 | 0,94 | 1,43 | 0,57 | -6,11 | 0,00 |
| 16. Tentar disfarçar o meu temor | 2,76 | 0,92 | 1,72 | 0,78 | -6,62 | 0,00 |
| 17. Pensar bem no que vou dizer | 3,21 | 0,87 | 2,45 | 0,76 | -5,39 | 0,00 |

Teste de Mann-Whitney; M = Média; DP = desvio-padrão; * p < 0,05.

o que apresentou o mais baixo nível de concordância (0,41), ainda considerada satisfatória²⁰.

Validade

Tendo como objetivo obter um perfil de discriminação da ECSAS dentro de todas as possibilidades de pontos de corte, procedeu-se à análise ROC. A figura 1 mostra a curva ROC obtida.

Observou-se como validade de critério, tendo como padrão-ouro a SCID-IV, que a área sob a curva ROC foi de 0,871, com erro padrão de 0,028 para o intervalo de confiança de 95%. Para tal ponto, estimou-se valores de sensibilidade de 0,963 e de especificidade de 1 (p < 0,001).

Aplicando-se a nota de corte 36, proposta no estudo original de Gouveia *et al.*¹⁰, constatou-se que todos os 80 participantes do grupo de casos preencheram tal critério e apenas três participantes do grupo de não casos obtiveram escore igual ou superior a tal valor. Constatou-se que as notas de corte 36 e 37 foram as que melhor equilibraram a eficiência diagnóstica, apresentando, respectivamente, sensibilidade de 0,81 e 0,78; especificidade de 0,76 e 0,79; valor preditivo positivo de 0,78 e 0,79; valor preditivo negativo de 0,74 e 0,77, com taxa de classificação incorreta de 0,21 e 0,22.

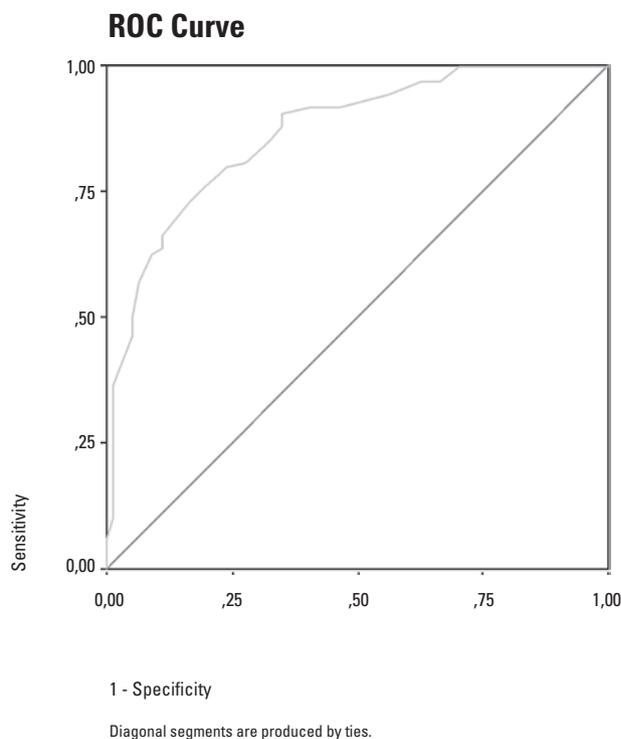


Figura 1. Curva ROC – Escala de Comportamento de Segurança e Ansiedade Social (ECSAS).

A correlação do escore total da ECSAS com o escore total do SPIN foi de 0,60, sendo assim considerada satisfatória²³.

As correlações entre os itens da ECSAS e o escore total do SPIN¹⁸ variaram de 0,11 a 0,47, sendo observadas correlações significativas para 16 itens da ECSAS, e apenas o item 10 (“Pôr as mãos no bolso”) não se correlacionou de maneira significativa com o escore total do SPIN.

Verificou-se, assim, que 16 itens da ECSAS demonstraram correlações significativas com os itens do SPIN. O maior valor de correlação observado foi relativo ao item 7 da ECSAS com o item 11 do SPIN (“Evito falar com uma plateia ou dar discursos – ex.: apresentações em sala de aula”).

Ao se analisar as correlações entre os itens dos instrumentos, observou-se que o maior número de correlações da ECSAS ocorreram com os três itens do SPIN que constituem a MS (6, 9 e 15).

