



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO

MIRELLA RODRIGUES NOBRE

HABILIDADES SOCIAIS E ANSIEDADE SOCIAL NA INFÂNCIA E
ADOLESCÊNCIA: CORRELAÇÕES E COMPARAÇÕES ENTRE GRUPOS

Maceió

2019

MIRELLA RODRIGUES NOBRE

HABILIDADES SOCIAIS E ANSIEDADE SOCIAL NA INFÂNCIA E
ADOLESCÊNCIA: CORRELAÇÕES E COMPARAÇÕES ENTRE GRUPOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Lucas Cordeiro Freitas

Área de concentração: Processos Cognitivos e Medidas Psicológicas

Maceió

2019

Catálogo na fonte
Universidade Federal de
Alagoas Biblioteca Central

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho

N754h Nobre, Mirella Rodrigues.

Habilidades sociais e ansiedade social na infância e
adolescência : correlações e comparações entre grupos /
Mirella Rodrigues Nobre. - 2019

84 f.

Orientador: Lucas Cordeiro Freitas.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade
Federal de Alagoas.

Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em
Psicologia. Maceió, 2019.

Bibliografia: f. 71-77.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGP

TERMO DE APROVAÇÃO

MIRELLA RODRIGUES NOBRE

Título do Trabalho: "Habilidades Sociais e Ansiedade Social na Infância e Adolescência: Correlações e Comparações entre grupos".

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:

Lucas Cordeiro Freitas

Prof. Dr. Lucas Cordeiro Freitas (PPGP/UFAL)

Comissão Examinadora:

M. Luiza Pontes de França Freitas

Profa. Dra. Maria Luiza Pontes de França Freitas (UFRN)

Sheyla Christine Santos Fernandes

Profa. Dra. Sheyla Christine Santos Fernandes (PPGP/UFAL)

Maceió-AL, 18 de março de 2019.

À uma grande amiga: Larissa de Moura Cavalcante (em memória) que, mesmo sem saber, me incentivou de maneira ímpar a chegar onde estou hoje.

RESUMO

As Habilidades Sociais consistem de um conjunto de comportamentos sociais que podem ser desenvolvidos e apresentados pelos indivíduos em suas relações interpessoais. Estas habilidades podem sofrer influências do ambiente por meio da cultura e da sociedade. Diante de um contexto que naturalmente não favorece a aprendizagem, ocorrem déficits na aquisição e no desempenho destas habilidades. Os déficits em Habilidades Sociais são considerados fatores de risco para o funcionamento psicossocial e estão associados a transtornos psicológicos. A literatura aponta que o Transtorno de Ansiedade Social está relacionado, em diversas pesquisas empíricas, com os déficits no repertório de habilidades sociais. Levando em consideração esta relação e a importância de estudos que discutam a temática para auxiliar no tratamento deste transtorno, a presente pesquisa teve como objetivo verificar a relação entre classes de habilidades sociais específicas e os indicadores de ansiedade social em estudantes do ensino fundamental de duas escolas públicas da cidade de Maceió – AL. Participaram do estudo 191 alunos de 10 a 13 anos de idade devidamente matriculados nas escolas onde foi realizada a pesquisa, bem como seus professores participaram como informantes do repertório social dos alunos. Os instrumentos utilizados foram os formulários para crianças e professores do Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças (SSRS) e o Inventário de Fobia Social (SPIN – *Social Phobia Inventory*). Os resultados apontaram que mais da metade dos participantes apresentaram sintomas de ansiedade social (55,4%). Foram então criados dois grupos: um com e um sem ansiedade social, e a partir desta divisão foram realizadas análises de correlação e de comparação. As análises de correlação entre habilidades sociais avaliadas pelas crianças e ansiedade social, tanto para a amostra geral quanto para o grupo com indicadores de ansiedade social, demonstraram que quanto maior a ansiedade, menor foi a frequência de comportamentos de empatia. Na avaliação dos professores, foi encontrado que quanto maior o grau de ansiedade social, menor a frequência dos comportamentos relativos à cooperação e afetividade. A comparação do repertório de habilidades sociais entre os grupos com e sem ansiedade social, avaliado pelas crianças, apontou que houve diferença apenas na classe de responsabilidade, demonstrando que as crianças com indicadores de ansiedade social são menos responsáveis. Na avaliação dos professores não houve diferença significativa entre os grupos. Esses resultados foram discutidos em termos dos déficits e recursos em habilidades sociais de crianças que apresentam ansiedade social. Salienta-se, ainda, a importância de estudos futuros que possam avaliar o grau de predição das classes de habilidades sociais específicas sobre a ansiedade social, visando auxiliar em processos de avaliação e no treinamento de habilidades sociais nesse contexto.

Palavras-chave: habilidades sociais; ansiedade social; infância; adolescência.

ABSTRACT

Social Skills consists on a set of social behaviors that can be developed and presented by individuals through their interpersonal relationships. These skills may suffer some influence by the environment through culture and society. A deficit in acquiring and performing these skills may occur when faced with a context that does not naturally favor learning. Social Skills deficits are considered risk factors for psychosocial functioning and are associated with psychological disorders. The literature indicates, as in several empirical researches, that Social Anxiety Disorder is related to deficits on social skills repertoires. Taking that correlation into account and also considering the importance of studies that discuss the theme to assist in the treatment of this disorder, the present research aimed to verify the connection between specific social skills and Social Anxiety Disorder indicators in middle school students from two public schools in the city of Maceió – AL. A total of 191 students aged 10 to 13 years old, properly registered in the schools where the research took part, participated in the study. The instruments used in this research were the Behavior Problems and Academic Competence for Children (SSRS) and the Social Phobia Inventory (SPIN – *Social Phobia Inventory*). The results indicated that more than half of the participants showed Social Anxiety symptoms (55.4%). Two groups were created: one group with participants that showed social anxiety symptoms and another one without. That division established a database for correlation and comparison analysis. The correlation analysis between social anxiety and social skills evaluated by children, both for a general sample as for the group with social anxiety indicators, demonstrated that the higher the anxiety, the lower the frequency of empathy behaviors. In the teachers evaluation were found that the highest degree of social anxiety, lower the frequency of behaviors related to affectivity and cooperativeness. The comparison of the social skills repertoire evaluated by the children between groups with or without social anxiety indicated that there were only differences between the degrees of responsibility, demonstrating that children without social anxiety indicators are less responsible. In the teacher's evaluation, there were no significant differences between groups. These results were discussed in terms of social skills resources and deficits in children that present Social Anxiety. There is also significant importance of future studies that can evaluate the degrees of predictions on specific social skills in social anxiety, aiming to assist in evaluating processes and social skills training in that context.

Keywords: social skills; social anxiety; childhood; adolescence.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Número de artigos selecionados nas buscas realizadas nos bancos de dados.....	22
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantidade de artigos encontrados em casa base de dados pesquisada	22
Tabela 2 - Descrição das pesquisas em termos de: tipos e tamanho de amostra, procedimentos de avaliação, instrumentos utilizados e resultados encontrados	22
Tabela 3 - Normalidade da distribuição – SSRS Crianças, SSRS professores e SPIN (Amostra Geral).....	40
Tabela 4 - Normalidade da distribuição – SSRS Crianças, SSRS professores e SPIN (Grupo com ansiedade social)	41
Tabela 5 - Características sociodemográficas dos participantes (N=187).....	42
Tabela 6 - Prevalência de indicadores de Ansiedade Social (N=186).....	42
Tabela 7 - Médias e desvios-padrão dos escores dos itens do SSRS (crianças) do grupo com indicadores de ansiedade social	43
Tabela 8 - Médias e desvios-padrão dos escores dos itens do SSRS (professores) do grupo com indicadores de ansiedade social	45
Tabela 9 - Comparação entre fatores – SSRS Crianças.....	46
Tabela 10 - Média e desvios-padrão dos fatores da subescala SSRS Crianças	47
Tabela 11 - Comparação entre fatores – SSRS Professores	47
Tabela 12 - Média e desvios-padrão dos fatores da subescala SSRS Professores.....	48
Tabela 13 - Correlação de Pearson – SPIN e SSRS crianças e Correlação de Spearman – SPIN e SSRS professores	48
Tabela 14 - Correlação de Pearson – SPIN e SSRS crianças e Correlação de Spearman – SPIN e SSRS professores	49
Tabela 15 - Comparação dos grupos com e sem indicadores de ansiedade social em relação aos escores global e fatoriais do SSRS Crianças	50
Tabela 16 - Comparação dos grupos com e sem indicadores de ansiedade social em relação aos escores global e fatoriais do SSRS Professores	51
Tabela 17 - Comparação entre os sexos no grupo com indicadores de ansiedade social em relação aos escores global e fatoriais do SSRS Crianças	51

Tabela 18 - Comparação entre os sexos no grupo com indicadores de ansiedade social em relação aos escores global e fatoriais do SSRS Professores52

Tabela 19 - Comparação entre os sexos da amostra com indicadores de ansiedade social em relação ao escore global da SPIN 52

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. BASES CONCEITUAIS	13
2.1. Habilidades Sociais	16
2.2. Déficits em Habilidades Sociais	17
2.3. Ansiedade Social.....	18
3. REVISÃO DA LITERATURA	20
3.1 Método	20
3.2 Resultados	22
3.2 Considerações gerais sobre o conjunto de estudos	30
3.3 Questão problema	32
4. ESTUDO EMPÍRICO	33
4.1 Objetivos	33
4.1.1 Objetivo Geral	33
4.1.2 Objetivos Específicos:.....	33
4.2 Método	33
4.2.1 Participantes	34
4.2.2 Instrumentos	34
4.2.3 Procedimento de coleta de dados	36
4.2.4 Procedimento de análise dos dados	36
4.2.5 Aspectos éticos	37
5. RESULTADOS	39
5.1 Normalidade da distribuição	39
5.2 Descrição da amostra de participantes	41
5.3 Caracterização do Transtorno de Ansiedade Social (AS) na amostra	42
5.4 Caracterização do Repertório de Habilidades Sociais	42
5.5 Análise do escores por item do grupo com indicadores de Ansiedade Social	43
5.6 Análise ANOVA subescalas – SSSRS	46
5.7 Relação entre indicadores de Ansiedade Social e Habilidades Sociais	48
5.7.1 Amostra Geral	48
5.7.2 Amostra com indicadores de Ansiedade Social	49
5.8 Análises de comparação.....	49

5.8.1	Comparação do repertório de habilidades sociais entre os grupos com e sem indicadores de ansiedade social	50
5.8.2	Comparação entre os sexos dos participantes com relação ao repertório de habilidades sociais.....	51
5.8.3	Comparação entre os sexos dos participantes com relação ao escore global da SPIN	52
6	DISCUSSÃO	53
7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PESQUISAS FUTURAS	64
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	66
	ANEXOS	73

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que o Brasil é o país com maior prevalência de transtornos de ansiedade no mundo, atingindo 9,3% da população. Dentre estes transtornos, o de ansiedade social é o mais comum e o terceiro mais prevalente entre os transtornos mentais. Os indivíduos com esse transtorno apresentam-se mais tímidos e autocríticos em situações que geram ansiedade devido a necessidade de interação social, com isso são apresentados comportamentos rígidos e com maior tensão, além de uma dificuldade na comunicação verbal, podendo ocasionar prejuízos no desempenho social (CLARK; BECK, 2012).

Na presente dissertação será considerada a definição do Transtorno de Ansiedade Social do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª Edição (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM 5*) da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2014) que enfatiza o medo excessivo e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho. Os indivíduos com este transtorno temem julgamentos ou avaliações diante dos seus comportamentos sociais e serem desaprovados ou rejeitados pelos outros (APA, 2014). Geralmente os sintomas emergem de um histórico de timidez e inibição social na infância (SOUZA, 2017).

O transtorno tem início, em média, entre 8 e 15 anos de idade em 75% dos indivíduos. Apesar de ser mais recorrente na adolescência, podem ser encontrados casos mais precoces em torno dos 7 ou 8 anos, estando associado a uma sucessão de sintomas mais graves, um pior prognóstico e mais situações sociais temidas (ISOLAN et al., 2007). O modelo etiológico apresentado por Curran (1977) afirma que os indivíduos que apresentam sintomas de ansiedade social possuem déficits nas habilidades sociais e, portanto, podem ser beneficiados pelo Treinamento de Habilidades Sociais (THS) no tratamento destes sintomas (CABALLO, 2003).

O THS orientado para a competência social trata-se de um conjunto de atividades que são planejadas e estruturadas diante de processos de aprendizagem, este devendo ser mediado e conduzido por um terapeuta facilitador. Este treinamento tem como objetivo a aquisição, a aprendizagem e o aperfeiçoamento das habilidades sociais e visa também à aquisição dos demais requisitos para a competência social (CABALLO, 2003; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017).

Ainda de acordo com Del Prette e Del Prette (2017), as habilidades sociais são definidas como um conjunto de comportamentos sociais com características específicas

presentes no repertório de um indivíduo que tendem a ajudar no desempenho socialmente competente durante situações de interação social. Essas habilidades são divididas em conjuntos de classes que serão apresentadas e especificadas na sessão de fundamentação teórica.

Pesquisas que abordam a relação entre as habilidades sociais e os transtornos psicológicos apontam para uma frequente investigação do transtorno de ansiedade social, indicando que crianças com este diagnóstico apresentam déficits em habilidades sociais (BEIDEL et al., 2007; BEIDEL; TURNER; MORRIS, 1999; HALLS; COOPER; CRESWELL, 2015; SCHARFSTEIN; BEIDEL; SIMS; FINNELL, 2011; SPENCE; DONOVAN; BRECHMAN-TOUSSAINT, 1999). Como apontado por Freitas et al. (2018), há situações de interação social que podem desencadear o medo em sujeitos que apresentam o transtorno de ansiedade social, como encontrar pessoas não familiares, situações de avaliação em que o indivíduo possa ser observado ou ainda em atividades de desempenho diante de outras pessoas.

A partir deste breve aporte teórico, esta pesquisa teve como objetivo geral verificar a relação entre classes de habilidades sociais específicas e os indicadores de ansiedade social na infância e adolescência. Os objetivos específicos deste estudo foram: 1. Verificar a prevalência de ansiedade social em uma amostra de crianças estudantes do ensino fundamental; 2. Caracterizar as classes de habilidades sociais mais ou menos frequentes em crianças com indicadores de ansiedade social, por meio de análises intragrupo; 3. Identificar diferenças e semelhanças no repertório de habilidades sociais de crianças com e sem indicadores de ansiedade social, por meio de análises intergrupos; 4. Identificar as possíveis diferenças e semelhanças entre os sexos referentes ao repertório de habilidades sociais; 5. Identificar as possíveis diferenças e semelhanças entre os sexos referente a ansiedade social.

Com base nos resultados obtidos nesta pesquisa, foram identificadas as classes de habilidades sociais que estão mais fortemente associadas ao transtorno de ansiedade social, contribuindo para a literatura da área e auxiliando na avaliação da ansiedade social de crianças e adolescentes. Os resultados desta pesquisa podem contribuir, ainda, no tratamento da ansiedade social com intervenções baseadas no THS, direcionando o treinamento para uma maior ênfase nas classes de habilidades sociais mais deficitárias apresentadas nos resultados.

Esta dissertação é apresentada na sequência das seções descritas a seguir: a primeira trata das bases conceituais sobre habilidades sociais e ansiedade social; a

segunda seção traz uma revisão da literatura da área estudada; em seguida, na terceira seção, são apresentados o objetivo geral, objetivos específicos e procedimentos metodológicos da pesquisa empírica (participantes, instrumentos, coleta e análise dos dados). A quarta e a quinta seções trazem, respectivamente, os resultados da pesquisa empírica realizada e a discussão dos mesmos. A sexta seção apresenta as limitações do estudo e a sétima traz as considerações finais. Ao final da dissertação, são elencados os elementos não textuais (referências e anexos).

2. BASES CONCEITUAIS

A presente sessão tem como objetivo apresentar as bases conceituais das Habilidades Sociais, trazendo a definição teórica e prática, o conjunto de classes e respectivas subclasses baseado no portfólio apresentado por Del Prette e Del Prette (2017), além de uma descrição sobre os déficits em habilidades sociais e suas possíveis consequências para o aparecimento de sintomas do Transtorno de Ansiedade Social. Esse transtorno é apresentado de acordo com sua classificação no DSM 5 (APA, 2014) e dados epidemiológicos encontrados na literatura.

2.1. Habilidades Sociais

As Habilidades Sociais, de acordo com Caballo (2003), consistem em um conjunto de comportamentos ou repertório sociais que podem ser emitidos pelos indivíduos em seus meios sociais. Essas habilidades tendem a expressar atitudes, sentimentos, desejos, opiniões ou direitos de maneira adaptativa e assertiva, o que diminui a probabilidade de ocorrer algum problema em situações sociais (DEL PRETTE et al, 2012).

Freitas (2008) aponta que as habilidades sociais são consideradas como uma variável que favorece o desenvolvimento infantil, principalmente diante de associações positivas que são encontradas entre essas habilidades e indicadores de um funcionamento adaptativo, como: relações satisfatórias com pares e adultos, bom desempenho acadêmico e menor frequência de problemas de comportamento internalizantes e externalizantes.

De acordo com Del Prette e Del Prette (2005), as habilidades sociais aparecem, na literatura, agrupadas em conjuntos de classes e subclasses que podem favorecer um relacionamento saudável e produtivo com as demais pessoas. Classificar os comportamentos significa agrupá-los tomando como base as características que estes compartilham e características que os diferenciam de outros agrupamentos. Diante dos comportamentos sociais, as classes podem ser divididas pela topografia ou pela funcionalidade, sendo a primeira relacionada com os aspectos formais do comportamento que estão aparentes mediante observações, como os gestos, tom de voz, expressão facial e corporal etc. A funcionalidade diz respeito à função efetiva do comportamento em cada situação, considerando a relação contingente de –antecedente – comportamento – consequencial (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017).

Nas classes de habilidades sociais, comportamentos diferentes podem apresentar uma mesma função e diferentes topografias, pois a escolha da forma de desempenho do comportamento irá depender da cultura na qual o indivíduo está inserido para a execução da tarefa interpessoal (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017). Outro aspecto importante desta classificação dos comportamentos sociais, é que há a possibilidade de compartilhamento de subclasses entre diferentes classes, como, por exemplo, a habilidade de fazer/responder perguntas e expressar sentimentos, que fazem parte das classes de assertividade e de empatia. Diante do que foi exposto e com base no portfólio de habilidades sociais apresentado por Del Prette e Del Prette (2017), dez classes de comportamentos sociais importantes serão descritas a seguir:

- 1) **Comunicação:** iniciar e manter uma conversa, fazer e responder perguntas, pedir e dar *feedback*, elogiar e agradecer elogio, dar opinião. O comportamento de comunicar-se pode ocorrer de forma direta (face a face) ou indireta (uso de meio de comunicação eletrônicos), na primeira a comunicação verbal está sempre associada a não verbal, podendo complementar, ilustrar, substituir e às vezes contrariar a verbal.
- 2) **Civilidade:** Cumprimentar e/ou responder a cumprimentos (ao entrar e ao sair de um ambiente), aguardar a vez para falar, chamar o outro pelo nome e seguir regras, usar locuções como -por favor, -obrigado(a), -desculpe, -com licença e outras formas de educação normativa na cultura, em sua diversidade.
- 3) **Fazer e manter amizade:** Iniciar conversação, ouvir/fazer confidências, demonstrar gentileza, manter contato, fazer perguntas pessoais sem ser invasivo, oferecer informação livre (autorrevelação), expressar sentimento, elogiar, sugerir atividade, manifestar solidariedade diante de problemas.
- 4) **Empatia:** Observar, prestar atenção, ouvir e demonstrar interesse pelo outro, expressar compreensão, manter contato visual, tomar perspectiva (colocar-se no lugar do outro), compartilhar a alegria e realização do outro, demonstrar disposição para ajudar.
- 5) **Assertividade:** Defender direitos próprios e direitos dos outros, expressar sentimentos negativos (raiva e desagrado) e pedir mudança de comportamento, falar sobre suas próprias qualidades e defeitos, fazer recusa de pedidos, desculpar-se e admitir falhas, negociar interesses conflitantes, manejar críticas.
- 6) **Expressão solidariedade:** Oferecer ajuda e expressar apoio, identificar a necessidade do outro, participar de atividades sociais construtivas, compartilhar alimentos e objetos, cooperar, expressar compaixão, motivar colegas, consolar e fazer doações.

- 7) **Manejar conflitos e resolução de problemas:** Acalmar-se exercitando autocontrole diante de uma situação-problema, pensar antes de tomar decisões, reconhecer e nomear o problema, identificar, avaliar e propor possíveis alternativas de solução, implementar as alternativas de solução e combinar as alternativas quando for o caso.
- 8) **Expressão afeto e intimidade:** Aproximar-se e demonstrar afetividade ao outro por meio do contato visual, sorriso, toque, fazer e responder perguntas, fazer autorrevelação (informações livres), partilhar de brincadeiras, gentileza, convidar e aceitar convites, lidar com relações íntimas, estabelecer limites quando necessário.
- 9) **Coordenar grupo:** Realizar a organização de atividades, distribuir tarefas, incentivar a participação de todos, motivar, elogiar, controlar o tempo e o foco da tarefa, mediar interações, cobrar desempenhos e tarefas, explicar e pedir explicações, verificar compreensão sobre problemas.
- 10) **Falar em público:** Cumprimentar, contato visual com a plateia, usar tom de voz audível, modulando conforme o tema discutido, fazer/responder perguntas, apontar conteúdo de materiais audiovisuais (ler o mínimo necessário), usar o humor (se for o caso), relatar acontecimentos (se for o caso), agradecer a atenção ao finalizar.

Essas dez classes apresentadas, assim como suas respectivas subclasses, são consideradas como habilidades sociais importantes para o ciclo vital do desenvolvimento humano. A aprendizagem das classes pode variar dependendo da fase em que o indivíduo se encontra, sendo que algumas podem apresentar mais relevância em determinadas fases do desenvolvimento (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017).

Del Prette e Del Prette (2005) propõem as seguintes sete classes de habilidades sociais relevantes na infância, influenciando diretamente o desenvolvimento infantil. São elas: autocontrole e expressividade emocional, civilidade, empatia, assertividade, fazer amizades, solução de problemas interpessoais e habilidades sociais acadêmicas. Nesta pesquisa, serão destacadas as classes de habilidades sociais mais relevantes para a infância e adolescência.

Na atualidade, crianças vivem sob constantes pressões: cobranças de pais e educadores, pressão dos grupos sociais dos quais fazem parte, regras sociais encontradas na família e na sociedade, além da violência que é transmitida a todo instante pelos meios de comunicação. Diante desses desafios e demandas aos quais as crianças estão sujeitas, torna-se necessário um bom repertório de habilidades sociais, uma vez que este contribui de forma decisiva para relações harmoniosas com colegas e adultos durante a infância (DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2005).

As classes e subclasses de habilidades sociais contribuem diretamente para a competência social de um indivíduo. Antes de adentrar à discussão sobre competência social, é válido destacar que há uma controvérsia histórica entre os conceitos de habilidades sociais e competência social, sendo estes termos apresentados por alguns autores como semelhantes, por outros como conceitos irreduzíveis um ao outro e ainda por alguns estudiosos, como complementares (DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2017). Ainda que não seja consenso na área, estes termos serão tomados e apresentados nesta pesquisa como distintos, conforme são adotados por grande parte dos pesquisadores e teóricos desta área, incluindo os estudos pioneiros de Del Prette e Del Prette (1996, 1999) no Brasil.

Dito isso, o conceito de competência social tem grande relevância para a qualidade das relações interpessoais, podendo ser definido como uma avaliação do funcionamento e dos resultados de comportamentos, devendo incluir no seu conceito as características apresentadas a seguir:

Competência Social é um construto *avaliativo* do desempenho de um indivíduo (pensamentos, sentimentos e ações) de uma tarefa interpessoal que atende aos objetivos do indivíduo e às demandas da situação e cultura, produzindo resultados positivos conforme critérios instrumentais e éticos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017, p.37).

A Competência Social apresenta-se então como um conceito central das Habilidades Sociais, referindo-se não apenas a uma avaliação do desempenho de um comportamento, mas também voltado para a efetividade de seus resultados. Diferentemente, o conceito de habilidades sociais apenas descreve os diferentes componentes do desempenho do indivíduo nas relações interpessoais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017).

2.2. Déficits em Habilidades Sociais

Del Prette e Del Prette (2017) apontam ainda que as habilidades sociais, assim como todos os comportamentos, são aprendidas durante o desenvolvimento de um indivíduo através de processos formais ou informais de interação social, podendo sofrer influências do ambiente por meio da cultura e da sociedade. Diante de um ambiente que naturalmente não favorece a aprendizagem, podem ocorrer déficits na aquisição e no desenvolvimento destas habilidades, ocasionando problemas de comportamento, cujo tratamento será proposto por meio de intervenções educativas e/ou terapêuticas como o Treinamento de Habilidades Sociais.

Os déficits em habilidades sociais são considerados fatores de risco para o funcionamento psicossocial, pois na maioria dos casos, estão associados a problemas de comportamento e transtornos psicológicos específicos, como depressão, ansiedade, isolamento social, dificuldades de aprendizagem e consumo de substâncias psicoativas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2011; CABALLO, 2003). Dentre os transtornos psicológicos que estão associados a déficits de Habilidades Sociais, a literatura mostra que o Transtorno de Ansiedade Social ganha destaque em diversas pesquisas empíricas. Em uma revisão da literatura, Angélico, Cippra e Loureiro (2006) assinalam que o funcionamento social e a capacidade adaptativa de um indivíduo podem ser prejudicados quando este apresenta déficits de habilidades sociais. Os autores sublinham ainda que nos quadros clínicos de Ansiedade Social é destacado como essencial o envolvimento das Habilidades Sociais no tratamento, devido à sua importância no desenvolvimento das relações interpessoais.

Curran (1977) apresenta possíveis modelos que explicam a etiologia e manutenção de sintomas da ansiedade social. O primeiro modelo baseia-se no condicionamento clássico, no qual a ansiedade é aprendida e reforçada por meio de repetidas exposições aversivas a situações sociais. O segundo modelo apresenta a ideia de cognição, considerando que a origem da ansiedade está na errônea avaliação cognitiva que o sujeito faz de sua atuação, a partir de uma autoavaliação negativa e um autorreforço insuficiente.

O terceiro modelo, e o mais relevante para esta pesquisa, apresenta o déficit de habilidades sociais, identificando que a origem da ansiedade social está associada a um repertório comportamental inadequado ou inapropriado. Curran (1977) afirma ainda que o indivíduo ansioso socialmente não mantém o controle apropriado das exigências de um contexto social, experimentando assim uma situação aversiva que lhe provoca ansiedade e reforça suas crenças de incapacidade diante de situações sociais.

2.3. Ansiedade Social

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM 5*) da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2014) afirma que os transtornos de ansiedade são caracterizados por medo e ansiedade excessivos, além de perturbações comportamentais que estão

relacionadas. O medo e a ansiedade são emoções que surgem como respostas a uma situação ameaçadora. No entanto, a ansiedade está voltada para ações precipitadas diante dessa ameaça. Os transtornos de ansiedade diferem entre si diante dos tipos de objetos ou situações que geram medo, ansiedade ou o comportamento de esquiva. Embora possam ser transtornos comórbidos entre si, são diferenciados de acordo com os tipos de situações que são temidas ou evitadas e pelo conteúdo das cognições relacionadas a cada situação.

Dentre esses transtornos, encontra-se o Transtorno de Ansiedade Social, ou Fobia Social, apresentado no DSM 5 como medo e ansiedade excessivos que persistem diante das situações sociais, nas quais o indivíduo se vê exposto a desconhecidos, podendo ser observado ou avaliado, ou ainda sujeito a situações de desempenho (APA, 2014). De acordo com Petersen et al. (2011), os transtornos de ansiedade são os que mais estão presentes na infância e adolescência, com uma prevalência entre 4 e 20%, sendo, dentre eles, a ansiedade social o mais prevalente. A ansiedade social é considerada como um grave problema de saúde mental devido à sua alta prevalência e os prejuízos resultantes no desempenho nas interações sociais (ANGÉLICO; CIPPRA; LOUREIRO, 2006).

A ansiedade social manifesta-se nas diversas faixas etárias sem diferir em suas características básicas, porém as diferenças podem ser refletidas a partir das oportunidades para o engajamento em cada tipo de situação social (BEIDEL; TURNER; MORRIS, 1999). Esses autores ainda afirmam que as crianças menores podem apresentar limitações em suas habilidades cognitivas para compreensão da situação problema. As crianças no geral também estão sujeitas a ter menos oportunidades de evitar as situações temidas, quase sempre sendo obrigadas a enfrentá-las. Isto, frequentemente, resulta na apresentação de um padrão maior de angústia do que de evitação, aumentando a ansiedade social. A ansiedade é, também, uma costumeira causa de evitação da escola entre os adolescentes, podendo ser um motivo para evasão escolar (BARLOW; LIEBOWITZ, 1995; BEIDEL, 1998).

Petersen et al. (2011) afirmam que as manifestações dos transtornos de ansiedade na infância são fortes preditores para a ocorrência do mesmo na vida adulta. Entretanto, é válido sublinhar que não são todas as respostas ansiosas por parte da criança que podem ser consideradas patológicas, uma vez que o medo é considerado, principalmente na fase da infância e adolescência, como um sentimento normal e em

muitos casos necessário. Os medos estão relacionados a diversas formas de adaptação da criança a situações estressoras (PETERSEN et al., 2011).

A ansiedade social pode parecer normal diante de algumas experiências durante a infância, todavia em algumas crianças e adolescentes a apresentação de níveis intensos de ansiedade social pode vir a provocar impactos negativos no funcionamento social, podendo gerar como consequências: prejuízos ao bem-estar emocional, dificuldades para lidar com os medos, dificuldades acadêmicas e aumento do grau de desconforto subjetivo (ALBANO; DETWEILER, 2001).

3. REVISÃO DA LITERATURA

Levando em consideração a correlação existente entre habilidades sociais e a ansiedade social e as possíveis consequências negativas dessa relação ao longo do desenvolvimento humano, este capítulo tem como objetivo apresentar uma revisão da literatura dos últimos 20 anos de pesquisas empíricas que estudaram essas duas variáveis em populações de crianças e adolescentes, será apresentada a forma como foram realizadas as buscas nas bases de dados, bem como, os critérios de inclusão/exclusão utilizados.

Buscou-se identificar e descrever as características das pesquisas em termos das seguintes categorias de análise: tipos e tamanho de amostra, procedimentos de avaliação, instrumentos utilizados e resultados encontrados. Por fim são tecidas considerações gerais sobre o conjunto de estudos encontrados nos resultados da revisão da literatura selecionada.

3.1 Método

Foi realizado um levantamento de estudos sobre habilidades sociais e ansiedade social na infância e adolescência a partir de uma revisão da literatura em bases de dados virtuais. Foi encontrado, inicialmente, um total de 5.048 artigos, diante dos descritores elencados abaixo. A partir da leitura de todos os títulos e alguns resumos, foram identificados os estudos potencialmente relevantes para a pesquisa, sendo que 40 artigos foram selecionados para a leitura dos resumos. Os descritores utilizados na pesquisa foram: habilidades sociais, competência social, ansiedade social, fobia social, crianças e adolescentes, utilizados em português na BVS e Scielo, e em inglês nas plataformas Eric, PsycINFO, PsycNet, PubMed e Science Direct.

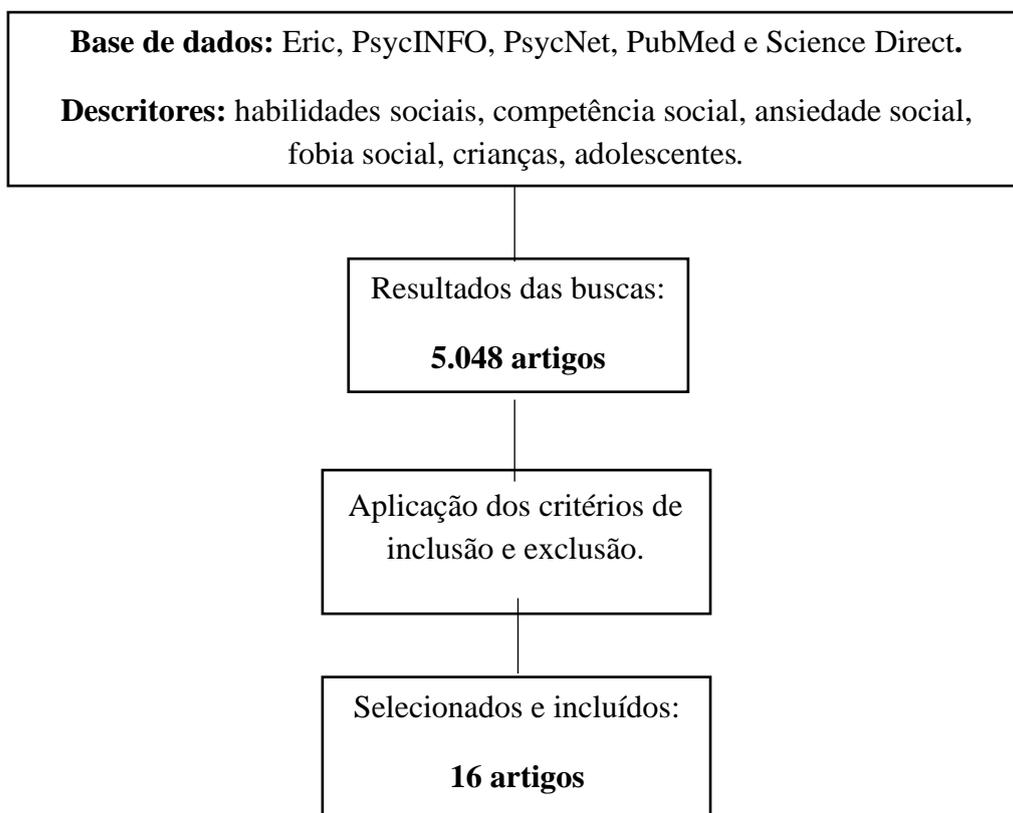
Após essa etapa, uma nova seleção foi realizada a partir da leitura dos resumos, tendo como base os seguintes critérios de inclusão: 1) Estudos publicados em formato de artigos; 2) Estudos com crianças e adolescentes; 3) Estudos publicados nos últimos 20 anos (1997 à junho de 2017); 4) Estudos de relato de pesquisa empírica; 5) Estudos publicados em inglês, português e/ou espanhol. Como critérios de exclusão foram descartados: 1) Estudos com identificação de outro transtorno psicológico ou condição médica; 2) Estudos sobre a efetividade ou eficácia de intervenções; 3) Estudos psicométricos de validação de instrumentos; 4) Estudos com fármacos; 5) Estudos que

envolveram o treinamento de habilidades sociais. Após a aplicação desses critérios, foram selecionados 16 artigos para a leitura na íntegra e consideração neste estudo. No momento da seleção dos artigos dois avaliadores independentes concordaram que os estudos preenchiam os critérios adotados.

Posterior à leitura dos artigos encontrados, foram criadas três categorias com base na análise dos resultados apresentados nas pesquisas, estas foram identificadas e organizadas pela mestranda em consenso com seu orientador. A primeira categoria apresenta os estudos nos quais foram verificados déficits em habilidades sociais nas crianças participantes. A segunda categoria é composta pelas pesquisas que concluíram em suas análises que as crianças participantes apresentam crenças negativas. Por fim, na terceira categoria, encontram-se os estudos que mostraram como resultados déficits em habilidades sociais e também crenças negativas em seus participantes.

A distribuição dos artigos se deu da seguinte forma, de acordo com cada base de dados utilizada nesta pesquisa:

Figura 1 - Número de artigos selecionados nas buscas realizadas nos bancos de dados.



Na tabela a seguir são encontradas as quantidades de artigos encontrados em cada base de dados utilizada nesta pesquisa apresentando um total de 5.048, bem como

o número de artigos que foram selecionados em cada plataforma de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, gerando o total de 16 artigos que serão descritos nos resultados.

Tabela 1. Quantidade de artigos encontrados em casa base de dados pesquisada.

Bases de dados	Total de artigos encontrados	Total de artigos selecionados
BVS	172	0
Eric	198	7
PsycINFO	272	0
PsycNet	1.857	1
PubMed	2.431	8
Scielo	11	0
Science Direct	1.857	0
TOTAL	5.048	16

3.2 Resultados

Na tabela 2 são descritos os artigos que compõem o corpus desta pesquisa, estes foram avaliados em relação aos tipos e tamanho da amostra, aos procedimentos de avaliação, instrumentos utilizados e aos resultados apresentados em cada pesquisa.

Tabela 2. Descrição das pesquisas em termos de: tipos e tamanho de amostra, procedimentos de avaliação, instrumentos utilizados e resultados encontrados.