Verificou-se que sete itens da ECSAS (1, 6, 8, 12, 13, 16 e 17) apresentaram as maiores correlações com o item 6 do SPIN/MS (“Evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado”). De modo semelhante, sete itens da ECSAS (2, 3, 4, 9, 11, 14 e 15) apresentaram as maiores correlações com o item 9 do SPIN/MS (“Evito atividades nas quais sou o centro das atenções”). Apenas os itens 5, 6 e 8 da ECSAS apresentaram as maiores correlações com o item 15 do SPIN/MS (“Ficar envergonhado ou parecer bobo são meus maiores temores”).

Discussão

Quanto ao escore total da ECSAS, observou-se que os portadores de TAS apresentaram escores significativamente maiores que o grupo sem tal transtorno psiquiátrico, caracterizando a presença de mais comportamentos de segurança que expressam tentativas de disfarçar o incômodo diante de situações sociais, como forma de se autocontrolar, o que é concordante com as proposições de Clark e Wells⁶.

A presença de mais comportamentos de segurança e evitação de situações sociais no grupo de casos de TAS é sugestivo do esforço adaptativo empreendido pelos indivíduos em face da ansiedade despertada pelas situações sociais, o que está em conformidade com o que tem sido descrito na literatura^{7,9,11-13}.

Em relação às qualidades psicométricas da ECSAS, verificou-se consistência interna satisfatória pelo alfa de Cronbach, e pelo método de teste-reteste, as correlações apontaram para indicações positivas em termos de estabilidade temporal. Tais dados são semelhantes aos relatados no estudo original por Gouveia *et al.*¹⁰, sugerindo a presença de estabilidade no uso de estratégias de comportamentos de segurança e a fidedignidade do instrumento.

Ao se analisar a validade discriminante, verificou-se que a ECSAS apresentou valores adequados de sensibilidade e de especificidade na identificação dos portadores de TAS, em comparação a um instrumento padrão-ouro (SCID-IV). Dadas as peculiaridades da escala, relativa à avaliação de pensamentos negativos e alterações cognitivas associadas ao TAS, tal como proposto por Gouveia *et al.*¹⁰ e Turner *et al.*¹⁴, pode-se considerá-la adequada para a avaliação dessas variáveis no Brasil.

Na análise da validade concorrente da ECSAS, por não se contar com outro instrumento aferido específico para avaliação de comportamentos de segurança, optou-se por correlacionar os escores da ECSAS aos do SPIN. Obtiveram-se correlações com valores significativos para o escore total e para os itens da ECSAS, confirmando o estudo original de Gouveia *et al.*¹⁰, que verificou correlação moderada na comparação com escalas de avaliação de ansiedade social. Destaca-se que, no presente estudo, as correlações mais significativas foram observadas entre os itens da ECSAS e a forma reduzida do SPIN (Mini-SPIN), sugerindo a associação do padrão comportamental de busca de segurança e de evitação das situações sociais às manifestações típicas do TAS, relativas ao temor de sentir-se envergonhado, de ser o centro das atenções e de expor-se a humilhações, consistente com o que tem sido descrito na literatura recente^{5,8,9}.

Como limites do estudo, destacam-se as especificidades das amostras procedentes exclusivamente de duas cidades do interior paulista e o número de participantes desistentes no percurso amostral, o que sugere que os incluídos possam ter menos dificuldade. Durante o processo de seleção dos participantes ocorreu alto índice de desistência. Tal fato pode estar associado a uma das características centrais do TAS que se expressa pelo medo de ser observado e/ou julgado por outras pessoas diante de situações de desempenho, tal desistência prévia, por sua vez, pode ter interferido no perfil da amostra avaliada, no sentido dessa caracterizar-se por uma menor gravidade, quanto às manifestações clínicas do TAS.