Autores (ano)	Amostra	Procedimentos de avaliação	Instrumentos	Resultados
1 Bernstein et al. (2008)	101 crianças (7 a 10 anos).	- Autorrelato; - Relato de pais; - Relato dos professores; - Avaliação de observadores.	- Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C/P; SILVERMAN; ALBANO, 1996); - Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC; MARCH, 1997); - Behavioral Assessment System for Children Teacher Rating Scale (BASC; REYNOLDS; KAMPHAUS, 1992).	Déficits em Habilidades Sociais (classe fazer amizades, habilidades de liderança, problemas de atenção e dificuldades de aprendizagem)

2	Hannesdóttir e Ollendick (2008)	92 participantes (10 a 14 anos).	- Autorrelato; - Relato de pais.	<ul style="list-style-type: none"> - Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C; BEIDEL; TURNER; MORRIS, 1999); - Self-Efficacy Questionnaire for Social Skills for Children (OLLENDICK; SCHMIDT, 1987); - Outcome Expectancy Questionnaire (OLLENDICK; SCHMIDT, 1987); - Behavioral Assertiveness Test for Children–Self Report (BAT-CR; OLLENDICK, 1981); - Social Skills Rating System –Secondary Level (SSRS: GRESHAM; ELLIOTT, 1990). 	Déficits em Habilidades Sociais (classe de assertividade)
3	Miers, Blote e Westenberg (2010)	40 participantes (13 a 17 anos).	- Autorrelato; - Avaliação de pares.	<ul style="list-style-type: none"> - Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A; LA GRECA; LOPEZ, 1998); - Children’s Depression Inventory (CDI; KOVACS 1985); - Skills Rating Scale for Peers (SRSP) (medida de observação dos avaliadores). 	Déficits em Habilidades Sociais (classes: conteúdo do discurso, expressões faciais, postura, movimento do corpo e forma de falar).
4	Banerjee e Henderson (2001)	63 participantes da Inglaterra (8 a 9 anos) e dos Estados Unidos (6 a 11 anos).	- Autorrelato; - Relato dos professores (apenas nos Estados Unidos); - Avaliação de observadores.	<ul style="list-style-type: none"> - The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C; BEIDEL; TURNER; MORRIS, 1995); - Shyness Negative Affect Scale (HENDERSON; BANERJEE; SMITH, 1999); - Vineland Adaptive Behavior Scales (SPARROW; BALLA; CICCHETTI, 1984). 	Déficits em Habilidades Sociais relacionadas a cognição social e avaliação do estado mental (Pg. 86 livro do Caballo).
5	Los Reyes, Alfano e Beidel (2011)	139 pais e 122 crianças (7 a 16 anos).	- Autorrelato; - Relato de pais; - Avaliação de observadores.	<ul style="list-style-type: none"> - The Child Behavior Checklist (CBCL; ACHENBACH, 1991); - Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C/P; SILVERMAN; ALBANO, 1996); - Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAIC; BEIDEL; TURNER, MORRIS, 1995); - Clinical Global Impressions 	Déficits em Habilidades Sociais

6	Motoca, Williams & Silverman (2012)	397 participantes (7 e 16 anos)	- Autorrelato; - Relato de pais.	<p>(CGI) Severity of Illness and Improvement Scale (GUY, 1976).</p> <p>- Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C/P; SILVERMAN; ALBANO, 1996);</p> <p>- Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS; REYNOLDS; RICHMOND, 1978);</p> <p>- Friendship Questionnaire (FQ; BIERMAN; MCCAULEY, 1987);</p> <p>- Social Skills Rating System (SSRS; GRESHAM; ELLIOTT, 1990).</p>	Déficits em Habilidades Sociais
7	Halls, Cooper & Creswell (2015)	404 participantes (6 a 13 anos).	- Autorrelato; - Relato dos pais.	<p>- Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C/P; SILVERMAN; ALBANO, 1996);</p> <p>- Spence Children's Anxiety Scale (SCAS-C/P; NAUTA et al., 2003; SPENCE, 1998);</p> <p>- Social Communication Questionnaire (SCQ).</p>	Déficits em Habilidades Sociais (classe de comunicação social).
8	Scharf, Kerns, Rousseau e Kivenson-Baron (2016)	404 estudantes e 10 professores	- Autorrelato; - Relatos dos professores; - Avaliação de observadores.	<p>- Security Scale (KERNs et al., 2001);</p> <p>- Social Anxiety Scale for Children -SASC-R (LA GRECA; STONE, 1993);</p> <p>- Friendship competencies: Children's strategies in response to seeking and giving help within a friendship (ROSE; ASHER, 2004);</p> <p>- Peer competence subscale from the Teacher-Child Rating Scale (T-CRS) (HIGHTOWER et al., 1986).</p>	Déficits em Habilidades Sociais (classes: fazer amizade e empatia).
9	Ates (2016)	648 participantes (14 e 18 anos).	- Autorrelato.	<p>- Perceived Social Competence Scale (ANDERSON-BUTCHER; IACHINI; AMOROSE, 2007);</p> <p>- Social Anxiety Scale (SAS; ÖZBAY-PALANCI (2001).</p>	Déficits em Habilidades Sociais (classe de comunicação social).
10	Hatton, Hodges e	110 participantes (8 a 11 anos).	- Autorrelato; - Avaliação de	- Spielberger trait anxiety inventory for children	Cognição Negativa

	Porter (2003)		observadores.	(STAIC; SPIELBERGER, 1973); - Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C; BEIDEL; TURNER; MORRIS, 1995); - Performance Questionnaire (PQ; CARTWRIGHT-HATTON et al., 2005).	
11	Hatton, Tschernitz e Gomersall (2005)	40 participantes (10 a 12 anos).	- Autorrelato; - Avaliação de observadores;	- Spielberger state - trait anxiety inventory for children (STAIC) - state version (SPIELBERGER, 1973); - Social Anxiety Scale for children - revised (SASC-R) (LA GRECA; STONE, 1993); - Performance Questionnaire (PQ; CARTWRIGHT-HATTON et al., 2003).	Cognição Negativa
12	Miers, et al. (2009)	136 participantes (9 a 17 anos).	- Autorrelato; - Avaliação do observador.	- Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A; LA GRECA; LOPEZ, 1998); - Measure of evaluated performance (SPENCE et al., 1999); - Performance Questionnaire (PQ; CARTWRIGHT-HATTON et al., 2005).	Cognição Negativa
13	Spence, Donovan e Toussaint (1999)	54 participantes (7 e 14 anos).	- Autorrelato; - Relato de pais; - Avaliação de observadores.	- Anxiety Disorders Interview Schedule for Children-Parent Version (ADIS-C-P; SILVERMAN; NELLES, 1988); - Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS; REYNOLDS; RICHMOND, 1978); - Spence Children's Anxiety Scale (SCAS; SPENCE, 1997, 1998); - The Social Anxiety Scale for Children-Revised (SASC-R; LA GRECA; DANDES; WICK; SHAW, 1988; LA GRECA; STONE, 1993); - Social Worries Questionnaire-Parent (SWQ-P; SPENCE, 1995); - Social Worries Questionnaire-Pupil (SWQ-	Déficits em Habilidades Sociais e Cognições Negativas

				<ul style="list-style-type: none"> PU; SPENCE, 1995); - Adapted version of the Subjective Probability (Social) Scale (LUCOCK; SALKOVSKIS, 1988); - Social Skills Questionnaire-Parent (SSQ-P; SPENCE, 1995); - Social Skills Questionnaire-Pupil (SSQ-PU; SPENCE, 1995); - Children's Assertive Behavior Scale (CABS; MICHELSON; WOOD, 1982); - Revised Behavioral Assertiveness Test for Children (BAT-CR; OLLENDICK, 1981); - Social Competence Questionnaire-Parent (SCPQ-P; SPENCE, 1995). 	
14	Greco e Morris (2005)	333 crianças (8 e 12 anos) e 50 professores.	<ul style="list-style-type: none"> - Autorrelato; - Relato dos professores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C; BEIDEL; TURNER; MORRIS, 1995, 1998); - Friendship Quality Questionnaire (FQQ; PARKER; ASHER, 1993); - Social Skills Rating System (SSRS; GRESHAM; ELLIOT, 1990). 	Déficits em Habilidades Sociais e Cognições Negativas
15	Inderbitzen-Nolan, Anderson e Johnson (2007)	330 participantes (13 a 17 anos).	<ul style="list-style-type: none"> - Autorrelato; - Relato de pais; - Avaliação de observadores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiety Disorders Interview Schedule for Children-Parent Version (ADIS-C-P; SILVERMAN; NELLES, 1988); - Role-play. 	Déficits em Habilidades Sociais (classes: assertividade, comunicação e fazer amizades) e Cognições Negativas

16	Miers et al. (2013)	331 jovens (9 a 17 anos) e finalizando com 236 (12 a 21 anos) – estudo longitudinal.	- Autorrelato; - Relato dos pais; - Relato dos professores.	<ul style="list-style-type: none"> - Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A; LA GRECA; LOPEZ 1998); - Adolescents' Interpretation and Belief Questionnaire (AIBQ; MIERS et al. 2008); - Focus of Attention Questionnaire (FAQ; WOODY et al. 1997); - Performance Questionnaire (PQ; CARTWRIGHT-HATTON et al. 2005); - Hierarchical Personality Inventory for Children (HiPIC; MERVIELDE; DEFROYT 2002); - Behavioral Inhibition Scale (BIS; GEST 1997); - Conners' Teacher Rating Scale (CTRS-R; CONNERS 2004); - Questionnaire for Social Functioning (BOKHORST 1990). 	Déficits em Habilidades Sociais e Cognições Negativas
----	---------------------	--	---	--	---

Todos os estudos descritos na Tabela 2 foram realizados com crianças e adolescentes, sendo a idade mínima dos participantes de 6 anos e a idade máxima de 21 anos. O estudo mais antigo encontrado nesta pesquisa foi o dos autores Spence, Donovan e Toussaint (1999) e os mais recentes foram Scharf, Kerns, Rousseau e Kivenson-Baron (2016) e Ates (2016). O estudo que utilizou o maior número de participantes foi o de Ates (2016) com uma amostra de 648 adolescentes e a menor amostra de 40 participantes é encontrada em duas pesquisas: Miers, Blote e Westenberg (2010) e Hatton, Tschernitz e Gomersall (2005). Apenas o estudo de Miers, Blote, Rooij, Bokhorst e Westenberg (2013) pode ser caracterizado como longitudinal, as outras 15 pesquisas apresentaram um corte transversal.

Com relação aos procedimentos de avaliação, todos os artigos tratam de estudos empíricos que utilizaram o autorrelato no processo de avaliação das crianças e/ou dos adolescentes que participaram das pesquisas. Entre as 16 pesquisas que utilizaram o autorrelato, 9 estudos utilizaram a avaliação de observadores, 8 avaliaram relatos de pais e apenas 5 utilizaram o relato dos professores em sua pesquisa. Apenas no estudo

de Miers et al. (2010) foi utilizada a observação de pares, em que jovens da mesma faixa etária dos participantes foram os avaliadores.

Trinta e oito instrumentos distintos foram utilizados para realizar as avaliações de diferentes variáveis nos participantes de cada estudo apresentado. Entre os instrumentos utilizados para avaliar a ansiedade, destaca-se a Anxiety Disorder Interview Schedule (ADIS-C-P) que foi utilizada em 6 estudos para auxílio no diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social. Desenvolvida por Silverman e Albano (1996), é uma entrevista diagnóstica estruturada, baseada no DSM IV.

Outro instrumento utilizado para a avaliação da ansiedade, encontrado em cinco artigos, foi o Inventário de Fobia Social e Ansiedade para Crianças (SPAI-C), desenvolvido por Beidel, Turner e Morris (1999); trata-se de uma medida de autorrelato de 26 itens desenvolvidos para avaliar a frequência e o alcance da ansiedade social vivenciada por crianças e adolescentes. É válido ressaltar também a utilização recorrente da Social Anxiety Scale for Children -SASC-R (LA GRECA; STONE, 1993), utilizada em três estudos, e da Social Anxiety Scale for Adolescents - SAS-A (LA GRECA; LOPEZ, 1998), utilizada em quatro estudos.

Para avaliação do repertório de habilidades sociais nestas pesquisas, destaca-se o uso do Performance Questionnaire (PQ; CARTWRIGHT-HATTON et al., 2003, 2005) utilizado em quatro estudos (HATTON; TSCHERNITZ; GOMERSALL, 2005; MIERS, et al., 2009; HATTON; HODGES; PORTER, 2003; MIERS et al., 2013). O PQ original é uma escala de classificação de nove itens, três itens dizem respeito aos micro-comportamentos exibidos durante a tarefa de fala (por exemplo, quão alta e clara era a voz do falante), três itens se referem à impressão global feita pela criança (por exemplo, quão amigável você olhou?) e três itens são relacionados ao quão nervosa a criança parecia durante a tarefa (por exemplo, como você olhou?) (HATTON; TSCHERNITZ; GOMERSALL, 2005).

É válido ressaltar o Social Skills Rating System (SSRS), inventário desenvolvido por Gresham e Elliot (1990) e validado no Brasil por Freitas e Del Prette (2015) utilizado nos estudos de Motoca, Williams e Silverman (2012), Hannesdóttir e Ollendick (2008) e Greco e Morris (2005). É um instrumento que avalia as habilidades sociais de crianças e adolescentes e pode ser aplicado nos próprios estudantes, bem como em seus professores e em seus pais.

Estes resultados foram agrupados de acordo com três categorias, a saber: (1) Déficits em habilidades sociais (9 artigos), (2) Cognações negativas (3 artigos) e (3) Déficits em habilidades sociais e cognição negativa (4 artigos).

Com relação a primeira categoria, é possível notar que oito estudos especificaram as classes de habilidades sociais que foram encontradas como déficits nos indivíduos participantes: comunicação, assertividade, empatia, fazer amizade, falar em público, habilidades de liderança e habilidades sociais relacionadas à cognição social e avaliação do estado mental. Esta última classe é considerada por Caballo (2003) como uma avaliação cognitiva realizada por um indivíduo diante de situações ou estímulos, sendo determinada por concepções que o mesmo tem sobre o mundo e sobre si.

É válido destacar as classes mais apresentadas pelos estudos: Comunicação - três estudos (HALLS; COOPER; CRESWEL, 2015; ATEs, 2016; INDERBITZEN-NOLAN; ANDERSON; JOHNSON, 2007). Fazer amizade - três estudos (SCHARF; KERNS; ROUSSEAU; KIVENSON-BARON, 2016; BERNSTEIN et al., 2008; INDERBITZEN-NOLAN; ANDERSON; JOHNSON, 2007). Assertividade - dois estudos (HANNESDÓTTIR; OLLENDICK, 2008; INDERBITZEN-NOLAN; ANDERSON; JOHNSON, 2007). Essas classes serão apresentadas na discussão destes resultados.

Na segunda categoria elencada de acordo com os resultados são encontradas três pesquisas (HATTON; HODGES; PORTER, 2003; HATTON; TSCHERNITZ; GOMERSALL, 2005; MIERS, et al., 2009) que apresentam a cognição negativa como um fator associado a ansiedade social, os autores (HATTON; TSCHERNITZ; GOMERSALL, 2005) sugerem que o nervosismo das crianças socialmente ansiosas influencia de maneira significativa na autoavaliação e que estas podem não apresentar necessariamente o déficit em habilidades sociais, mas apenas acreditarem que possuem esse déficit devido ao nervosismo em que se encontram em situações sociais, mesmo tendo sido avaliados bons desempenhos diante dos observadores, a ocorrência da avaliação negativa para o nervosismo não está relacionada ao nível de desempenho (MIERS, 2009).

Diante dessa categoria apresentada nos resultados, é válido conceituar o que os autores chamam de cognição negativa. O modelo cognitivo para os transtornos de ansiedade propõe que o conteúdo dos pensamentos tem um importante papel no desenvolvimento e manutenção da ansiedade, porém o modelo aponta que os indivíduos podem apresentar falhas no processamento da informação, com tendência a distorcer a

realidade avaliando suas experiências interpessoais de maneira disfuncional e interpretando as situações de interação social como mais ameaçadoras do que realmente são (BECK; EMERY; GREENBERG, 1985; D'EL REY; PACINI, 2006; KNAPP; BECK, 2008).

De acordo com este modelo, indivíduos com fobia social experimentam ansiedade antecipadamente ou durante as situações sociais, uma vez que possuem expectativas excessivas em relação a resultados negativos em contextos sociais, avaliando seu próprio desempenho de forma excessivamente crítica apresentando cognições negativas, aumentando assim a experiência de ansiedade (SPENCE; DONOVAN; TOUSSAINT, 1999).

A terceira categoria refere-se às pesquisas que relatam em seus resultados déficits em habilidades sociais e cognição negativa, são quatro estudos: Spence et al., (1999); Greco e Morris (2005); Inderbitzen-Nolan et al., (2007); Miers et al. (2013). Dentre esses apenas o estudo de Inderbitzen-Nolan et al., (2007) especifica as classes de habilidades sociais nas quais foram encontrados os déficits: assertividade, comunicação e fazer amizades.

Nessa categoria está a pesquisa realizada por Spence et al., (1999), um dos primeiros estudos sobre habilidades sociais e ansiedade social, os resultados desse estudo apontaram que as crianças com o diagnóstico de fobia social apresentaram um menor desempenho durante as tarefas e também se autoavaliaram de maneira mais negativa.

3.2 Considerações gerais sobre o conjunto de estudos

A maioria dos estudos encontrados nesta revisão aponta para a correlação negativa existente entre habilidades sociais e ansiedade social para grupos clínicos e para a população em geral. No entanto, a literatura ainda apresenta lacunas quanto à relação de causalidade entre esses dois fatores, ou seja, déficits em habilidades sociais seriam a causa da ansiedade social ou a apresentação de sintomas de ansiedade social é que prejudicam o desenvolvimento de habilidades sociais? (STRAVYNSKI; KYPARISSIS; AMADO, 2010). Os resultados da revisão de literatura de Levitan, Rangé e Nardi (2008) corroboram com os dados encontrados na presente revisão, sendo

possível afirmar que ainda não há um consenso quanto aos aspectos e às condições que estão envolvidas no desenvolvimento da ansiedade social.

Como relatado nos resultados, dos treze estudos que apontaram para déficits em habilidade sociais em participantes com ansiedade social, oito abordaram as classes específicas nas quais foram encontrados déficits que podem desencadear em sintomas de ansiedade social, porém nenhuma das pesquisas apresenta o grau de predição destas classes, ou seja, o quanto cada classe de habilidades contribui para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade social. As três classes mais encontradas nos estudos foram: comunicação, fazer amizade e assertividade.

Três estudos (HATTON; HODGES; PORTER, 2003; HATTON; TSCHERNITZ; GOMERSALL, 2005; MIERS, et al., 2009) apresentam em seus resultados apenas cognições negativas como um fator que resulta no desenvolvimento de sintomas da ansiedade social – pesquisas componentes da Categoria 2, classificada nos Resultados – bem como nos quatro estudos (SPENCE et al., 1999; GRECO; MORRIS, 2005; INDERBITZEN-NOLAN et al., 2007; MIERS et al., 2013) que compõem a Categoria 3, na qual as pesquisas apresentam em seus resultados tanto o déficit em habilidades sociais quanto a cognição negativa.

Vianna et al. (2009) e Levitan et al. (2008) reforçam a informação trazida pelos estudos que encontraram as cognições negativas em seus resultados. Esses autores afirmam que: as crianças e os adolescentes que apresentam o transtorno de ansiedade social estão mais propensos a interpretações negativas diante das situações sociais do cotidiano; os pensamentos estão voltados para a possibilidade de rejeição ou humilhação a partir do seu desempenho; o ambiente é interpretado como ameaçador e as crenças sobre si mesmo e sobre suas capacidades são negativas.

Partindo de uma visão cognitivista, a distorção que está mais presente no modelo cognitivo do TAS é a catastrofização, um erro clássico de processamento da informação, que ocorre quando um estímulo neutro é distorcido e interpretado como negativo, enquanto que um estímulo positivo e seguro não é levado em consideração pelo indivíduo (SOUZA, 2017). Estas cognições distorcidas e negativas podem desencadear os sintomas físicos da ansiedade, bem como comportamentos que geram desconforto e reforçam a ideia de inadequação, rejeição e humilhação, contribuindo para o afastamento e a evitação de relações interpessoais (ITO; ROSO; TIWARI; KENDALL; ASBAHR, 2008; SOUZA, 2017).

Para Caballo (2003), as habilidades sociais possuem componentes comportamentais, como contato visual, latência da fala, gestos, postura, tom de voz, entre outros, e componentes cognitivos como as percepções sobre ambientes de comunicação. Diante dessa classificação, é possível observar que, segundo alguns modelos teóricos, a cognição pode ser considerada também como um componente das habilidades sociais, o que não foi considerado diretamente pelas pesquisas das Categorias 2 e 3 que apresentaram em seus resultados a cognição negativa dos jovens participantes.

Os resultados encontrados nessa revisão mostram a necessidade de se estudar mais precisamente a relação entre as classes específicas de habilidades sociais e a ansiedade social, a fim de se obter maiores evidências sobre a associação de cada classe com os sintomas apresentados por crianças e adolescentes ansiosos socialmente. Esta correlação pode ser considerada essencial para qualquer tratamento que se propõe a auxiliar na manutenção de relações sociais satisfatórias, como o treinamento de habilidades sociais.

3.3 Questão problema

Esta revisão da literatura serviu como base para o estudo empírico realizado que será apresentado a seguir. A partir das informações dessa revisão de literatura, nota-se, como pressuposto, que déficits em habilidades sociais estão relacionados com os sintomas de ansiedade social em crianças e adolescentes, porém percebe-se a escassez de estudos que indiquem as classes de habilidades sociais específicas que possuem relação direta com os indicadores da ansiedade social. Nota-se, ainda, a ausência de estudos brasileiros nessa revisão em bases de dados indexadas.

Constatadas essas informações, foi proposta a seguinte questão de pesquisa: Quais classes de habilidades sociais específicas estão mais relacionadas à apresentação de sintomas de ansiedade social na infância e adolescência?

4. ESTUDO EMPÍRICO

Esta sessão apresentará os objetivos geral e específicos do presente estudo. Em seguida será realizada a descrição do método, começando pelo delineamento da pesquisa, os participantes do estudo, os instrumentos utilizados na coleta dos dados, assim como o procedimento de coleta e análise dos dados obtidos. Por fim são trazidas as considerações sobre procedimentos éticos adotados no decorrer do estudo.

4.1 OBJETIVOS

4.1.2 Objetivo Geral

Verificar a relação entre classes de habilidades sociais específicas e os indicadores de ansiedade social na infância e adolescência.

4.1.3 Objetivos Específicos:

- Verificar a prevalência de ansiedade social em uma amostra de crianças estudantes do ensino fundamental;
- Caracterizar as classes de habilidades sociais mais ou menos frequentes em crianças com indicadores de ansiedade social, por meio de análises intragrupo;
- Identificar diferenças e semelhanças no repertório de habilidades sociais de crianças com e sem indicadores de ansiedade social, por meio de análises intergrupos;
- Identificar as possíveis diferenças e semelhanças entre os sexos referentes ao repertório de habilidades sociais;
- Identificar as possíveis diferenças e semelhanças entre os sexos referente a ansiedade social.

4.2 Método

A pesquisa realizada trata-se de um estudo empírico de caráter quantitativo, do tipo correlacional. Esse tipo de pesquisa é realizado com o intuito de descrever a força

da relação entre duas ou mais variáveis (COZBY, 2014). Os dados foram coletados por meio de escalas descritas adiante e foram analisados com a utilização de análises estatísticas descritivas, análises de correlação entre as duas variáveis (habilidades sociais e ansiedade social), análise de comparação entre os grupos com e sem indicadores de ansiedade social e entre os sexos.

4.2.1 Participantes

Participaram do estudo 191 estudantes de duas escolas públicas da cidade de Maceió – AL; sete professores das turmas integrantes da amostra também contribuíram como informantes do repertório social dos alunos participantes. Foi selecionada a amostra por conveniência, uma vez que o foco do estudo é a relação existente entre as variáveis, solicitando-se a colaboração dos estudantes (COZBY, 2014). A seleção da amostra seguiu os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- Critério de Inclusão: Faixa etária entre dez e treze anos de idade; estar devidamente matriculado nas escolas onde foi realizada a pesquisa; apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por seu responsável e assinarem o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.
- Critério de exclusão: Crianças que apresentaram dificuldades auditivas e/ou visuais e crianças diagnosticadas com transtorno mental e/ou neurológico de acordo com o DSM 5.

4.2.2 Instrumentos

Os dados para avaliação das habilidades sociais foram obtidos por meio do Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças (SSRS) (GRESHAM et al, 2016). Instrumento originalmente norte-americano foi traduzido e validado em diversos países, sendo uma das escalas mais estudadas na literatura, apresentando propriedades de validade e confiabilidade com resultados satisfatórios (FREITAS; DEL PRETTE, 2015).

A versão brasileira deste instrumento encontra-se validada no país para crianças com desenvolvimento típico e com deficiência intelectual, apresentando propriedades psicométricas adequadas. A análise da consistência interna indicou valores altos para as escalas globais de habilidades sociais (Professores $\alpha=0,92$; Pais $\alpha=0,85$; Estudante $\alpha=0,73$), problemas de comportamento (Professores $\alpha=0,89$; Pais $\alpha=0,84$) e competência acadêmica (Professores $\alpha=0,98$), além de apresentar correlações teste-reteste positivas e estatisticamente significativas para os escores globais das escalas de habilidades sociais (Estudantes $r=0,78$; Pais $r=0,69$; Professores $r=0,71$), problemas de comportamento (Pais $r=0,75$; Professores $r=0,80$) e competência acadêmica (Professores $r=0,73$) (FREITAS; DEL PRETTE, 2015).

Nesta pesquisa foram utilizados apenas os formulários para crianças e para professores. O formulário para crianças avalia as habilidades sociais, composto por 35 itens, os quais são avaliados por meio de uma escala tipo *Likert*, variando de 0 a 2 (0= nunca, 1= algumas vezes e 2= muito frequente). A escala é distribuída em seis fatores: responsabilidade, empatia, assertividade, autocontrole, civilidade e expressão de sentimento positivo (GRESHAM et al, 2016).

O formulário para professores avalia habilidades sociais, problemas de comportamento e competência acadêmica, possuindo assim três escalas. Porém, nesta pesquisa foi utilizada apenas a escala de habilidades sociais.

A Escala de Habilidades Sociais é composta com 30 itens que avaliam a importância e a frequência das habilidades sociais das crianças. Sobre a importância, a escala contém três alternativas de resposta enumeradas de 0 a 2 (0= não importante, 1= importante e 2= muito importante); para avaliar a frequência as alternativas são iguais as do formulário para as crianças. As análises fatoriais exploratórias e confirmatórias indicaram a presença de quatro fatores de habilidades sociais: Responsabilidade, Autocontrole, Assertividade/Desenvoltura Social e Cooperação/Afetividade (GRESHAM et al, 2016).

Para a identificação dos indicadores de Ansiedade Social foi utilizado o Inventário de Fobia Social (SPIN – *Social Phobia Inventory*). Vilete, Coutinho e Figueira (2004) realizaram um estudo sobre a confiabilidade da escala que demonstrou boa consistência interna (alfa de Cronbach igual a 0,88), boa confiabilidade teste-reteste e coeficiente de correlação intraclasse global estimado de 0,78, o que sugere uma boa confiabilidade da versão do questionário SPIN. O questionário SPIN foi validado no Brasil por Osório, Crippa e Loureiro, 2009. Neste estudo, a correlação dos itens com o

escore total variou entre 0,44 e 0,71, apresentando-se adequada, bem como boa consistência interna, que variou entre 0,71 e 0,90.

Este inventário ganha destaque pela facilidade e rapidez de aplicação, podendo ser utilizado como instrumento de rastreamento, e inclui em sua avaliação os sintomas fisiológicos associados à ansiedade social, que é um importante domínio relacionado ao transtorno (OSÓRIO; CRIPPA; LOUREIRO, 2005). O instrumento consiste de 17 itens pontuados em escala do tipo Likert. O indivíduo é solicitado a indicar o quanto as situações ou sintomas descritos o incomodaram na última semana, devendo este marcar uma entre as cinco opções de 0 a 4, que variam de -Nunca a -Extremamente. A pontuação total pode variar entre 0 e 68, sendo o seu ponto de corte igual ou acima de 20 (VILETE, 2002). Estes itens abordam três importantes critérios que definem a ansiedade social: o medo, a esquiva das situações e os sintomas de desconforto físico. Engloba tanto situações de desempenho quanto de interação social (VILETE; COUTINHO; FIGUEIRA, 2004).

4.2.3 Procedimento de coleta de dados

Após a aprovação do Comitê de Ética (número do parecer: 2.648.854) a pesquisa foi iniciada com assinatura da Carta de Autorização pelos(as) responsáveis pelas instituições onde o estudo foi realizado. Foram coletados também os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido assinados pelos responsáveis de cada participante, bem como os Termos de Assentimento Livre e Esclarecido assinados pelos jovens que colaboraram com a pesquisa. Diante destas autorizações as duas escalas foram aplicadas pela pesquisadora, previamente treinada. A coleta de dados foi realizada em grupo com o máximo de 6 pessoas em salas cedidas pelas próprias escolas.

4.3.4 Procedimento de análise dos dados

Os dados coletados foram analisados por meio de estatísticas descritivas e inferenciais com a utilização do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), em sua versão 20.0. Inicialmente, foi verificada a normalidade dos dados por meio do teste *Kolmogorov-Smirnov* para verificar se os dados eram procedentes de uma população com distribuição normal e, assim escolher se seriam utilizados testes paramétricos ou não-paramétricos nas demais análises.

Foram utilizadas análises estatísticas descritivas, em termos de médias e porcentagens, com a intenção de verificar as classes de habilidades sociais mais e menos frequentes na presença de indicadores de ansiedade social. Para verificar a prevalência de ansiedade social na amostra, foram utilizadas estatísticas descritivas, a partir do ponto de corte da escala SPIN.

Buscando atender ao objetivo geral do estudo, foi utilizada a Correlação de *Pearson* para os dados considerados com distribuição normal e a Correlação de *Spearman* para a distribuição não normal entre os escores do SSRS (habilidades sociais) e do SPIN (ansiedade social).

Para contemplar os objetivos específicos deste projeto, foi utilizada a análise de comparação ANOVA, apenas para o grupo com ansiedade social, entre os fatores da SSRS para identificar se houve diferença significativa entre as médias dos fatores das subescalas. Com o intuito de comparar os grupos com e sem indicadores de ansiedade social, bem como os grupos de meninos e menina foi utilizado o teste t de *Student* para as variáveis que apresentaram distribuição normal dos dados e as demais foram analisadas por meio do teste de *Mann-Whitney*. Em todas as análises estatísticas inferenciais, foi adotado um intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$).

4.3.5 Aspectos éticos

Seguindo a Resolução CNS nº 466/12, o projeto de pesquisa foi encaminhado para análise junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas e, após aprovação, seguiu suas devidas recomendações.

Os pais ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, formalizando a participação de seus filhos na pesquisa. Os participantes assinaram um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Não houve conflitos de interesse, nem mesmo qualquer tipo de patrocínio para o desenvolvimento do estudo.

Os dados coletados durante a pesquisa estão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da mestrandia pesquisadora no seguinte endereço: Av. Lourival Melo Mota, Cidade Universitária – AL, 57072-900, Universidade Federal de Alagoas, telefone (82) 3214-1336/99931-3920, e-mail mirellarodriguesnobre@hotmail.com, pelo período de 5 anos. Os dados da pesquisa serão divulgados, todavia, o sigilo dos participantes será garantido em qualquer meio de divulgação científica.

Não foram relatados incômodos ou possíveis riscos à saúde física e/ou mental causados ao participante durante o processo de coleta de dados.

A participação dos colaboradores beneficiou a pesquisa ao trazer os dados que necessários para uma análise e, posteriormente, poderão trazer benefício para avaliação e tratamento da Ansiedade Social.

5. RESULTADOS

Os resultados decorrentes das análises estão aqui apresentados em seis tópicos. No tópico 1 são encontrados os dados referentes à normalidade da distribuição, no item 2 a amostra é descrita em termos das seguintes variáveis: idade, sexo, ano escolar e escola. Em seguida, no tópico 3, a amostra é caracterizada de acordo com a ansiedade social, sendo apresentados dois grupos (com e sem indicadores de ansiedade social). Esses dados foram coletados com o Inventário de Ansiedade Social (SPIN) e os grupos designados a partir do seu ponto de corte relatado no tópico.

No item 4, a amostra é caracterizada de acordo com o repertório de habilidades sociais avaliadas nesta pesquisa com o uso das subescalas para crianças e professores do Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças (SSRS). Este tópico divide-se em: 4.1 descreve a análise do escore por item do grupo com indicadores de ansiedade social e o 4.2 apresenta a análise ANOVA das subescalas utilizadas. No tópico 5 são encontradas as correlações existentes entre as duas variáveis estudadas na amostra geral (5.1) e no grupo com indicadores de ansiedade social (5.2). Por fim, o tópico 6 apresenta o estudo de comparação do repertório de habilidades sociais entre os grupos com e sem indicadores de ansiedade social (6.1), além de uma comparação entre os sexos dos participantes com relação ao repertório de habilidades sociais (6.2) e com relação do escore global da SPIN (6.3).

5.1 Normalidade da distribuição

Com o intuito de determinar o uso de testes paramétricos ou não-paramétricos nas análises do presente estudo, foi realizado o teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* com os escores globais e as subescalas do SSRS e os escores globais do SPIN. A normalidade das distribuições foi considerada normal diante de um valor de p maior ou igual a 0,05, nos quais foram utilizados testes paramétricos (Correlação de *Pearson* e teste t de *Student* para comparação). No entanto, quando encontrado o valor de p menor que 0,05 a distribuição foi classificada nos resultados como não normal e as análises foram submetidas a testes não-paramétricos (Correlação de *Spearman* e *Mann-Whitney* para análises de comparação).

A tabela 3 apresenta os dados da amostra geral referentes a normalidade da distribuição das escalas utilizadas no presente estudo.

Tabela 3 - Normalidade da distribuição – SSRS Crianças, SSRS professores e SPIN (Amostra Geral)

Instrumentos	Fatores/Escore Global	K-S	p
SSRS Crianças	F1 (empatia/afetividade)	1,726	0,005
	F2 (responsabilidade)	2,441	0,000
	F3 (autocontrole/civilidade)	1,315*	0,063
	F4 (assertividade)	1,605	0,012
	Escore global	0,884*	0,416
SSRS Professores	F1 (responsabilidade)	2,328	0,000
	F2 (autocontrole)	1,381	0,044
	F3 (assertividade/desenvoltura social)	1,477	0,026
	F4 (cooperação/afetividade)	1,970	0,001
	Escore global	1,384	0,043
SPIN	Escore global	0,912*	0,376

Diante dos dados apresentados na tabela foi possível observar que apenas o escore global da SSRS para crianças e o fator 3 (responsabilidade) foram considerados normais nesta amostra. Na análise destes dados foi levada em consideração a normalidade do escore global, sendo assim utilizados testes paramétricos nas análises subsequentes. Não houve distribuição normal para os dados da SSRS – professores, portanto para as análises destes dados descritas a seguir foram utilizados testes não-paramétricos. Avaliando o escore global da SPIN, foi possível observar que o mesmo possui uma distribuição normal, portanto os testes utilizados para as análises destes dados foram paramétricos.

Na tabela 4 são encontrados os dados referentes à normalidade da distribuição apenas do grupo que apresenta indicadores de ansiedade social. Este grupo foi formado a partir da análise do ponto de corte da SPIN, indicado como 20 pela autora Vilete, 2002. A divisão dos grupos com e sem indicadores de ansiedade social será caracterizada no tópico 3.

Tabela 4 - Normalidade da distribuição – SSRS Crianças, SSRS professores e SPIN (Grupo com ansiedade social)

Instrumentos	Fatores/Escore Global	K-S	p
SSRS Crianças	F1 (empatia/afetividade)	1,443	0,031
	F2 (responsabilidade)	1,636	0,009
	F3 (autocontrole/civilidade)	1,232*	0,096

	F4 (assertividade)	1,359*	0,050
	Escore global	0,890*	0,406
SSRS	F1 (responsabilidade)	2,033	0,001
Professores	F2 (autocontrole)	0,932*	0,350
	F3 (assertividade/desenvoltura social)	1,265*	0,081
	F4 (cooperação/afetividade)	1,722	0,005
	Escore global	1,055*	0,215
SPIN	Escore global	1,653	0,008

Os dados considerados com distribuição normal na análise desta tabela diante da subescala SSRS Crianças foram: escore global, fator 3 (autocontrole/civilidade), fator 4 (assertividade). Para a subescala Professores os dados normais foram: escore global, fator 2 (autocontrole), fator 3 (assertividade/desenvoltura social). Para a escala SPIN, o escore global apresentou distribuição não normal, sendo utilizados testes não paramétricos nas análises desta amostra e testes paramétricos para as análises dos dados com distribuição normal.

5.2 Descrição da amostra de participantes

A amostra do estudo foi composta por 191 participantes, no entanto os dados de 4 participantes foram considerados inválidos pela recorrência de respostas ambíguas em suas escalas, totalizando 187 participantes nas descrições dos dados. A Tabela 5 apresenta as características sociodemográficas dos participantes.

Tabela 5 - Características sociodemográficas dos participantes (N=187)

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Média (DP)
Idade	10	105	56,1	10,68 (0,888)
	11	45	24,1	
	12	29	15,5	
	13	8	4,3	
Sexo	Feminino	84	44,9	
	Masculino	103	55,1	
Ano Escolar	Terceiro ano	16	8,6	
	Quarto ano	17	9,1	
	Quinto ano	101	54	
	Turma Se Liga	5	2,7	
	Turma Acelerada	48	25,7	

Escola	Escola 1	83	44,4
	Escola 2	104	55,6

A idade mais recorrente entre os participantes foi 10 anos (56,1%), com média de 10,68 e desvio padrão de 0,888, as idades variaram do mínimo de 10 e máximo de 13. A maioria dos jovens é do sexo masculino (55,1%) e estudantes do quinto ano do ensino fundamental (54%). É válido destacar que as turmas descritas como –Se Ligall e –Acelerall correspondem ao conteúdo escolar do terceiro ano do ensino fundamental, são nomenclaturas definidas pelo órgão que administra as escolas municipais da cidade de Maceió. 55,6% dos alunos foram da escola 2, sendo as duas instituições públicas.

5.3 Caracterização do Transtorno de Ansiedade Social (AS) na amostra

A partir dos escores encontrados no Inventário de Fobia Social (SPIN) foram designados os grupos com e sem indicadores de AS, a partir do ponto de corte igual ou acima de 20 (VILETE, 2002). Na tabela 6 serão apresentados os dados da amostra geral de participantes, que para esta classificação será apresentada com N = 186 (um inventário foi desconsiderado por apresentar respostas inválidas).

Tabela 6 - Prevalência de indicadores de Ansiedade Social (N=186).

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Com indicadores de AS	103	55,4
Sem indicadores de AS	83	44,6

Os critérios diagnósticos da SPIN foram considerados para distribuir a amostra em dois grupos: com e sem indicadores de ansiedade social. Mais da metade dos participantes (55,4%) foi classificado com indicadores de ansiedade social.

5.4 Caracterização do Repertório de Habilidades Sociais

Para a avaliação do repertório de habilidades sociais foram utilizadas duas escalas do SSRS – crianças e professores – do Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças (SSRS) (GRESHAM et al, 2016). As duas escalas fornecem dados sobre a frequência com que os participantes apresentam os comportamentos esperados nas interações sociais.

A seguir são descritas nas tabelas 7 e 8 as médias e desvios-padrão, em ordem decrescente, dos itens das duas escalas do grupo com indicadores de ansiedade social. Será considerado N = 98 para o SSRS Crianças e N = 87 para o SSRS Professores.

5.5 Análise do escore por item do grupo com indicadores de Ansiedade Social

A avaliação da frequência dos itens das escalas de forma individual, do grupo com indicadores de ansiedade social, teve como intuito inferir sobre quais itens de habilidades sociais específicas os participantes apresentam maior ou menor pontuação. As tabelas 7 e 8 apresentam as médias e desvios-padrão para cada item das duas escalas (SSRS Crianças e SSRS Professores). As médias serão apresentadas em ordem decrescente, sendo assim os primeiros itens os mais frequentes nas respostas dos participantes.