Conclusão

Com adequados critérios de inclusão e exclusão dos participantes, o presente estudo permitiu validar, para universitários brasileiros, uma escala de avaliação de comportamentos de segurança diante de situações sociais, identificando o desconforto experimentado e as estratégias de evitação utilizadas por portadores do TAS. A ECSAS apresentou boas características psicométricas quanto à confiabilidade, apontando para a estabilidade dos padrões de comportamento; bons indicadores de validade discriminante com a entrevista clínica estruturada (SCID-IV); e boa validade convergente com um inventário de sintomas de TAS (SPIN/MS), sugerindo a associação dos padrões comportamentais de segurança e evitação às manifestações sintomáticas do TAS, carac-

terizando o envolvimento das cognições associadas à ansiedade social. Futuros estudos avaliando a validade preditiva da ECSAS no tratamento (psicoterápico e/ou farmacológico) do TAS em amostras clínicas parecem necessários e oportunos.

Referências

1. Brunello N, den Boer JA, Judd LL, et al. Social phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *J Affect Disord*. 2000;60(1):61-74.
2. Fresco DM, Coles ME, Heimberg RG, et al. The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychol Med*. 2001;31(6):1025-35.
3. Hudson JL, Rapee RM. The origins of social phobia. *Behav Modif*. 2000;24(1):102-29.
4. DSMIVTR. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. v. 1.
5. Furmark T. Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;105(2):84-93.
6. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In: Heimberg R, Liebowitz M, Hope DA, Schneier FR, editores. *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford; 1995.
7. Spurr JM, Stopa L. The observer perspective: effects on social anxiety and performance. *Behav Res Ther*. 2003;41(9):1009-28.
8. Hofmann SG, Heinrichs N. Differential effect of mirror manipulation on self-perception in social phobia subtypes. *Cognit Ther Res*. 2003;27(2):131-42.
9. Tanner RJ, Stopa L, De Houwer J. Implicit views of the self in social anxiety. *Behav Res Ther*. 2006;44(10):1397-409.
10. Pinto-Gouveia J, Cunha MI, Salvador MC. Assessment of social phobia by self-report questionnaires: the social interaction and performance anxiety and avoidance scale and the social phobia safety behaviours scale. *Behav Cognit Psychother*. 2003;31(3):291-311.
11. D'el Rey GJF, Pacini CA, Chavira DJF. Fobia social em uma amostra de adolescentes. *Estud Psicol*. 2006;11(1):111-4.
12. Voncken MJ, Bögels SM, de Vries K. Interpretation and judgmental biases in social phobia. *Beh Res Ther*. 2003;41(12):1481-8.
13. Wilson JK, Rapee RM. Self-concept certainty in social phobia. *Behav Res Ther*. 2006;44(1):113-36.
14. Turner SM, Johnson MR, Beidel DC, Heiser NA, Lydiard RB. The Social Thoughts and Beliefs Scale: a new inventory for assessing cognitions in social phobia. *Psychol Assess*. 2003;15(3):384-91.
15. Simon NM, Fischmann D. The implications of medical and psychiatric comorbidity with panic disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66 Suppl 4:8-15.
16. Connor KM, Kobak KA, Churchill LE, Katzelnick D, Davidson JR. Mini-SPIN: a brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depress Anxiety*. 2001;14(2):137-40.
17. Osório FL, Crippa JAS, Loureiro SR. Transcultural validation of the Brazilian Portuguese version of the Social Phobia Inventory (SPIN): study of the items and internal consistency. *Rev Bras Psiquiatr*. In press.
18. Osório FL, Crippa JAS, Loureiro SR. A study of the discriminative validity of a screening tool (Mini-SPIN) for social anxiety disorder applied to Brazilian university students. *Eur Psychiatry*. 2007;22(4):239-43.
19. Del-Ben CM, Vilela JAA, Crippa JAS, Hallak JEC, Labate CM, Zuardi AW. Test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV – Clinical Version (SCID-CV) translated into portuguese. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23:156-9.
20. Fleiss J. *Statistical methods for rates and proportions*. 2ª ed. New York: John Wiley and Sons; 1981.
21. Crippa JAS, Osório FL, Del-Ben CM, Filho AS, da Silva Freitas MC, Loureiro SR. Comparability between telephone and face-to-face structured clinical interview for DSM-IV (SCID) in assessing social anxiety disorder. *Perspect Psychiatr Care*. In press.
22. *Statistical package for the social sciences. Curso de processamento e análise de dados – software SPSS for Windows*; 1999. Disponível em: <http://docentes.esa.ipcb.pt/armando>.
23. Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. 3ª ed. New York: Oxford University Press; 2003.