- **SSRS Crianças**

Tabela 7 - Médias e desvios-padrão dos escores dos itens do SSRS (crianças) do grupo com indicadores de AS

Item	Média (DP)
15. Eu sigo as instruções do(a) professor(a).	1,59 (0,603)
12. Eu digo coisas boas para os outros quando eles fazem alguma coisa bem feita.	1,55 (0,622)
13. Eu presto atenção no(a) professor(a) quando ele(a) está ensinando uma lição.	1,53 (0,609)
10. Eu demonstro que gosto de elogios e cumprimentos de amigos.	1,47 (0,671)
9. Eu demonstro ou digo aos meus amigos que gosto deles.	1,40 (0,721)
18. Eu peço a meus colegas para entrar na brincadeira ou no jogo.	1,38 (0,702)
5. Eu deixo minha carteira limpa e arrumada.	1,36 (0,765)
8. Eu questiono de forma educada as regras que acho injustas.	1,33 (0,665)
14. Eu termino minha atividade em classe no tempo estabelecido.	1,32 (0,616)
6. Eu faço minhas tarefas de casa no tempo estabelecido.	1,30 (0,654)
19. Eu uso um tom de voz adequado nas discussões de classe.	1,29 (0,695)

1. Eu peço antes de usar as coisas das outras pessoas.	1,27 (0,769)
16. Eu tento entender como meus amigos se sentem quando estão zangados, aborrecidos ou tristes.	1,27 (0,692)
20. Eu peço a adultos para me ajudarem quando outras crianças tentam me bater ou me empurram.	1,22 (0,766)
11. Eu evito fazer coisas com outras pessoas que podem me trazer problemas com os adultos.	1,17 (0,837)
2. Eu ignoro os colegas de classe que ficam fazendo gozações.	1,12 (0,771)
17. Eu peço a meus amigos para me ajudarem com meus problemas.	1,05 (0,705)
4. Eu discordo de adultos de modo apropriado, ou seja, sem briga ou discussão.	0,91 (0,818)
3. Eu digo para os outros quando estou chateado(a) com eles.	0,86 (0,793)
7. Eu digo meu nome às pessoas sem esperar que me perguntem.	0,52 (0,754)

Houve uma variação das médias dos itens com mínima de 0,52 e máxima 1,59. O item 15 (Eu sigo as instruções do professor) obteve maior pontuação entre as médias apresentadas, indicando que diante do autorrelato dos participantes, eles apresentam indicadores para a classe de responsabilidade. Por outro lado, o item 7 (eu digo meu nome às pessoas sem esperar que me perguntem) apresentou a menor média, inferindo uma baixa frequência de comportamentos assertivos, o que corrobora com os resultados das médias encontradas na análise ANOVA para as subescalas da SSRS Crianças que será descrita neste capítulo dos resultados.

- **SSRS Professores**

Tabela 8 - Médias e desvios-padrão dos escores dos itens do SSRS (professores) do grupo com indicadores de AS

Item	Média (DP)
14. Guarda o material ou objetos escolares.	1,98 (1,154)
22. Se dá bem com as pessoas que são diferentes.	1,84 (0,368)
20. Mantém a carteira limpa e arrumada	1,75 (0,461)

sem que alguém precise lembrá-lo(a).

21. Presta atenção a suas instruções.	1,72 (0,478)
13. Segue suas instruções.	1,67 (0,496)
7. Faz amigos facilmente.	1,60 (0,578)
12. Aceita ideias dos colegas em atividades grupais.	1,50 (0,503)
6. Termina as tarefas de classe no tempo estabelecido.	1,41 (0,705)
16. Ajuda voluntariamente os colegas nas tarefas de classe.	1,40 (1,246)
10. Faz corretamente as tarefas escolares.	1,38 (0,683)
15. Cooperar com os colegas sem ter que lhe pedir.	1,38 (0,649)
1. Controla irritação em situações de conflito com colegas.	1,30 (0,761)
17. Junta-se a um grupo ou atividade em curso sem que lhe peçam.	1,27 (0,656)
11. Defende-se verbalmente quando acha que você o(a) tratou de forma injusta.	1,22 (0,765)
9. Controla irritação em situações de conflito com adultos.	1,20 (0,745)
5. Diz coisas boas sobre si mesmo(a) quando a situação é apropriada.	1,18 (0,736)
2. Apresenta-se a novas pessoas sem precisar mandar.	1,14 (0,664)
4. Reage de forma apropriada à pressão dos colegas.	1,14 (0,681)
19. Ignora distrações dos colegas durante as tarefas de classe.	1,13 (0,658)
18. Responde de forma apropriada quando é empurrado ou provocado por outras crianças.	1,10 (0,662)
8. Responde apropriadamente a gozações dos colegas.	1,07 (0,708)
3. Questiona de forma educada as regras que considera injustas.	0,97 (0,702)

A variação das médias apresentou a mínima de 0,97 e máxima de 1,98. O item com a maior média foi o 14 (Guarda material ou objetos escolares), sendo apresentado também no relato dos professores a maior média na classe de responsabilidade, havendo concordância com os dados do autorrelato dos alunos. O item 3 (Questiona de forma educada as regras que considera justas) foi o que obteve a menor média, indicando que

os professores avaliaram os alunos como menos assertivos, o que pode ser confirmado na análise de comparação ANOVA apresentada a seguir.

5.6 Análise ANOVA subescalas – SSSRS

No grupo de crianças com ansiedade social, foi realizada a análise de comparação ANOVA entre os fatores do instrumento SSRS para crianças ($F = 88,46$ e $p = 0,00$) e para professores ($F = 225,33$ e $p = 0,00$) com o intuito de verificar se houve diferença significativa entre as médias dos fatores das subescalas. Os dados foram considerados significativos para os valores de $p < 0,05$.

- **Análise ANOVA - SSRS Crianças**

Tabela 9 - Comparação entre fatores – SSRS Crianças

Fatores		Diferença Média (Modelo padrão)
F1 (empatia/afetividade)	F2 (responsabilidade)	-0,19 (0,229)
	F3 (autocontrole/civilidade)	-0,19 (0,275)
	F4 (assertividade)	3,388* (0,222)
F2 (responsabilidade)	F1 (empatia/afetividade)	0,19 (0,229)
	F3 (autocontrole/civilidade)	0,00 (0,260)
	F4 (assertividade)	3,408* (0,258)
F3 (autocontrole/civilidade)	F1 (empatia/afetividade)	0,19 (0,275)
	F2 (responsabilidade)	0,00 (0,260)
	F4 (assertividade)	3,408* (0,258)
F4 (assertividade)	F1 (empatia/afetividade)	-3,388* (0,222)
	F2 (responsabilidade)	-3,408* (0,258)
	F3 (autocontrole/civilidade)	-3,408* (0,306)

Considerado $p < 0,05$.

Os resultados encontrados na tabela 9 apontam que a média do fator 4 (assertividade) se diferenciou de forma significativa dos outros três fatores (F1 – empatia/afetividade, F2 – Responsabilidade F3 - autocontrole/civilidade). Diante da análise ANOVA foi encontrado $F = 88,046$ ($p = 0,00$).

Na tabela 10 foram observadas as médias dos fatores e foi indicado qual o mais frequente no grupo com ansiedade social.

Tabela 10 - Média e desvios-padrão dos fatores da subescala SSRS Crianças

Subescalas – SSRS crianças	Média (dp)
F1 (empatia/afetividade)	7,039 (0,185)

F2 (responsabilidade)	7,058 (0,216)
F3 (autocontrole/civilidade)	7,058 (0,234)
F4 (assertividade)	3,650 (0,193)

Avaliando as médias dos fatores apresentados na tabela acima, foi encontrado que a menor média é a do fator 4 (assertividade), indicando que esta foi a classe de habilidades sociais menos recorrente nos resultados da SSRS Crianças. Os participantes classificaram-se então como mais empáticos, responsáveis e com melhor autocontrole do que assertivos.

- **Análise ANOVA - SSRS Professores**

Tabela 11 - Comparação entre fatores – SSRS Professores

Fatores		Diferença Média (Modelo padrão)
F1 (responsabilidade)	F2 (autocontrole)	-0,352 (0,298)
	F3 (assertividade/desenvoltura social)	3,795* (0,291)
	F4 (cooperação/afetividade)	5,852* (0,251)
F2 (autocontrole)	F1 (responsabilidade)	0,352 (0,298)
	F3 (assertividade/desenvoltura social)	4,148* (0,316)
	F4 (cooperação/afetividade)	6,205* (0,295)
F3 (assertividade/desenvoltura social)	F1 (responsabilidade)	-3,795* (0,291)
	F2 (autocontrole)	-4,148* (0,316)
	F4 (cooperação/afetividade)	2,057* (0,244)
F4 (cooperação/afetividade)	F1 (responsabilidade)	-5,852* (0,251)
	F2 (autocontrole)	-6,205* (0,295)
	F3 (assertividade/desenvoltura social)	-2,057* (0,244)

Considerado $p < 0,05$.

As médias apresentadas pelos fatores 3 (Assertividade/ Desenvoltura social) e 4 (Cooperação/ Afetividade) se diferenciaram de forma significativa dos outros dois fatores (F1 – Responsabilidade e F2 – Autocontrole) e entre si. O valor $F = 228,73$ ($p = 0,00$). As médias foram avaliadas na tabela 12.

Tabela 12 - Média e desvios-padrão dos fatores da subescala SSRS professores

Subescalas – SSRS Professores	Média (dp)
F1 (responsabilidade)	9,898 (0,284)
F2 (autocontrole)	10,250 (0,318)

F3 (assertividade/desenvoltura social)	6,102 (0,255)
F4 (cooperação/afetividade)	4,045 (0,219)

O fator 4 (cooperação/afetividade) foi o que obteve a menor média, podendo-se afirmar que os professores avaliaram os alunos como menos cooperativos e afetivos se comparados com os outros fatores. Em seguida, o fator 3 (assertividade/desenvoltura social) também foi avaliado como um fator menos frequente quando comparado com a responsabilidade e autocontrole.

Os alunos e os professores concordam em seus resultados quando se trata da assertividade comparada com a responsabilidade e o autocontrole. Os dois grupos avaliaram que os alunos são menos assertivos.

5.7 Relação entre indicadores de Ansiedade Social e Habilidades Sociais

As tabelas 13 e 14 apresentam as correlações e os níveis de significância entre as Escalas Globais da SPIN e da SSRS e as subescalas SSRS utilizadas para avaliação de ansiedade social e habilidades sociais, respectivamente, das crianças participantes do estudo.

5.7.1 Amostra Geral

Tabela 13 - *Correlação de Pearson – SPIN e SSRS Crianças e Correlação de Spearman – SPIN e SSRS Professores*

		SSRS Crianças				
		F1	F2	F3	F4	Score Global
SPIN Global	Correlação de Pearson	- 0,214*	- 0,125	0,066	0,037	- 0,079
		SSRS Professores				
		F1	F2	F3	F4	Score Global
SPIN Global	Correlação de Spearman	0,026	- 0,015	0,35	- 0,63	0,006

Considerado $p < 0,05$.

Diante dos dados analisados da amostra geral, observou-se que houve correlação negativa significativa ($r = - 0,214$; $p = 0,003$) entre o Fator 1 da SSRS Crianças (empatia/afetividade) e o escore global da SPIN.

Os outros fatores (F2, F3 e F4) e o escore global da SSRS Crianças não apresentaram correlações significativas com a SPIN global. Todos os fatores e o escore global da SSRS Professores também não apresentaram correlações significativas com o escore global da SPIN.

5.7.2 Amostra com indicadores de Ansiedade Social

Tabela 14 - Correlação de Pearson – SPIN e SSRS Crianças e Correlação de Spearman – SPIN e SSRS Professores

		SSRS Crianças				
		F1	F2	F3	F4	Escore Global
SPIN Global	Correlação de Pearson	- 0,220*	- 0,022	- 0,041	0,129	- 0,056
		SSRS Professores				
		F1	F2	F3	F4	Escore Global
SPIN Global	Correlação de Spearman	- 0,149	- 0,159	- 0,128	- 0,235*	- 0,189

Considerado $p < 0,05$.

Com a amostra do grupo que apresenta indicadores de ansiedade social, para a SSRS Crianças destaca-se que o Fator 1 (empatia/afetividade) apresentou correlação negativa significativa ($r = - 0,220$; $p = 0,02$) com o escore global da SPIN. O escore global e os outros fatores da SSRS (fator 2, fator 3 e fator 4) não apresentaram correlações significativas com o escore global da SPIN.

Diante da subescala SSRS Professores, foi observada a correlação negativa significativa ($\rho = - 0,235$; $p = 0,02$) entre o Fator 4 (cooperação/afetividade) e o escore global da SPIN. O escore global e os outros fatores da SSRS (fator 1, fator 2 e fator 3) não apresentaram correlações significativas com o escore global da SPIN.

5.8 Análises de comparação

Para realizar as análises de comparação do repertório de habilidades sociais entre os grupos com e sem indicadores de ansiedade social e de comparação entre os sexos, foi utilizado o teste paramétrico *t* de *Student* diante dos dados que apresentaram distribuição normal, os demais foram analisados por meio do teste não paramétrico de *Mann-Whitney*.

5.8.1 Comparação do repertório de habilidades sociais entre os grupos com e sem indicadores de ansiedade social

Tabela 15 - Comparação dos grupos com e sem indicadores de ansiedade social em relação aos escores global e fatoriais do SSRS Crianças

Subescalas	Grupos	Médias (DP)	Estatísticas
F1 (empatia/afetividade)	Com indicadores de AS	7,0388 (1,873)	$t = -1,47$
	Sem indicadores de AS	7,4458 (1,882)	
F2 (responsabilidade)	Com indicadores de AS	7,0583 (2,195)	$t = -2,014^*$
	Sem indicadores de AS	7,6867 (2,011)	
F3 (autocontrole/civilidade)	Com indicadores de AS	7,0583 (2,379)	$t = 1,143$
	Sem indicadores de AS	6,6386 (2,320)	
F4 (assertividade)	Com indicadores de AS	3,6505 (1,958)	$t = -0,400$
	Sem indicadores de AS	3,7590 (1,679)	
Escore global	Com indicadores de AS	24,805 (5,443)	$t = -0,884$
	Sem indicadores de AS	25,530 (5,694)	

Considerado $p < 0,05$.

Observando as médias dos grupos com e sem indicadores de ansiedade social, constata-se que houve diferença significativa apenas no fator 2 (responsabilidade) ($t = -2,014$; $p = 0,04$), sendo que o grupo com ansiedade social apresentou menor frequência dessa habilidade. Na comparação entre os grupos nos outros fatores e no escore global não houve diferença significativa entre as médias.

Tabela 16 - Comparação dos grupos com e sem indicadores de ansiedade social em relação aos escores global e fatoriais do SSRS Professores

Subescalas	Grupos	Posto médio	Estatísticas
F1 (responsabilidade)	Com indicadores de AS	85,58	$u = 2897,0$
	Sem indicadores de AS	76,65	
F2 (autocontrole)	Com indicadores de AS	84,34	$u = 3094,0$
	Sem indicadores de AS	79,25	
F3 (assertividade/desenvoltura social)	Com indicadores de AS	86,56	$u = 2898,5$
	Sem indicadores de AS	76,65	
F4 (cooperação/afetividade)	Com indicadores de AS	83,22	$u = 3192,5$
	Sem indicadores de AS	80,57	
Escore global	Com indicadores de AS	85,60	$u = 2895,0$
	Sem indicadores de AS	76,63	

Considerado $p < 0,05$.

No escore global e nos fatores da SSRS professores não houve diferença significativa entre os postos médios comparando-se os grupos com e sem indicadores de ansiedade social. Todos os valores de p das análises apresentados na Tabela 16 foram maiores que 0,05.

5.8.2 Comparação entre os sexos dos participantes com relação ao repertório de habilidades sociais

Tabela 17 - Comparação entre os sexos no grupo com indicadores de ansiedade social em relação aos escores global e fatoriais do SSRS Crianças

Subescalas	Grupos	Médias (DP)	Estatísticas
F1 (empatia/afetividade)	Masculino	6,750 (1,845)	t = -1,592
	Feminino	7,333 (1,872)	
F2 (responsabilidade)	Masculino	6,673 (2,357)	t = -1,818
	Feminino	7,451 (1,962)	
F3 (autocontrole/civilidade)	Masculino	7,076 (2,527)	t = 0,80
	Feminino	7,039 (2,244)	
F4 (assertividade)	Masculino	3,307 (1,985)	t = -1,813
	Feminino	4,000 (1,886)	
Escore global	Masculino	23,807 (5,770)	t = -1,903
	Feminino	25,823 (4,938)	

Considerado $p < 0,05$.

Não houve diferenças significativas entre os grupos de meninos e meninas com relação às habilidades sociais avaliadas pelos fatores e escore global da SSRS Crianças. Todos os valores de p das análises apresentados na Tabela 17 foram maiores que 0,05.

Tabela 18 - Comparação entre os sexos no grupo com indicadores de ansiedade social em relação aos escores global e fatoriais do SSRS Professores

Subescalas	Grupos	Médias (DP)	Estatísticas
F1 (responsabilidade)	Masculino	9,95 (2,72)	t = 0,481
	Feminino	9,83 (2,63)	
F2 (autocontrole)	Masculino	10,4 (3,143)	t = -0,231
	Feminino	10,09 (2,82)	
F3 (assertividade/desenvoltura social)	Masculino	6,04 (2,40)	t = 0,409
	Feminino	6,16 (2,40)	
F4 (cooperação/afetividade)	Masculino	4,13 (2,14)	t = 0,207
	Feminino	3,95 (1,96)	
Escore global	Masculino	30,53 (8,29)	t = 0,290

Feminino 30,04 (7,38)

Considerado $p < 0,05$.

Não foram constatadas diferenças significativas entre os grupos de meninos e meninas com relação às habilidades sociais avaliadas pelos fatores e escore global da SSRS Professores. Os valores de p das análises apresentados na tabela 18 foram maiores que 0,05.

5.8.3 Comparação entre os sexos dos participantes com relação ao escore global da SPIN

Tabela 19 - *Comparação entre os sexos da amostra com indicadores de ansiedade social em relação ao escore global da SPIN.*

Escalas	Grupos	Posto médio	Estatísticas
SPIN Global	Meninos	51,46	u = 1298,00
	Meninas	52,55	

Considerado $p < 0,05$.

Diferenças significativas não foram encontradas entre os grupos de meninos e meninas com relação à ansiedade social avaliada através escore global da SPIN ($p = 0,853$).

6 DISCUSSÃO

No presente estudo foi verificada a relação entre classes de habilidades sociais específicas avaliadas pelas escalas para crianças e professores do Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças (SSRS) e os indicadores de ansiedade social na infância encontrados por meio do Inventário de Ansiedade Social (SPIN). A Discussão será apresentada a partir dos tópicos dos resultados, seguindo a mesma sequência.

Inicialmente serão discutidos os dados relatados na descrição da amostra de participantes. Em seguida a discussão será acerca da caracterização dos participantes quanto a ansiedade social (AS), sendo apresentados os dois grupos com e sem indicadores de AS. O repertório de habilidades sociais será discutido em seguida diante de uma análise dos escores por item do grupo com indicadores de ansiedade social e da análise ANOVA das subescalas do SSRS. Adiante, serão discutidas as correlações entre as variáveis ansiedade social e habilidades sociais na amostra geral, bem como no grupo com indicadores de ansiedade social. No último tópico serão colocadas em discussão as análises de comparação do repertório de habilidades sociais nos grupos com e sem indicadores de AS, além da comparação entre os sexos feita a partir dos resultados das escalas SSRS e SPIN.

Algumas características da amostra de participantes são válidas de serem destacadas. A maioria dos participantes desta pesquisa foi do sexo masculino (55,1%), podendo demonstrar uma maior predominância deste gênero nas turmas pesquisadas. A média de idade da amostra foi de 10,68 ($dp = 0,88$), sendo todos os alunos estudantes do ensino fundamental de escolas públicas. Em comparação com as pesquisas realizadas no Brasil sobre a temática nos últimos anos, é possível perceber pontos semelhantes entre as amostras, pois também foram realizadas com estudantes do ensino fundamental de escolas públicas (FERNANDES; TERRA, 2008; FREITAS; PORFÍRIO; BUARQUE, 2018), diferenciando apenas a primeira pesquisa realizada em 2008, na qual participaram também jovens do ensino médio, além de alunos de uma escola particular. A média de idade da pesquisa mais recente de Freitas et al. (2018), realizada na mesma cidade do presente estudo, foi de 10,86 ($dp = 1,01$).

A partir da caracterização da ansiedade social da amostra desta pesquisa, foram criados dois grupos: com indicadores de ansiedade social (55,4%) e sem indicadores de ansiedade social (44,6%). Esses dados foram encontrados de acordo com o ponto de

corde da SPIN (igual ou maior que 20) segundo o estudo de validação da escala no Brasil (VILETE, 2002). Nas pesquisas sobre ansiedade, encontradas na literatura brasileira com crianças e adolescentes, D'El Rey, Pacini e Chavira (2006), Fernandes e Terra (2008) e Magalhães (2017), a prevalência de sintomas de ansiedade social foi de 7,8%, 23,1% e 48,8%, respectivamente.

As três pesquisas citadas utilizaram a mesma escala (SPIN) para realizar a avaliação da ansiedade social, porém quando comparados com o estudo apresentado nesta dissertação, as porcentagens de prevalência para a ansiedade social são menores. Esta diferença pode ser explicada pela faixa etária das amostras. Do primeiro estudo participaram alunos de 10 a 18 anos, do segundo estudo alunos entre 10 a 17 anos e do terceiro apenas alunos do 9º ano do ensino particular e do 1º e 2º anos do ensino médio, podendo-se observar que a faixa etária foi estendida para alunos mais velhos, quando comparada à amostra do presente estudo. É possível justificar ainda esta diferença pelo contexto social das regiões onde foram realizadas as pesquisas, Sudeste e Sul. O presente estudo foi realizado na região Nordeste (Maceió).

Os bairros onde estavam localizadas as escolas apresentam vulnerabilidade social devido a altas taxas de violência. A questão do contexto também é trazida pela pesquisa de Caíres e Shinohara (2010), na qual as autoras afirmam que crianças que vivem em situação socioeconômica de vulnerabilidade podem ter níveis maiores de ansiedade.

A prevalência de ansiedade social está mais próxima à porcentagem encontrada no estudo de Magalhães (2017). Esta aproximação justifica-se pela participação nos estudos apenas de estudantes da rede pública, D'El Rey et al. (2006) realizaram a pesquisa com estudantes de uma escola particular e Fernandes e Terra (2008) contaram com a participação de estudantes de uma escola pública e uma particular na cidade de Porto Alegre.

A vida cotidiana das crianças, frequentemente, pode sofrer influência da ansiedade. Esta emoção as impede de desfrutar de atividades com amigos (OLLENDICK; HIRSHFELD-BECKER, 2002), nas quais eles poderiam desenvolver a habilidade de fazer amizades, autocontrole e expressividade emocional, habilidades de civilidade, empatia, assertividade e solução de problemas interpessoais, que são habilidades sociais relevantes na infância (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013).

Desenvolver habilidades sociais na infância é entendido como um fator de proteção para o surgimento de dificuldades de aprendizagem, comportamentos

antissociais e alguns transtornos, como o de ansiedade social (GONÇALVES; MURTA, 2008). Segundo estes autores, crianças e adolescentes alcançam reforçadores sociais relevantes como amizades, respeito e uma convivência social mais agradável quando é apresentado um repertório comportamental socialmente habilidoso. Para além disto, os jovens que apresentam habilidades sociais junto a seus pares são beneficiados, uma vez que eles desenvolvem importantes habilidades relacionadas à socialização e à intimidade, aprendem a cooperar, chegam a aumentar o nível de motivação para realizar suas tarefas e adquirem um melhor senso de identidade (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A alta incidência de déficits em habilidades sociais, como as relatadas acima, tende a intensificar o quadro de ansiedade social em paciente com este diagnóstico (D'EL REY et al., 2006). Este transtorno de ansiedade está associado a importantes prejuízos no decorrer do desenvolvimento humano durante a fase da infância e adolescência. Quando não há um tratamento adequado, os jovens tendem a não conseguir atingir um nível de funcionamento esperado (D'EL REY et al., 2006; ISOLAN; PHEULA; MANFRO, 2006).

Não intervir em casos de diagnóstico do transtorno de ansiedade social, ou o não tratamento dos sintomas, pode ocasionar prejuízos funcionais, cognitivos e comportamentais graves, além de superlotar os serviços de saúde, tendo em vista que a melhora não se dá de forma espontânea em boa parte dos casos (SORSDAHL et al., 2013; GONÇALVES et al., 2014). Portanto, estas altas taxas de ansiedade encontradas neste estudo vêm a indicar um alerta para os profissionais da área que trabalham com este público na cidade de Maceió – AL.

Pesquisas internacionais apresentam dados de indicadores de ansiedade social em suas amostras clínicas iguais ou superiores a 50% (HALLS, et al., 2015; MIERS et al., 2009), destacando-se o primeiro estudo referenciado no qual foi encontrado que 64,9% das crianças participantes preencheram os critérios diagnósticos para o Transtorno de Ansiedade Social (HALLS, et al., 2015). Estes altos índices deste tipo de ansiedade encontrados nas pesquisas podem ser justificados através de estudos que descrevem o aparecimento deste transtorno durante a adolescência, fase em que os participantes das pesquisas, incluindo os do presente estudo, estavam no momento das coletas dos dados (MAGEE; EATON; WITTCHEN; MCGONAGLE; KESSLER, 1996; PATEL; KNAPP; HENDERSON; BALDWIN, 2002; RAPEE; SPENCE, 2004). É nessa fase que surgem as cobranças nas interações sociais e o medo da avaliação negativa, sintoma característico da ansiedade social (WEEMS; COSTA, 2005; WESTENBERG;

GULLONE; BOKHORST; HEYNE; KING, 2007). Ressalta-se que o presente estudo não foi realizado com amostra clínica.

O repertório de habilidades sociais foi caracterizado nos resultados a partir dos itens das escalas de crianças e professores do SSRS e de uma análise ANOVA intragrupo para o grupo com indicadores de ansiedade social. Os dados dessas análises para a escala de crianças demonstraram que os participantes com indicadores de ansiedade social apresentaram um melhor desempenho nas classes de responsabilidade, autocontrole e empatia, e menor frequência de comportamentos assertivos.

Diante das escalas dos professores as crianças foram avaliadas com melhor desempenho nas classes de autocontrole, responsabilidade e assertividade, sendo que comportamentos de cooperação foram tidos como menos frequentes. Crianças e professores concordam em seus resultados quanto a assertividade, a responsabilidade e ao autocontrole, ou seja, as duas escalas demonstraram que os participantes socialmente ansiosos tendem a apresentar menor frequência de comportamentos assertivos. Ressalta-se que esses resultados foram encontrados em uma análise intragrupo, apenas para participantes com indicadores de AS, com o objetivo de identificar os pontos fortes e fracos de seu repertório de habilidades sociais. A seguir serão discutidos os resultados relacionados especificamente a cada classe de habilidades sociais.

Esse repertório de responsabilidade encontrado nas crianças ansiosas é colocado por Kendall, Krain e Treadwell (1999) como uma distorção diante dos pensamentos e comportamentos excessivos que os jovens ansiosos apresentam quanto ao perfeccionismo, à pontualidade, à preocupação com saúde e segurança, além de eventos catastróficos mundiais (tais como: guerras ou desastres naturais) (VIANNA et al., 2009) e situação financeira familiar e futuro (LAYNE; BERNART; VICTOS; BERNSTEIN, 2008). Estas preocupações demasiadas das crianças e adolescentes dificultam o diagnóstico precoce de um transtorno de ansiedade, uma vez que os adultos valorizam estes pensamentos e comportamentos distorcendo estes sintomas como sendo um senso de responsabilidade, como colocado acima (KENDALL; KRAIN; TREADWELL, 1999).

A classe de responsabilidade pode ser também considerada como parte da descrição dos autores Del Prette e Del Prette (2013) das classes de habilidades sociais acadêmicas em termos de seguir regras, prestar atenção, orientar-se para tarefa ignorando interrupções de colegas, buscar aprovação por desempenho realizado e atender pedidos. De acordo com estes autores as habilidades sociais acadêmicas foram

desenvolvidas e estudadas a partir de pesquisas que indicaram uma relação positiva entre a competência social e o rendimento escolar, além da constatação das demandas sociais que podem ser encontradas no processo de ensino-aprendizagem do aluno.

O autocontrole e a cooperação também podem ser encontrados em algumas classes de habilidades sociais acadêmicas: aguardar sua vez para falar (autocontrole) e cooperar com outros jovens ou com adultos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013). Em contextos de interações entre pares os jovens praticam cooperação, afirmação, empatia e habilidades de autocontrole. Essas habilidades sociais podem contribuir para um funcionamento eficaz, permitindo que os jovens interajam com outros e evitem respostas socialmente indesejáveis (GRESHAM; ELLIOT, 1990; MOTOCA; WILLIAMS; SILVERMAN, 2012).

Özbay & Palancı (2001), citados por Ates (2016), afirmam que a intensa preocupação dos jovens ansiosos socialmente com as críticas e julgamentos sociais, é um fator que contribui para o aparecimento de comportamentos de autocontrole e para o aumento do medo de ser rejeitado ou humilhado. Esta colocação vem a justificar o resultado encontrado pela avaliação do repertório de habilidades sociais das crianças com indicadores de ansiedade social do presente estudo, o qual apresenta um alto grau de comportamentos de autocontrole.

Esta associação pode ser confirmada na descrição de Gresham e Elliott, (1990) de que a classe de autocontrole diz respeito a comportamentos apropriados para responder a críticas ou brincadeiras e lidar com situações de conflito ou pressão. Dessa forma, Ates (2016) sugere que a diminuição das crenças sobre avaliações, julgamentos e críticas que os jovens com ansiedade social possuem, pode acarretar no aumento do nível da competência social.

A classe de empatia está voltada para mostrar interesse e respeito as emoções e opiniões dos outros (GRESHAM; ELLIOTT, 1990), preocupação em oferecer apoio e conforto a indivíduos que estão vivendo experiências desagradáveis e estressantes, ou ainda, se a situação vivida é agradável e confortável, compartilhar os sentimentos de satisfação (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013). Na autoavaliação das crianças os resultados mostraram que os participantes que possuem indicadores de ansiedade social apresentam mais empatia do que outras classes de habilidades sociais. Este dado pode ser justificado através do aspecto cognitivo presente na ansiedade social, que é a preocupação de serem avaliados negativamente e, conseqüentemente, rejeitados pelos demais (APA, 2014). Ser empático está sendo considerado para este resultado como um

componente cognitivo de demonstração de interesse e preocupação pelo outro no intuito de evitar a rejeição social.

Gresham e Elliott (2001) afirmam que as situações de interação social contribuem para cooperação. Entretanto, crianças e adolescentes com ansiedade social possuem dificuldades para desenvolver as relações interpessoais. A falta da comunicação com pares de um indivíduo com ansiedade social, dificulta o desenvolvimento desta classe, que segundo os autores do SSRS utilizado nesta pesquisa (GRESHAM; ELLIOTT, 1990) é caracterizada por ajudar os outros, compartilhar materiais e seguir regras. Esta descrição pode justificar os resultados encontrados na avaliação dos professores sobre a menor frequência de comportamentos de cooperação no grupo de crianças socialmente ansiosas.

Com relação à classe de assertividade, os resultados corroboram com os que foram encontrados por Inderbitzen-Nolan, Anderson e Johnson (2007) em uma pesquisa com adolescentes ($M = 14.64$; $dp = 1,35$), que incluiu na avaliação o autorrelato, o relato dos pais e de observadores. Nesse estudo, os jovens socialmente ansiosos apresentaram uma menor frequência de comportamentos assertivos quando comparados com o grupo não ansioso.

Papalia e Feldman (2013) afirmam que as crianças aprendem a se relacionar com mais eficácia diante dos seus grupos de pares, posto que –elas conseguem ajustar suas necessidades e seus desejos às necessidades e desejos dos outros, quando ceder e quando permanecer firme, sendo estas algumas das características principais de um repertório comportamental assertivo. No entanto, para jovens com ansiedade social as situações que exigem interações tornam-se embaraçosas, o que dificulta o engajamento em grupos de pares e o manejo das relações interpessoais, sendo assim um obstáculo para os jovens ajustarem suas necessidades e desejos aos dos outros, como citado pelas autoras. Consequentemente, esses jovens tendem a apresentar comportamentos passivos, o que vem a justificar a baixa frequência de comportamentos assertivos dos participantes desta pesquisa com indicadores de ansiedade social.

Pesquisas apontam para a grande importância de trabalhar a competência social em crianças e adolescentes, principalmente na fase de escolarização como uma possibilidade viável de reduzir as dificuldades interpessoais e de aprendizagem, bem como, os efeitos negativos desses dois tipos de problemas sobre a qualidade de vida e o processo de desenvolvimento dessas crianças (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013; GOMIDE, 2003; MARTURANO; LOUREIRO, 2003). Os programas de treinamento de

habilidades sociais orientados para a competência social podem propiciar a superação destes déficits e facilitar a promoção de um amplo repertório de habilidades sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013).

As análises de correlação entre as habilidades sociais avaliadas pelas crianças e a ansiedade social, tanto para a amostra geral quanto para o grupo com indicadores de ansiedade social, indicaram uma correlação negativa entre a classe de empatia e afetividade e os escores de ansiedade social, demonstrando que quanto maior o nível de ansiedade, menor foi a frequência de comportamentos relacionados com a empatia e a afetividade. Este dado complementa o que foi encontrado na análise ANOVA, quando comparadas as classes de habilidades sociais entre si de crianças com ansiedade social. Este grupo apresentou um bom desempenho na classe de empatia, em comparação a outras classes de habilidades sociais em seu próprio repertório. Porém a análise de correlação entre as classes destas habilidades e o escore geral da ansiedade social, apontou que quanto maior o nível de ansiedade, menor é o repertório de empatia dessas crianças. Pode-se supor, portanto, que apesar de as crianças com ansiedade apresentarem mais empatia do que outras classes de habilidades, esse desempenho em empatia ainda está abaixo do esperado.

De acordo com a proposta do modelo de desenvolvimento de Hoffman (2000), o conceito de empatia perpassa por três dimensões: cognitivo, afetivo e comportamental. O aspecto cognitivo foi considerado nesta pesquisa como presente em indivíduos com ansiedade social, uma vez que estes apresentam em seus sintomas a preocupação de serem avaliados ou julgados nas interações sociais e acabam por demonstrar interesse e preocupação pelo outro no intuito de evitar a rejeição social, sendo que esse aspecto foi discutido na análise ANOVA.

Diante desses componentes apresentados por Hoffman (2000), Del Prette e Del Prette (2013) apontam as características primordiais para o exercício da empatia, algumas delas voltadas para o afetivo e o comportamental, sendo elas: oferecer ajuda, expressar compreensão pelo sentimento ou experiência do outro, demonstrar respeito às diferenças, observar, prestar atenção e ouvir o outro. A apresentação deste repertório comportamental esperado pelos autores está diretamente ligada com a interação social de crianças entre pares ou com adultos. Porém, lidar com situações sociais que exigem esta interação é apontada como uma das maiores dificuldades apresentadas em indivíduos com ansiedade social, uma vez que o modelo comportamental desse transtorno se caracteriza pela evitação e esquiva de situações sociais e comportamentos

de seguranças quando precisam enfrenta-las (SOUZA, 2017).

Constatando essas dificuldades no repertório comportamental de crianças com ansiedade social, é possível justificar a correlação encontrada nesta pesquisa de que quanto mais ansiosas socialmente, mais as crianças tendem a apresentar déficits em habilidades sociais, neste caso, especificamente na classe de empatia. Entretanto, outras pesquisas evidenciam que comportamentos empáticos podem ser desenvolvidos se forem criadas condições que facilitam o desempenho dos comportamentos esperados para essa classe, citados acima (FALCONE, 2000; GARCIA, 2001; HOFFMAN, 2000). Na avaliação dos professores, foi encontrada uma correlação negativa entre os sintomas de ansiedade social e as classes de habilidades sociais de cooperação e afetividade, ou seja, quanto maior o grau de ansiedade, menor a frequência dos comportamentos relativos à cooperação e afetividade, sendo que este resultado corrobora com o encontrado na análise ANOVA discutido acima.

Esta correlação encontrada concorda com os resultados da pesquisa realizada por Motoca, Williams & Silverman (2012), que destacam o papel mediador das habilidades sociais de crianças e adolescentes nas relações entre os sintomas de ansiedade social e interações entre pares. Estes autores também encontraram uma correlação negativa entre a ansiedade social e a interação positiva entre pares, portanto, quanto mais indicadores de ansiedade social, maiores eram os déficits de habilidades sociais apresentados, implicando em menos interações positivas. Essas interações podem ser consideradas como possíveis situações de cooperação e afetividade entre pares e são colocadas em prática apenas diante de situações que permitem a interação social positiva, o que para jovens socialmente ansiosos é considerado como dificuldade.

Nos resultados encontrados, destaca-se ainda a classe de afetividade, que possui relação com a classe de empatia na SSRS crianças e com a de cooperação na SSRS professores. Esta classe está diretamente ligada a comportamentos de demonstração de afeto através do contato visual, sorriso, toque, fazer e responder perguntas pessoais, partilhar de brincadeiras, manifestar gentileza e lidar com relações íntimas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017). No entanto, como demonstrado nas discussões dos últimos tópicos, esses são comportamentos que jovens com ansiedade social apresentam dificuldades para desempenhar, o que vem a justificar o déficit do grupo com indicadores de ansiedade social também nessa classe de afetividade.

Foram realizadas análises de comparação entre os grupos com e sem indicadores de ansiedade social quanto ao repertório de habilidades sociais para as escalas SSRS

crianças e SSRS professores. Os resultados para a escala SSRS Crianças apontaram que houve diferença entre os grupos apenas diante da classe de responsabilidade, demonstrando que as crianças sem indicadores de ansiedade social são mais responsáveis. Na escala SSRS Professores não houve diferença significativa entre os postos médios na comparação entre os grupos.

Apesar do resultado da análise ANOVA intragrupo ter apontado para uma maior frequência de comportamentos de responsabilidade para crianças ansiosas socialmente, quando estas foram comparadas com os participantes que não apresentam indicadores de ansiedade social, a classe de responsabilidade esteve abaixo do esperado em comparação ao grupo normativo. Esse resultado caracteriza um déficit em responsabilidade em crianças com indicadores de ansiedade social e indica necessidades de intervenção também nessa classe de comportamentos, para que se atinja um nível de funcionalidade em habilidades estritamente relacionadas a tarefas acadêmicas e ao contexto escolar.

Pode-se notar que alguns itens da subescala de responsabilidade também contemplam algumas habilidades sociais acadêmicas. Em aspectos cognitivos, estas habilidades podem ser reconhecidas em contextos de desenvolvimento interpessoal e de aprendizagem acadêmica (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013). No âmbito escolar, as relações interpessoais são base para a construção de um ambiente estruturado, sendo que as relações da criança entre pares e com seus professores podem influenciar direta ou indiretamente no processo de ensino-aprendizagem e no desenvolvimento das habilidades sociais acadêmicas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013). No entanto, é nessa questão que se encontra a dificuldade dos indivíduos que possuem a ansiedade social, tendo em vista que os mesmos apresentam em seu padrão comportamental a evitação de situações em que precisam interagir socialmente (SOUZA, 2017). O déficit na classe de responsabilidade e em comportamentos diretamente relacionados às atividades acadêmicas pode ser justificado, pois uma vez que não há a interação social, a aprendizagem das habilidades torna-se deficitária, podendo acarretar ainda problemas futuros no rendimento escolar do aluno.

Foram realizadas ainda comparações quanto ao sexo dos participantes com relação ao repertório de habilidades sociais e à ansiedade social. Não houve diferença significativa entre os sexos nas duas variáveis estudadas. Com relação ao repertório das habilidades sociais, o estudo de Motoca, Williams e Silverman (2012) também demonstrou que o desempenho comportamental de crianças e adolescentes com

ansiedade social foi semelhante em ambos os sexos.

Com relação à ansiedade social, apesar de não haver diferença significativa entre os sexos no presente estudo, pesquisas no âmbito nacional e internacional (D'EL REY ET AL., 2006; FERNANDES; TERRA, 2008; SILVERMAN; CARTER, 2006) apontam que as meninas geralmente tendem a ser mais ansiosas quando comparadas aos meninos. Os estudos epidemiológicos demonstram que as jovens sofrem mais consequências negativas do que os jovens do sexo masculino com relação a ansiedade social (CASTILLO; RECONDO; ASBAHR; MANFRO, 2000).

Em suma, foram realizadas três análises para se obter os resultados referentes à déficits e recursos em classes específicas de habilidades sociais. De acordo com os dados encontrados na primeira análise, ANOVA intragrupo, os participantes ansiosos apresentaram menor frequência de comportamentos assertivos, quando comparados com a outras classes de habilidades sociais (empatia, responsabilidade, autocontrole e cooperação). Já a análise de correlação entre as classes de habilidades sociais e o escore geral da ansiedade social, apontou para uma relação negativa entre a ansiedade e o repertório de empatia e de cooperação de crianças com indicadores, ou seja, quanto maior o nível de ansiedade, menor foi o repertório de empatia e cooperação. Por fim, na análise de comparação entre os grupos com e sem indicadores de ansiedade social foram encontrados déficits na classe de responsabilidade para as crianças ansiosas.

Os resultados encontrados e discutidos nesta seção podem ser relevantes para a área das habilidades sociais, para estudos de formulação de protocolos de intervenção para o transtorno de ansiedade social e a para o campo da literatura que aborda a saúde mental. É válido mencionar a importância do processo de treinamento de habilidades sociais durante todas as fases do desenvolvimento humano, afinal essas habilidades são aprendidas em todas elas. Cada etapa do desenvolvimento exige formas de relacionamentos distintas, e como consequência, cada experiência terá necessidades de classes de habilidades sociais diferentes, mas que venham a gerar a possibilidade de inserção em grupos sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2010).

A presente pesquisa coloca em destaque as fases da infância e da adolescência como sendo de suma importância para a aprendizagem das habilidades sociais, visto que é na infância que se inicia o processo de desenvolvimento de um repertório social para o futuro. Obter êxito nesse processo de aprendizagem destas habilidades pode gerar como consequência um diferencial nas esferas pessoal e profissional do indivíduo (WAGNER; DALBOSCO; WAHL; CECCONELLO, 2015). Como afirma Bolsoni-Silva (2009),

para um bom desempenho acadêmico e social os indivíduos precisam estar aptos a manter um repertório de comportamentos adequados e funcionais como falar em público, habilidades interpessoais, executar tarefas em grupo, exercer liderança, manifestar a própria opinião e saber ouvir as dos colegas, entre outros.

Levando em consideração que um repertório deficitário de habilidades sociais pode gerar como consequência a manifestação de sintomas da ansiedade social, é esperado, conseqüentemente, que o auxílio no desenvolvimento desse repertório venha a amenizar o aparecimento desta sintomatologia.

É sugerido que durante o tratamento e/ou a prevenção do transtorno de ansiedade social seja feito o treinamento de habilidades sociais voltadas para a competência social com ênfase nas classes de assertividade - desenvolvendo um repertório de comportamentos voltados para defender direitos próprios e direitos dos outros, expressar sentimentos negativos, pedir mudança de comportamento, falar sobre suas próprias qualidades e defeitos, fazer recusa de pedidos, desculpar-se e admitir falhas, negociar interesses conflitantes e manejar críticas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017); - cooperação - aprimorando aspectos comportamentais voltados para ajudar os outros, compartilhar materiais e seguir regras (GRESHAM; ELLIOTT, 1990); - empatia - facilitando a aquisição de comportamentos que mantenham o contato visual, aproximação do outro, que expressem compreensão e disposição para ajudar (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017); afetividade – demonstrar afeto através do contato visual, do sorriso, do toque, compartilhar acontecimentos de interesse do outro, cultivar o bom humor e compartilhar de brincadeiras (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017); e responsabilidade - seguir regras e instruções, observar, prestar atenção, aguardar a vez para falar, e atender pedidos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013).

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PESQUISAS FUTURAS

Apesar de cuidados éticos e metodológicos terem sido preservados durante o estudo empírico, limitações foram encontradas e serão descritas neste capítulo. Uma limitação encontrada no momento da escrita das bases conceituais das temáticas estudadas e na discussão dos resultados do estudo empírico foi a escassez de estudos publicados sobre habilidades sociais e ansiedade social na infância e adolescência no Brasil. Na revisão realizada e apresentada nesta dissertação não foram encontrados estudos brasileiros. Apenas duas revisões de literatura foram encontradas no país, (AGÉLICO; CRIPPA; LOUREIRO, 2006; LEVITAN; RANGÉ; NARDI, 2008), porém tratam da relação entre as variáveis na fase adulta. Esta foi considerada uma limitação no momento da discussão dos resultados, uma vez que a única pesquisa brasileira encontrada com a temática semelhante e voltada para infância foi o estudo empírico Freitas, Porfírio e Buarque (2018). É válido destacar a importância de que outras pesquisas venham a ser realizadas com a temática voltada para a infância no Brasil.

Outra limitação que pode ser apontada se refere à utilização exclusiva de um único instrumento de autorrelato para avaliação das habilidades sociais. Em pesquisa realizada por Freitas e Del Prette (2010), em que foi utilizada a mesma escala (SSRS) para avaliação das habilidades sociais em crianças com deficiência mental, os autores sugerem que há uma menor confiabilidade na autoavaliação das crianças, em comparação à avaliação de outros informantes. Apesar da escala para professores do SSRS também ter sido utilizada nesta pesquisa, em consonância com a escala de autoavaliação para crianças, utilizar este único instrumento de autorrelato para avaliação das habilidades sociais pode ter contribuído para uma possível limitação deste estudo. Outros informantes, como relato de pais e avaliação por pares, poderiam ter sido considerados.

Ainda com relação aos procedimentos de avaliação, formas de avaliação por meio de observação direta em situações estruturadas, realizadas por avaliadores treinados, como as que foram usadas em nove estudos encontrados na revisão de literatura podem gerar dados mais confiáveis (BANERJEE; HENDERSON, 2011; BERNSTEIN et al., 2008; HATTON; HODGES; PORTER, 2003; HATTON, TSCHERNITZ E GOMERSALL, 2005; INDERBITZEN-NOLAN; ANDERSON; JOHNSON, 2007; LOS REYES; ALFANO; BEIDEL, 2011; MIERS, et al., 2009; SCHARF; KERNS; ROUSSEAU; KIVENSON-BARON, 2016; SPENCE; DONOVAN; TOUSSAINT,

1999). Esta é uma limitação partindo da hipótese de que nas situações previamente estruturadas para ocasionar relações interpessoais, as classes de habilidades sociais podem ser avaliadas de forma direta quando o observador é treinado para esta avaliação.

Outra limitação é apresentada diante da direção de causalidade entre as variáveis. Por se tratar de uma pesquisa correlacional, não foi identificada a relação de causalidade entre habilidades sociais e ansiedade social. Este questionamento foi levantado no capítulo 2 e continua presente nas publicações encontradas e discutidas no estudo de revisão. Dito de outra forma, o estudo empírico aqui descrito possibilitou a identificação da correlação existente entre as variáveis, no entanto, não permitiu afirmar efeito de causalidade entre as mesmas. Como questionado pelos autores Stravynski, Kyparissis e Amado (2010): déficits em habilidades sociais causam o transtorno de ansiedade social ou a apresentação de sintomas de ansiedade social prejudicam a aquisição e o desenvolvimento de habilidades sociais?

Diante disso, são sugeridos novos estudos para que esta questão venha a ser contemplada com dados confiáveis e resultados fidedignos. A partir da possibilidade de conhecimento da relação de causalidade entre habilidades sociais e ansiedade social, poderiam ser aprimoradas as intervenções para este transtorno de ansiedade, tanto no âmbito da prevenção quanto no tratamento em casos já diagnosticados.

Ainda referente à noção de causalidade entre as variáveis, a literatura não apresenta pesquisas que tiveram como objetivo verificar o possível grau de predição das classes de habilidades sociais específicas sobre a ansiedade social. Sendo assim, sugere-se que novos estudos possam ser realizados com a proposta de identificar quais classes de habilidades sociais podem ser preditoras de ansiedade social na infância e na adolescência. Ao ser identificado o grau de predição dessas classes, a direção do efeito de causalidade entre os dois fatores estudados pode ser delineada.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esse estudo objetivou-se verificar a relação entre as classes de habilidades sociais e a ansiedade social infantil e caracterizar o repertório dessas habilidades nos indivíduos que apresentaram sintomas de ansiedade social. Para isto, após a coleta de dados foram realizadas análises descritivas, comparações entre grupos e correlações, as quais trazem a compreensão de que os objetivos aqui propostos foram alcançados a partir dos dados apresentados e discutidos.

Esta pesquisa permitiu a obtenção de novas informações sobre a relação entre as variáveis estudadas e suscitou questionamentos sobre o repertório de habilidades sociais em jovens que apresentam sintomas de ansiedade social. De forma geral, a análise de correlação demonstrou que na autoavaliação das crianças quanto maior o nível de ansiedade, menor foi a frequência de comportamentos de empatia. Na avaliação dos professores, quanto maior o grau de ansiedade, menor a frequência dos comportamentos relativos à cooperação e afetividade. Já na análise de comparação entre os grupos com e sem indicadores de ansiedade social foram encontrados resultados diferentes entre os informantes, sendo que a autoavaliação das crianças apontou o grupo com indicadores de ansiedade social com menor frequência de comportamentos responsáveis, enquanto que na avaliação dos professores não houve diferença significativa na comparação entre os grupos.

Estas informações são pertinentes e relevantes para área, pois são escassas na literatura pesquisas que façam o estudo da correlação de classes específicas de habilidades sociais relacionadas à ansiedade social, o que traz avanços para a literatura da área e para práticas de prevenção e intervenção no tratamento da ansiedade social.

Um dado que deve ser ressaltado e que foi discutido na sessão 6, foi a alta prevalência de sintomas deste tipo de ansiedade nos jovens participantes. Quase metade da amostra de escolares apresentou indicativos da ansiedade. Tendo ciência dos prejuízos que esta constatação pode acarretar na vida futura desses jovens em vários contextos, como vida pessoal, acadêmica e profissional, sugerem-se que intervenções possam ser realizadas junto aos alunos e às escolas com o intuito de minimizar os danos e aumentar os fatores de proteção. Por exemplo, podem ser realizados treinamentos de habilidades sociais que promovam a aprendizagem e o desenvolvimento das habilidades sociais, proporcionando práticas de interações sociais positivas entre os alunos.

REFERÊNCIAS

- ALBANO, A.M.; DETWEILER, M.F. The developmental and clinical impact of social anxiety and social phobia in children and adolescents. In: Hofmann, S.G., Dibartolo P.M. **From social anxiety to social phobia – multiple perspectives**. Boston: Allyn & Bacon. 2001, p. 162-178.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. Washington: DC. 2014.
- ANGÉLICO, A.P.; CRIPPA, J.A.S.; LOUREIRO, S.R. Fobia social e habilidades sociais: uma revisão da literatura. **Interação em Psicologia**, v. 10, n. 1, 113-125, 2006. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/viewFile/5738/4175>.
- ATES, B. Social Phobia as a Predictor of Social Competence Perceived by Teenagers. **International Education Studies**, v. 9, n. 4, p.77 – 86, 2016. doi: 10.5539/ies.v9n4p77
- BANERJEE, R.; HENDERSON, L. Social-Cognitive Factors in Childhood Social Anxiety: A Preliminary Investigation. **Social Development**, v. 10, n. 4, p. 558 – 572, 2001. doi: 10.1111/1467-9507.00180
- BARLOW, D. H.; LIEBOWITZ, M. R. Specific Phobia and Social Phobia. In: **Comprehensive Text book of Psychiatry**. In: Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. (Ed), Sixth Edition, New York: Williams & Wilkins. Vol. 1, 1995, p. 1204-1218.
- BECK, A. T.; EMERY, G.; GREENBERG, R. L. **Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective**. New York: Basic Books, 1985.
- BEIDEL, D. C. Social anxiety disorder: Etiology and early clinical presentation. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 59, p. 27–32, 1998.
- BEIDEL, D. C.; TURNER, S. M.; MORRIS, T. L. **Social Phobia and Anxiety Inventory for Children**. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems. 1998.
- BEIDEL, D.C. et al. Psychopathology of adolescent social phobia. **Journal of Psychopathology Behavior Assessment**, v. 29, p. 47–54, 2007.
- BERNSTEIN G.A. et al. Symptom presentation and classroom functioning in a nonclinical sample of children with social phobia. **Depression and anxiety**, v. 25, p. 752–760, 2008. doi: 10.1002/da.20315
- BOLSONI-SILVA, A. T. **Estudos de confiabilidade e de validade do roteiro de entrevista de habilidades sociais educativas parentais (rehse- p)**. Tese de Pós-Doutorado, Universidade de São Paulo, Brasil, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2009.
- BRYAN, T.; SHERMAN, R. Immediate impressions of nonverbal ingratiating attempts by learning disabled boys. **Learning Disabilities**, v. 3, p. 19 – 28, 1980.
- CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais**. São Paulo: Santos, 2003.

CAÍRES, M. C.; SHINOHARA, H. Transtornos de ansiedade na criança: um olhar nas comunidades. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 6, n. 1, p. 62-84, 2010.

CARTWRIGHT-HATTON, S.; TSCHERNITZ, N.; GOMERSALL, H. Social anxiety in children: social skills deficit, or cognitive distortion? **Behaviour Research and Therapy**, v. 43, p. 131–141, 2005. doi: 10.1016/j.brat.2003.12.003

CASTILLO, A.R.G.L. et al. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, p. 20-23, dez. 2000.

CLARK, D.M.; BECK, A.T. **Terapia Cognitiva para transtornos de ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

COZBY, P.C. **Métodos de pesquisa em Ciências do Comportamento**. São Paulo: Editora Atlas, 2014.

CURRAN, J. P. Skills training as an approach to the treatment of hetero-social anxiety: A review. **Psychological Bulletin**, v. 84, n. 1, p. 140-157, 1977.

D'EL REY, G.J.F.; PACINI, C.A. Terapia Cognitivo Comportamental da fobia social: Modelos e técnicas. **Psicologia em estudo**, v. 11, n. 2, p. 75 – 269, 2006.

DEL PRETTE Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Habilidades sociais: uma área em desenvolvimento. **Psicologia reflexão e Crítica**, v. 9, n. 2, p. 233-255, 1996.

DEL PRETTE Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das Habilidades Sociais: terapia, educação e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1999.

DEL PRETTE Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática**. Petrópolis:Vozes, 2005.

DEL PRETTE Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Habilidades sociais: intervenções em grupo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: diversidade teórica e suas implicações**. Petrópolis: Editora Vozes, 2013.

DEL PRETTE Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Competência Social e Habilidades Sociais: Manual teórico prático**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2017.

DEL PRETTE, Z. A. P. et al. Role of social performance in predicting learning problems: Prediction of risk using logistic regression analysis. **School Psychology International Journal**, v. 2, p. 1-16, 2012. doi: 10.1177/0020715211430373.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Avaliação de habilidades sociais: Bases conceituais, instrumentos e procedimentos. In: Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (Eds.) **Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações**. Petrópolis: Vozes. 2009, pp. 189- 231.

FALCONE, E.M. de O. A evolução das habilidades sociais e o comportamento empático. In.: E.F.M. Silveira (Orgs). **Estudos de caso em Psicologia Clínica Comportamental Infantil**, Campinas: Papirus, 2000, p.79 – 136.

FERNANDES, G.; TERRA, M. Fobia social: Estudo da prevalência em duas escolas em Porto Alegre. **Jornal Brasileiro de psiquiatria**, v. 57, n. 2, p. 122 – 126, 2008. doi:10.1590/S0047-20852008000200007

FREITAS, L.C. **Sistema de avaliação de habilidades sociais (SSRS – BR) para crianças com deficiência mental: validação e padrões normativos**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial do Centro de Ciências Humanas – Universidade Federal de São Carlos, 2008.

FREITAS, L.C.; DEL PRETTE, Z.A.P. Social Skills Rating System - Brazilian Version: New Exploratory and Confirmatory Factorial Analyse. **Av. Psicol. Latinoam.** Bogotá, v. 33, n. 1, p. 135-156, Jan./June 2015. doi: 10.12804/apl33.01.2015.10

FREITAS, L.C.; PORFÍRIO, J.C.C.; BUARQUE, C.N.L. Indicadores de ansiedade social infantil e suas relações com habilidades sociais e problemas de comportamento. **Psicologia e Pesquisa: Juiz de Fora**, v.12, n. 2, p.1-10, 2018. doi: 10.24879/2018001200200207

GARCIA, F.A. **Investigando diferentes indicadores de empatia em meninos e sua relação com a empatia e ações educativas de pai**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. FFCLRP – Universidade de São Paulo, 2001.

GOMIDE, P.I.C. Estilos parentais e comportamento antissocial. In Del Prette, A. & Del Prette, Z.A.P. (Orgs). **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção**, Campinas: Alínea. 2003, p. 21 – 60.

GONÇALVES, D.A. et al. Brazilian multicenter study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 623-632, 2014. doi: 10.1590/0102-311X00158412

GONÇALVES, E.S.; MURTA, S.G. Avaliação dos efeitos de uma modalidade de treinamento de habilidades sociais para crianças. **Psicol. Reflex. Crit.** v.21 n.3. Porto Alegre, 2008. doi:10.1590/S0102-79722008000300011

GRECO, L.A.; MORRIS, T.L. Factors Influencing the Link Between Social Anxiety and Peer Acceptance: Contributions of Social Skills and Close Friendships During Middle Childhood. **Behavior Therapy**, v. 36, p. 197 – 205, 2005. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80068-1

GRESHAM, F. M. et al. (2016). **Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças (SSRS): Manual técnico**. [Del Prette, Z. A. P., Freitas, L. C., Bandeira, M. & Del Prette, A. - Autores da adaptação e padronização brasileira]. São Paulo: Pearson, v.1, 2016, p.156.

GRESHAM, F. M.; ELLIOTT, S. N. **Social skills rating system**. Circle Pines, MN: American Guidance Services. 1990.

HALLS, G.; COOPER, P.J.; CRESWELL, C. Social communication deficits: Specific associations with Social Anxiety Disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 172, p. 38–42, 2015. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.040

HANNESDÓTTIR, D. K.; OLLENDICK, T.H. Social Cognition and Social Anxiety Among Icelandic Schoolchildren. **Child & Family Behavior Therapy**, v. 29, n. 4, 43-58, 2008. doi: 10.1300/J019v29n04_03

HANTTON, S.C.; HODGES, L.; PORTER, J. Social anxiety in childhood: the relationship with self and observer rated social skills. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 44, n. 5, p. 737-742, 2003. doi: 10.1111/1469-7610.00159

HATTON, S.C.; TSCHERNITZ, N.; GOMERSALL, H. Social anxiety in children: social skills deficit, or cognitive distortion? **Behavior Res Therapy**, v. 43, n. 1, p. 131-141, 2005. doi: 10.1016/j.brat.2003.12.003

HOFFMAN, M.L. **Empathy and moral development: implications for caring and justice**. Cambridge: New York. 2000.

INDERBITZEN-NOLAN, H.M.; ANDERSON, E.R.; JOHNSON, H.S. Subjective versus objective behavioral ratings following two analogue tasks: A comparison of socially phobic and non-anxious adolescents. **Journal of Anxiety Disorders**, v.21, p. 76–90, 2007. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.03.013

ISOLAN, L.; PHEULA, G.; MANFRO, G.G. Tratamento do transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes. **Revista de psiquiatria clínica**. V. 34, n. 3, p. 32 – 125, 2007. doi: 10.1590/S0101-60832007000300004

ITO, L.M. et al. Terapia Cognitivo Comportamental da fobia social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, p. 96 – 101, 2008. doi: 10.1590/S1516-44462008000600007

KENDALL, P. C.; KRAIN, A.; TREADWELL, K. Generalized anxiety disorders. In: R. T. Ammerman; M. Hersen & C. G. Last. (Orgs). **Handbook of prescriptive treatments for children and adolescents**, 2ed. Needham Heights: Allyn & Bacon. 1999, p.155-171.

KNAPP, P.; BECK, A.T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. V.30 (Supl II), p. 54-64, 2008. doi: 10.1590/S1516-44462008000600002

LA GRECA, A. M.; LOPEZ, N. Social anxiety among adolescents: linkages with peer relations and friendships. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v.26, p.83–94, 1998. doi: 10.1023/A:1022684520514}

LA GRECA, A. M.; STONE, W. L. Social Anxiety Scale for Children—Revised: Factor structure and concurrent validity. **Journal of Clinical Child Psychology**, v. 22, p.17-27, 1993.. doi: 10.1207/s15374424jccp2201_2

LAYNE, A. E. et al. Generalized anxiety disorder in a nonclinical sample of children: Symptom presentation and predictors of impairment. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 23, n.2, p. 283-289, 2008.

LEVITAN, M.; RANGÉ, B.; NARDI, A.E. Habilidades Sociais na Agorafobia e Fobia Social. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. V. 24, n. 1, p. 095 – 100, 2008. doi: 10.1590/S0102-37722008000100011

- LOS REYS, A.D.; ALFANO, C.A.; BEIDEL, D.C. Are Clinicians' Assessments of Improvements in Children's Functioning __Global__? **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 40, n. 2, p. 281–294, 2011. doi: 10.1080/15374416.2011.546043
- MAGALHÃES, L. A.; ANGÉLICO, A. P.; Oliveira, M. S. Social skills and self-Esteem in Adolescents with Social Anxiety Disorder. In: Osório, F. L.; Donadon, M. F.. (Org.). **Social Anxiety Disorder: Recognition, Diagnosis and Management**. New York: Nova Science Publishers, 2018, p. 65-94.
- MAGALHÃES, L.A. **Associação entre transtorno de ansiedade social, habilidades sociais e autoestima em adolescentes**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. PPGPSI – Universidade Federal de São João Del Rei, 2017.
- MAGEE, W.J. et al. Impact of early adolescent anxiety disorders on self – esteem development from adolescence to young adulthood. **Journal Adolescents e Saúde**, v. 53, n.2, p. 287 – 292, 1996. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.02.025
- MARTURANO, E.M.; LOUREIRO, S.M. (2003). O desenvolvimento socioemocional e as queixas escolares. In Del Prette, A. & Del Prette, Z.A.P. (Orgs). **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção**. Campinas: Alínea. 2003, p. 259 – 291.
- MIERS, A. C.; BLÖTE, A.W.; WESTENBERG, P.M. Peer Perceptions of Social Skills in Socially Anxious and Nonanxious Adolescents. **J Abnorm Child Psychol**, v. 38, p. 33–41, 2010. doi: 10.1016/j.brat.2009.07.017
- MIERS, A.C. et al. Negative self-evaluations and the relation to performance level in socially anxious children and adolescents. **Behaviour Research and Therapy**, v. 47, p. 1043–1049, 2009. doi: 10.1007/s10802-009-9345-x
- MIERS, A.C. et al. Trajectories of Social Anxiety during Adolescence and Relations with Cognition, Social Competence and Temperament. **J Abnorm Child Psychol**, v.41, p. 97-110, 2013. doi: 10.1007/s10802-012-9651-6
- MOTOCÁ, L.M.; WILLIAMS, S.; SILVERMAN, W.K. (2012). Social Skills as a Mediator Between Anxiety Symptoms and Peer Interactions Among Children and Adolescents. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 41, n.3, p. 329 – 336, 2012. doi: 10.1080/15374416.2012.668843
- OLLENDICK, T. H.; HIRSHFELD-BECKER, D. R. The developmental psychopathology of social anxiety disorder. **Biological Psychiatry**, v. 51, p. 44-58, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Porto Alegre (RS): Editora Artmed. 1993.
- OSÓRIO, F.L.; CRIPPA, J.A.S.; LOUREIRO, S.R. Instrumentos de avaliação do transtorno de ansiedade social. **Revista de Psiquiatria Clínica**. V. 32, n. 2, 73-83, 2005.

- PAPALIA, D.E.; FELDMAN, R.D. **Desenvolvimento Humano**. Tradução Daniel Bueno. 12. ed. Porto Alegre: AMGH editora. 2013.
- PATEL, A. et al. The economic consequences of social phobia. **Journal of Affective Disorders**, v. 68, n. 2, p. 221 – 233, 2002. doi:10.1016/S01650327(00)00323-2
- PETERSEN, C.S. et al. Terapia Cognitivo - Comportamental para os transtornos de ansiedade. In: Petersen, C.S., Wainer, R. (Cols). **Terapias Cognitivas Comportamentais para Crianças e adolescentes: Ciência e arte**. Cap.11, Porto Alegre: Artmed. 2011, pp. 232 – 255.
- RAPEE, R.M.; SPENCE, S.H. The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. **Clin. Psychol. Rev.** v. 24, p. 737–767, 2004.
- SCHARF, M. et al. Mother-child attachment and social anxiety: Associations with friendship skills and peer competence of Arab children. **School Psychology International**. v. 37, n. 3, p. 271–288, 2016. doi: 10.1177/0143034316631179
- SCHARFSTEIN, L.A. et al. Social skills deficits and vocal characteristics of children with social phobia or Asperger’s disorder: a comparative study. **J Abnorm Child Psychol**. v. 39, n. 6, p. 865-75, 2011. doi: 10.1007/s10802-011-9498-2.
- SILVERMAN, W. K.; ALBANO, A. M. **Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child Version [Clinician Manual]**. San Antonio: The Psychological Corporation. 1996.
- SILVERMAN, W.K.; CARTER, R. (2006). Anxiety disturbance in girl and women. In Worel, J.; Goodheart, C.D. (Eds). **Handbook of girl’s and women’s psychological health: Gender and Well-being across the lifespan**. New York, NY: Oxford University Press. 2006, pp. 60 – 68.
- SORSDAHL, K. et al. Treatment of anxiety disorders by psychiatrists from the American Psychiatric Practice Research Network. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, n. 2, p. 136-141, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2012-0978>
- SOUZA, M.A.M. de. Transtorno de Ansiedade Social e Mutismo seletivo na Infância. In.: Caminha, R.M.; Caminha, M.G.; Dutra, C.A. (Org.). **A Prática Cognitiva na Infância e Adolescência**. Novo Haburgo: Sinopsys. 2017, p. 329 – 365.
- SPENCE, S.H.; DONOVAN, C.; TOUSSAINT, M.B. Social Skills, Social Outcomes, and Cognitive Features of Childhood Social Phobia. **Journal of Abnormal Psychology**, v.108, n.(2), p. 211-221, 1999. doi: 10.1037/0021-843X.108.2.211
- STONE, W. L.; LA GRECA, A. M. The social status of children with Learning Disabilities: A reexamination. **Journal of Learning Disabilities**, 1º de Janeiro de 1990, v.23, p. 32-37. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/002221949002300109>>. Acesso em 02 mar. 2019.
- STRAVYNSKI, A.; KYPARISSIS, A.; AMADO, D. Social Phobia as a Deficit in Social Skills. In.: HOFMANN, S.G.; DIBARTOLO, P.M. (Org.) **Social Anxiety:**

Clinical, developmental, and social perspectives. 2^a ed. Reino Unido: Elsevier. 2010, p. 147 – 176.

SWANSON, H. L.; MALONE, S. Social skills and learning disabilities: A meta-analysis of the literature. **School Psychology Review**, v. 21, n. 3, p. 427-443, 1992.

VAUGHN, S.; MCINTOSH, R.; SPENCER-ROWE, J. Peer rejection is a stubborn thing: Increasing peer acceptance of rejected students with learning disabilities. **Learning Disabilities Research & Practice**, v. 6, n. 2, p. 83-88, 1991.

VIANNA, R.R.A.B.; CAMPOS, A.A.; FERNANDEZ, J.L. Transtorno de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 5 n.1, 46 – 61, 2009.

VILETE, L.M.P. **Tradução, adaptação para o português e estudo da qualidade de uma escala para a identificação da fobia social em uma população de adolescentes**. 2002. 72 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002

VILETE, L.M.P.; COUTINHO, E.S.F.; FIGUEIRA, I.L.V.A. (2004). Confiabilidade da versão em Português do Inventário de Fobia Social (SPIN) entre adolescentes estudantes do município do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 89-99, 2004.

WAGNER, M. F. et al. Repertório deficitário de habilidades sociais no transtorno de ansiedade social: avaliação pré-intervenção. In: Del Prette, Z. A. P. et al. (Org.), **Habilidades sociais: diálogos e intercâmbios sobre pesquisa e prática**. Novo Hamburgo: Sinopsys. 2015, pp. 349-367.

WEEMS, C. F.; COSTA, N. M. Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v.44, p.656–663, 2005.

WESTENBERG, P. M. et al. Social evaluation fear in childhood and adolescence: Normative developmental course and continuity of individual differences. **British Journal of Developmental Psychology**, v. 25, p. 471–483, 2007.

ANEXOS

ANEXO A – Inventário de fobia Social (SPIN)

INVENTÁRIO DE FOBIA SOCIAL (SPIN)

Iniciais _____ Idade _____ Sexo _____ Data ___/___/___

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

	Nada	Um pouquinho	Alguma coisa	Muito	Extremamente
1. Eu tenho medo de autoridades (por exemplo, professores, instrutores, diretor, etc.).	<input type="checkbox"/>				
2. Eu fico incomodado de corar (ficar vermelho) na frente dos outros.	<input type="checkbox"/>				
3. Festas e eventos sociais me assustam.	<input type="checkbox"/>				
4. Eu evito falar com pessoas que eu não conheço.	<input type="checkbox"/>				
5. Ser criticado me assusta muito.	<input type="checkbox"/>				
6. O medo de ficar constrangido me faz evitar fazer coisas ou falar com outras pessoas.	<input type="checkbox"/>				
7. Suar na frente dos outros me causa mal-estar.	<input type="checkbox"/>				
8. Eu evito ir a festas.	<input type="checkbox"/>				
9. Eu evito atividades nas quais sou o centro das atenções.	<input type="checkbox"/>				
10. Falar com estranhos me assusta.	<input type="checkbox"/>				
11. Eu evito ter que fazer discursos ou palestras (como falar na frente da turma ou para uma platéia).	<input type="checkbox"/>				
12. Eu faria qualquer coisa para evitar ser criticado.	<input type="checkbox"/>				
13. Palpitações (batidas fortes ou rápidas) do coração me incomodam quando eu estou perto dos outros.	<input type="checkbox"/>				
14. Eu tenho medo de fazer coisas quando as pessoas possam estar olhando.	<input type="checkbox"/>				
15. Ficar constrangido ou parecer estúpido estão entre meus piores medos.	<input type="checkbox"/>				
16. Eu evito falar com qualquer autoridade (por exemplo, professores, instrutores, diretor, etc.).	<input type="checkbox"/>				
17. Tremor na frente dos outros me causa mal-estar.	<input type="checkbox"/>				

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) para Pais/Responsáveis

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa –Estudo de predição de diferentes classes de habilidades sociais sobre a ansiedade social infantill, da pesquisadora Mirella Rodrigues Nobre. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa –Estudo de predição de diferentes classes de habilidades sociais sobre a ansiedade social infantill, da pesquisadora Mirella Rodrigues Nobre. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a verificar o grau de predição de diferentes classes de Habilidades Sociais sobre indicadores de Ansiedade Social na infância.
2. A importância deste estudo é a de poder auxiliar para a avaliação e o tratamento da ansiedade social em crianças, bem como contribuir para a literatura sobre este tema.
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: encontrar o grau de predição de cada classe de habilidades sociais, pesquisada neste estudo, sobre a ansiedade social diante de dados quantitativos.
4. A coleta de dados começará em Maio/2018 e terminará em Julho/2018.
5. O estudo será feito da seguinte maneira: Após aprovação do Comitê de Ética, a pesquisa será iniciada com assinatura da Carta de Autorização pelo(a) responsável pela instituição onde será realizado o estudo. Serão coletados também os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido assinados pelos responsáveis de cada criança que irá participar, bem como os Termos de Assentimento Livre e Esclarecido assinados pelas crianças participantes. Diante destas autorizações serão aplicadas as duas escalas utilizadas na pesquisa em cada criança participante, individualmente.
6. A criança participará da pesquisa diante da aplicação de escalas para coleta dos dados quantitativos com relação as habilidades sociais e a ansiedade social, na qual ela será convidada a responder os itens conforme as instruções que serão colocadas pela pesquisadora.
7. Os incômodos e possíveis riscos à saúde física e/ou mental causados ao menor sob sua responsabilidade são mínimos e estão relacionados a um constrangimento e/ou desconforto emocional durante o processo de coleta de dados;
8. A participação do menor sob sua responsabilidade irá beneficiar a pesquisa ao trazer os dados que serão necessários para uma análise e, posteriormente, trarão benefício para avaliação e tratamento da Ansiedade Social.
9. O menor sob sua responsabilidade poderá contar com a seguinte assistência: a pesquisadora Mirella Rodrigues Nobre estará presente no momento da aplicação das escalas e poderá esclarecer as dúvidas e/ou encontrar solução para algum tipo de desconforto.
10. Você, bem como o menor sob sua responsabilidade será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

11. A qualquer momento, o menor sob sua responsabilidade poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

12. As informações conseguidas através da participação do menor sob sua responsabilidade não permitirão identificação, exceto para a equipe de pesquisa, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você ou para o menor sob sua responsabilidade.

14. O menor sob sua responsabilidade será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).

15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu, responsável pelo menor que foi convidado a participar da pesquisa, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a participação no mencionado estudo e estando consciente dos direitos, das responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a participação implicam, concordo em autorizar a participação do menor e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas.

Instituto de Psicologia

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, Maceió – AL

CEP: 57072-970

Contato de urgência: Sr(a). Mirella Rodrigues Nobre

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, Maceió – AL

CEP: 57072-970

Telefone: (82)99931- 3920

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas. Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária.

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, _____ de _____ de _____.

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

ANEXO C - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa —Estudo de predição de diferentes classes de habilidades sociais sobre a ansiedade social infantill. Seus pais permitiram que você participe.

Queremos saber o quanto diferentes classes de habilidades sociais podem ser preditoras de ansiedade social em crianças. As crianças que irão participar dessa pesquisa têm de dez a treze anos de idade. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita na Escola Municipal Olavo Bilac, onde as crianças responderão a duas escalas psicológicas. Para isso, serão usados instrumentos de avaliação psicológica específicos para avaliar ansiedade social e habilidades sociais.

O uso dessas escalas é considerado seguro, mas é possível que você sinta algum constrangimento e/ou desconforto emocional durante o processo de coleta de dados. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelo telefone (82) 99931-3920, da pesquisadora Mirella Rodrigues Nobre, aluna do curso de mestrado da Pós graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas.

Mas há coisas boas que podem acontecer, como uma melhora do seu conhecimento sobre as suas habilidades de relacionamento com seus colegas e com os adultos.

A participação no estudo não acarretará nenhuma despesa para você ou para os seus pais.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der.

Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças que participaram da pesquisa. Quando terminarmos o estudo, daremos um retorno à sua escola e aos seus pais. Se você tiver alguma dúvida,você pode me perguntar.

 Eu, _____, aceito participar da pesquisa —Estudo de predição de diferentes classes de habilidades sociais sobre a ansiedade social infantill, que tem o objetivo de verificar o grau de predição de diferentes classes de Habilidades Sociais sobre indicadores de Ansiedade Social na infância.

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer —simll e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer —nãoll e desistir que ninguém vai ficar furioso. A pesquisadora tirou minhas dúvidas e conversou com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa.

Maceió, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

ANEXO D – Carta de autorização da instituição 1

Escola Municipal Olavo Bilac
 Av. Gov. Lamenha Filho, s/n - Feitosa
 Maceió - AL
 Tel. 3315-1731
 CNPJ: 08.492.195/0001-46
 Decreto de Criação nº 6.648 de 30/03/2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
 INSTITUTO DE PSICOLOGIA
 PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA

Autorizo a estudante Mirella Rodrigues Nobre mestranda do Curso de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, a realizar pesquisa na Escola Municipal Olavo Bilac com o título “**Estudo de predição de diferentes classes de habilidades sociais sobre a ansiedade social infantil**”, junto às crianças de dez a treze anos de idade deste estabelecimento de ensino. Devendo a mesma comprometer-se a seguir as normas e rotinas da instituição, deverá manter sigilo da identificação dos(as) participantes, e divulgar os resultados obtidos apenas em reuniões e publicações científicas e/ou junto ao grupo de estudos relacionado a pesquisa.

Maceió, 02 de Março de 2018.

Mirella Rodrigues Nobre

PESQUISADOR(A)

Naiz da Silva Medeiros mat. 933036-4

RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO

ANEXO E – Carta de autorização da instituição 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA

Autorizo a estudante Mirella Rodrigues Nobre mestranda do Curso de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, a realizar pesquisa na Escola Municipal Rui Palmeira com o título “**Estudo de predição de diferentes classes de habilidades sociais sobre a ansiedade social infantil**”, junto às crianças de dez a treze anos de idade deste estabelecimento de ensino. Devendo a mesma comprometer-se a seguir as normas e rotinas da instituição, deverá manter sigilo da identificação dos(as) participantes, e divulgar os resultados obtidos apenas em reuniões e publicações científicas e/ou junto ao grupo de estudos relacionado a pesquisa.

Maceió, 07 de Maio de 2018.

Mirella Rodrigues Nobre
PESQUISADOR(A)

Maria Aparecida P. Gomes
RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO

