

FOBIA SOCIAL EM ADOLESCENTES: REPERCUSSÕES ACADÊMICAS

Leonardo Ferreira dos Santos

Professor, Especialista no Ensino de Ciências e Biologia (IBqM/UFRJ),

Docente da Secretaria do Estado de Educação (SEEDUC/RJ).

E-mail: <leo_biologia@yahoo.com.br>.

Emmy Uehara Pires

Psicóloga pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Mestre e Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), professora adjunta da graduação e do

Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ).

E-mail: <emmy.uehara@gmail.com>.

RESUMO

A Fobia Social (FS) define-se como medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. Através de uma revisão sistemática sobre a FS em estudantes adolescentes, foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados Scielo, LILACS e PubMed, foram analisados 427 resumos, 11 atenderam aos critérios de inclusão. A FS é um transtorno altamente incapacitante e que leva a prejuízos acadêmicos significativos. Assim, educadores devem estar atentos à dificuldade na sala de aula para que possam ser criadas estratégias de ensino que envolvam esses alunos, a fim de encaminhá-los a um especialista.

Palavras-chave: Fobia social, Adolescência, Escola

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS), também chamado de Fobia Social (FS), é o terceiro problema de saúde mental mais comum, depois da depressão e do abuso de álcool (Martinez et al., 2012). É um dos transtornos mais comuns na infância (Stein & Stein, 2008; Sousa et al., 2014), fazendo a criança se sentir incomodada e/ou com medo em situações nas quais está próxima de outros indivíduos, interagindo ou sendo observada por eles (Sousa et al., 2014). Confundida pelos leigos como timidez, a FS é muito mais do que isso. É um transtorno mental que traz extremo sofrimento e perdas de oportunidades para o indivíduo. Diversas pessoas com FS mudam completamente suas vidas para lidarem com a doença, achando que desta forma evitarão as situações que provocam ansiedade (D'el Rey, 2001). O quadro de an-

siedade social só deve ser considerado patológico quando o indivíduo apresenta comprometimento de sua funcionalidade, com prejuízos no âmbito profissional, pessoal ou social em decorrência do transtorno (Schier, Ribeiro, & Silva, 2014). Isso torna esses jovens mais vulneráveis e inseguros diante das situações sociais e escolares cotidianas, que vão se tornando cada vez mais desagradáveis, chegando a ser evitadas a todo custo (Connolly, Suarez, & Sylvester, 2011; Sousa et al., 2014).

Segundo Cordás (2014), Hipócrates foi o primeiro a relatar o TAS, citando o caso de um indivíduo que, devido a seu comportamento muito recolhido e isolado, não era visto ou reconhecido por suas qualidades filosóficas, que por sinal eram grandes. Esse indivíduo acreditava que todas as pessoas o observavam e não caminhava ou convivia com elas por medo de ser mal interpretado ou julgado erroneamente pelos cidadãos de Atenas.

O transtorno recebeu o nome de FS na década de 1970 (Turkiewicz, Castro, & Joffe, 2010). O TAS surgiu pela primeira vez na nomenclatura psiquiátrica na terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais, do inglês *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-III* (APA, 1980). Embora a definição original tenha enfatizado a ansiedade relacionada ao desempenho, o DSM-III-R expandiu o conceito de TAS para incluir indivíduos cujo medo social se estenda para a maioria das situações sociais (Valença, 2014).

A FS é definida no DSM-5 (APA, 2014) como medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. Essas situações incluem interações sociais, ser observado e desempenho diante de outros. No entanto, a FS é definida na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 1993) como medo de ser exposto à observação atenta de outrem e que leva a evitar situações sociais. As fobias sociais graves se acompanham habitualmente de uma perda da autoestima e de um medo de ser criticado (OMS, 2008).

Apesar da FS ser uma experiência normal cuja primeira manifestação ocorre precocemente na infância, em algumas crianças e adolescentes gera níveis intensos de ansiedade, provocando um impacto negativo sobre seu desenvolvimento e bem-estar (Vilete, Coutinho, & Figueira, 2004). Entretanto, na maior parte das vezes, a FS se inicia na adolescência, tendo curso crônico e precedendo outras comorbidades (Vilete, Coutinho, & Figueira, 2004). Alguns estudos apontam que a idade de início mais frequente é entre 12 e 17 anos, com idade média de instalação de 15,1 anos, mas a incidência durante a infância também é importante (de 6,8%), sendo até mesmo causa de abandono escolar. O início após os 25 anos parece ser raro (Mochcovitch, 2014). No entanto, Schier, Ribeiro e Silva (2014) afirmam que 90% dos casos de FS pode surgir até os 25 anos de idade. Por exemplo, a partir de levantamento de dados em clínica especializada para transtornos ansiosos no Canadá, Van Ameringen, Mancini e Farvolden (2003), observaram uma taxa de prevalência de 157 pacientes com FS (n total = 559) e idade de início de, aproximadamente, 10 anos e 3 meses.

A prevalência da FS em adolescentes depende da amostra estudada e do questionário utilizado. Em estudos americanos, a taxa é de 13,3%, enquanto em estudos europeus, este número está

em torno de 14,4% (Ausec, 2007; Ballone, 2005). No Brasil, Morais, Crippa e Loureiro (2008) observaram que a FS tem sido considerado um grave problema de saúde pública, chamando a atenção pelo alto número de portadores, estimado entre 2,6 e 16%. Em 2012, foi publicado um estudo de incidência das doenças psiquiátricas em São Paulo, e a ocorrência de FS ao longo da vida foi de 5,6% (Mochcovitch, 2014). Dessa forma, aproximadamente 8 a 22 milhões de pessoas no Brasil apresentam esse transtorno (Sousa et al., 2014). Os dados epidemiológicos sugerem que adolescentes possuem maiores taxas de prevalências de Transtorno de Ansiedade Social (TAS) do que crianças, ressaltam Isolan, Pheula e Manfro (2007).

Estudos epidemiológicos indicam que a fobia social apresenta grande impacto funcional negativo, tanto social quanto educacional e ocupacional (Mochcovitch, 2014). Na infância e na adolescência, a FS está associada a interferências significativas ao nível social, acadêmico e ocupacional, conduzindo a uma qualidade de vida reduzida (Martins, Almeida, & Viana, 2014; Salvador, 2009). Barbirato e Asbahr (2014) apontam as seguintes situações como as mais comuns que causam incômodo aos jovens com FS: (1) ler em frente à classe; (2) fazer apresentação esportiva ou teatral (musical) diante de outros; (3) iniciar uma conversação com pessoas estranha e mantê-la; (4) falar com adultos (que não sejam familiares); (5) escrever em frente a outros; (6) comer em locais públicos; (7) ir a festas; (8) fazer perguntas em sala de aula; (9) brincar com crianças que não sejam familiares; (10) participar de pequenos e grandes grupos; (11) usar banheiros públicos; (12) andar pelo pátio na hora do recreio; e (13) conversar ao telefone na frente de outros.

Na escola, por exemplo, os fóbicos sociais evitam ou até mesmo se recusam a responder a chamada, fazer perguntas durante as aulas, responder perguntas feitas pelo professor, ler textos, realizar trabalhos em grupo, participar de eventos estudantis e apresentar trabalhos para a turma. Quando os alunos com FS se veem diante dessas situações, eles apresentam sintomas físicos intensos, os quais atrapalham ainda mais seu desempenho. Os sintomas físicos mais comuns são: (1) taquicardia; (2) tremeadeira; (3) sudorese; (4) tontura; (5) boca seca; (6) rubor; (7) dispneia; (8) parestesia; (9) diurese aumentada (Sousa et al., 2014); (10) ondas de calor e frio; e (11) náusea (Asbahr, 2010). Ausec (2007) sugere adaptações para a realização de provas ou para apresentação de

trabalhos, como por exemplo, aumento do tempo ou aplicação diferenciada de uma prova ou até mesmo, a não participação em determinadas atividades durante um período do tratamento médico ou psicológico.

Os pais e professores muitas vezes confundem o problema com uma característica da personalidade da criança ou do temperamento ou, ainda, muito comumente, com timidez. Até mesmo entre os médicos, devido à descrição relativamente recente do transtorno e à necessidade de perguntas específicas sobre os sintomas, o TAS muitas vezes acaba não sendo detectado (Sousa et al, 2014).

Na maioria das vezes, o TAS é acompanhado por outros transtornos – comorbidades. Segundo Blaya, Isolan e Manfro (2014), as comorbidades mais comuns são: depressão maior, transtorno de pânico, agorafobia, fobias específicas, transtorno de ansiedade generalizada, abuso de substâncias, disfunção sexual, transtornos de alimentação e transtorno de personalidade evitativa. Dessa forma, o objetivo do presente trabalho é realizar uma revisão sistemática dos artigos publicados sobre a relação existente entre a FS e os estudantes adolescentes.

MÉTODO

A revisão sistemática da literatura foi realizada nas bases de dados Scielo, LILACS e PubMed relativa a estudos práticos e teóricos referentes a fobia social na adolescência, para tanto, utilizou-se as palavras-chave: fobia social, ansiedade social, social phobia e social anxiety. A pesquisa foi complementada pela identificação de artigos

presentes nas referências bibliográficas dos trabalhos selecionados. Os critérios de inclusão foram: (a) idioma - português, inglês e espanhol; (b) amostras com sujeitos adolescentes; (c) estudos práticos com estudantes adolescentes; (d) revisões sistemáticas com o tema fobia social na adolescência; (e) comportamentos fóbicos na escola; (f) prejuízos relacionados à fobia social nas vidas acadêmica e ocupacional; (g) aspectos neurobiológicos da fobia social; (h) trabalhos empíricos. Os critérios de exclusão foram: (a) amostras com sujeitos adultos; (b) tratamento farmacológico da fobia social; (c) abordagens terapêuticas da fobia social; (d) instrumentos de avaliação psicométrica da fobia social.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, foram encontrados um total de 427 artigos, sendo analisados 84 artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão mencionados anteriormente. Por fim, foram selecionados um total de 05 artigos, que serão analisados nesta revisão juntamente com 06 artigos incluídos a partir da análise das referências bibliográficas dos artigos previamente selecionados. É importante salientar que alguns artigos foram comuns em ambas as bases e com as mesmas palavras-chave. Por isso, o total de artigos revisados é igual a 11.

A Tabela 1 abaixo apresenta o número total de resumos encontrados no levantamento nas bases de dados consultadas. Da mesma forma, será apresentada a quantidade de resumos analisados após o refinamento de acordo com os critérios de inclusão utilizados.

Tabela 1

Quantidade de abstracts selecionados pós-análise de critérios de inclusão

Base de dados	Palavras chave	Número inicial de abstracts	Número de artigos analisados	Número de artigos selecionados
Scielo	Fobia Social	37	15	05
Scielo	Ansiedade Social	9	6	01
LILACS	Fobia Social	376	61	05
PubMed	Fobia Social	5	2	00
Referências*				06
Total		427	84	17

* Artigos adicionados a partir da leitura das referências bibliográficas dos artigos selecionados.

Os artigos selecionados foram revisados e para melhor organização do artigo, a Tabela 2 abaixo foi elaborada, onde será descrito sucinta-

mente as informações referentes: aos autores, ano de publicação, objetivos, instrumentos utilizados e principais resultados.

Tabela 2
Artigos selecionados pós-análise de critérios de inclusão

Autores	Ano	Objetivo	Instrumentos	Principais resultados
Rey, Pacini & Chavira	2006	Verificar a prevalência e o impacto da fobia social na escolaridade (repetência) em uma amostra de estudantes adolescentes da cidade de São Paulo.	<i>Social Phobia Inventory</i> (SPIN).	Prevalência de 7,8% na amostra. Maior incidência entre estudantes do sexo feminino, com idade entre 12 e 15 anos. Aproximadamente 89% dos adolescentes com FS repetiram o ano na escola ao menos uma vez.
Vilete, Coutinho & Figueira	2004	Verificar a adaptação do SPIN.	<i>Social Phobia Inventory</i> (SPIN).	O formulário foi adequado para aplicação em escolas do município do Rio de Janeiro.
Martins, Almeida & Viana	2014	Validar a SASC-R para a população portuguesa.	<i>Social Anxiety Scale for Children-Revised</i> (SASC-R)	Possui boa consistência interna e uma validade de constructo bastante satisfatória. É uma escala útil na avaliação da FS em crianças.
Fernandes & Terra	2008	Relatar a prevalência e o impacto na escolaridade da fobia social em uma amostra de adolescentes.	<i>Social Phobia Inventory</i> (SPIN)	23,12% dos alunos apresentaram sintomas compatíveis com o diagnóstico de FS. As meninas tenderam a apresentar maior frequência de FS. Não foi encontrada associação significativa entre repetência e FS.
Blöte, Kint & Westberg	2007	Observar a relação entre ansiedade social de adolescentes e a maneira como eles são tratados pelos colegas de classe.	<i>Social Anxiety Scale for Adolescents</i> (SAS-A); <i>Class Behaviour Rating List</i>	A classe, de um modo geral, viu de forma negativa o comportamento dos alunos que apresentavam algum desconforto durante a apresentação oral. O professor da sala não percebeu as manifestações da turma por estar de costas para os alunos. As manifestações negativas foram percebidas pelo observador externo.
Camacho & Matos	2007	Estudar a relação existente entre as práticas parentais educativas, fobia social e rendimento acadêmico em adolescentes.	<i>Social Phobia and Anxiety Inventory for Children</i> (SPAI-C)	Maior incidência da FS no gênero feminino. Os jovens a quem os pais dão autonomia e carinho, têm tendência a ter um melhor rendimento acadêmico, bem como uma menor predisposição para apresentar FS. Os jovens que recebem proteção por parte dos pais têm tendência para apresentar sintomas de FS, e pior rendimento acadêmico.
Vilete, Figueira & Coutinho	2006	Adaptar o Social Phobia Inventory (SPIN) para o português	Tradução e adaptação do <i>Social Phobia Inventory</i> (SPIN)	Adaptação do SPIN para aplicação em escolas do Município do Rio de Janeiro

Autores	Ano	Objetivo	Instrumentos	Principais resultados
Van Ameringen, Macini & Farvolden	2003	Estudar os motivos que levaram portadores de transtorno de ansiedade a abandonar os estudos.	<i>Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Fear Questionnaire, Social Adjustment Scale (SAS) e Sheehan Disability Scale (SDS).</i>	23,9% dos entrevistados apresentaram sintomas compatíveis com FS generalizada. 48,75% dos pacientes abandonaram os estudos precocemente. Dos pacientes citados acima, 61,2% tinham diagnóstico de FS generalizada primária ou como comorbidade. As principais razões dadas para o abandono precoce foram: (1) Sentir muito nervoso na escola ou na sala de aula; (2) obter um trabalho ou ser independente; (3) estar entediado ou desinteressado na escola; e (4) problemas para falar na frente da turma.
Stein & Kean	2000	Investigar a extensão e o limite da incapacidade e redução da qualidade de vida associada com fobia social na comunidade.	<i>Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey.</i>	Pessoas com diagnóstico passado ou atual de FS apresentam problemas em diversos aspectos, como problemas familiares, de relacionamento, abandono precoce da escola e insatisfação com a vida. Os danos são maiores quando a FS é uma comorbidade de outros transtornos, como a depressão.
Fleitlich Bilyk & Goodman	2004	Descrever a prevalência de transtornos do DSM-IV a o padrão das comorbidades em escolares entre 7 e 14 anos.	<i>Development and Well-Being Assessment.</i>	12,7% da amostra apresentou, pelo menos um, diagnóstico de um transtorno apresentado no DSM-IV. Os mais comuns foram: transtorno de ansiedade (5,2%), sendo que a FS apresentou uma prevalência de 0,7%; transtornos depressivos (1,0%); TDAH (1,8%); transtorno opositor ou de conduta (7,0%).
Lindo et al.	2005	Determinar a prevalência de sintomas de FS em adolescentes do sexo masculino do Colégio Salesiano de Breña (Lima, Peru)	<i>Inventario de Fobia Social de Davidson (SPIN); Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)</i>	A FS é mais frequente entre os 11 e 12 anos, segundo o LSAS. A FS é mais frequente aos 11 anos, segundo o SPIN. 40,5% dos alunos apresentaram sintomas da FS, segundo o SPIN. Segundo o LSAS, 77,4% apresentaram FS ausente o leve; 20,5% apresentaram FS moderada; e 2,1% apresentaram FS severa. As disciplinas Geografia e Ciências Naturais apresentaram o menor rendimento acadêmico entre os alunos com FS.

A FS é analisada sob diferentes aspectos nos trabalhos revisados, tendo uma abordagem dentro dos transtornos ansiosos até as características específicas dentro da população de estudantes adolescentes. Há uma grande variação na prevalência dos transtornos mentais na infância e adolescência. Um dos principais fatores para esta grande variabilidade é a metodologia empregada nos estudos (Fleitlich & Goodman, 2000). Em um estudo realizado em Taubaté, Fleitlich-Bilyk e Goodman (2004) descreveram a prevalência dos transtornos mentais de acordo com o DSM-IV e o padrão das comorbidades em uma população de crianças e adolescentes estudantes entre 7 e 14 anos. Na pesquisa, foram entrevistados 1.251 alunos de escolas públicas urbanas e rurais e escolas privadas utilizando o formulário de Levantamento sobre o desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (*Development and Well-Being Assessment* – DAWBA, Goodman et al., 2000), ainda sem tradução, adaptação e validação para a população brasileira. O formulário é aplicado na forma de entrevista. Alunos a partir de 11 anos foram entrevistados de forma individual. Para os alunos menores de 11 anos, os responsáveis foram as pessoas entrevistadas. Os professores também participaram da pesquisa, respondendo um questionário de forma abreviada. Dentre os alunos avaliados, 12,7% (n=149) apresentaram um diagnóstico do DSM-V, sendo que 5,2% deste percentual apresentaram transtornos de ansiedade, estando a FS presente em 0,7% desta amostra. Além disso, 26% dos alunos com transtorno de ansiedade apresentavam algum outro transtorno como comorbidade, sendo os principais o transtorno depressivo e o transtorno disruptivo.

A prevalência da FS na população canadense foi maior de acordo com o estudo realizado por Van Ameringen, Mancini e Farvolden (2003). O objetivo desse trabalho foi investigar os motivos pelos quais os canadenses abandonaram os estudos precocemente, para isso, diversos formulários foram aplicados a 201 pacientes com idade entre 18 e 65 anos. Os formulários aplicados foram o *Beck Depression Inventory* (BDI, Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), o *Stait-Trait Anxiety Inventory* (STAI, Spielberger, Gorsuch, & Luchene, 1970), o *Fear Questionnaire* (Marks & Matthews, 1979), o *Social Adjustment Scale* (SAS, Weissman, & Bothwell, 1976) e o *Sheehan Disability Scale* (SDS, Sheehan, 1983), relativos a questões referentes à rendimento acadêmico, depressão, ansiedade, medo, ajustamento social e funciona-

lidade, respectivamente. Destes seis questionários utilizados, apenas o BDI e o STAI estão validados e favoráveis para serem aplicados na população brasileira. Das 201 pessoas analisadas, 48 (23,9%) apresentavam o diagnóstico primário de FS generalizada. Os outros transtornos incluíram Transtorno do Pânico/Agorafobia, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno do Estresse Pós-traumático, Fobia Específica, Tricotilomania e Depressão. A idade média de início dos sintomas relacionados à fobia social foi 11,40 anos.

A prevalência da FS entre estudantes adolescentes foi o objetivo de diversos estudos pelo mundo. Estes estudos avaliaram a prevalência de sintomas da FS em amostras de estudantes adolescentes, de ambos os sexos, de diversas classes sociais e de diferentes anos de escolaridade. O estudo realizado por Lindo e colaboradores (2005) direcionou a avaliação a estudantes apenas do sexo masculino. A pesquisa foi realizada com 648 estudantes com idades entre 11 e 18 anos do Colégio Salesiano de Breña, no Peru. Foram aplicados três formulários: o *Social Phobia Inventory* (SPIN, Connor et al., 2000), o *Liebowitz Scale for Social Anxiety* (LSAS, Bobes, Badia, & Luque, 1999) e um questionário complementar. O SPIN revelou que 40,5% dos estudantes apresentaram um escore compatível com o TAS. Os itens do SPIN com maior frequência foram: “Entre meus maiores medos estão fazer o ridículo ou parecer estúpido” (26,9%); “Evito falar com desconhecidos” (24,1%); “Evito fazer apresentações” (21,7%); “Me incomoda ficar vermelho diante das pessoas” (16,5%); “Faria qualquer coisa para evitar ser criticado” (16,2%); “Me dá medo ser criticado” (15,8%); e “Por temer parecer ridículo evito fazer coisas ou falar com as pessoas” (11,3%).

No entanto, o LSAS mostrou que 77,4% dos estudantes apresentavam fobia social ausente ou leve, 20,5% apresentavam fobia social moderada e 2,1% apresentavam fobia social severa. De acordo com os resultados, a idade de maior prevalência da FS foi entre 11 e 12 anos, segundo a classificação do LSAS. Os autores fizeram a correlação entre FS e baixo desempenho acadêmico por disciplina escolar. As disciplinas Geografia, Religião, Matemática, Arte e Ciências Naturais apresentaram as maiores correlações entre o transtorno e o baixo desempenho segundo o LSAS. De acordo com o SPIN, as disciplinas Ciências Naturais e Geografia apresentaram os mais baixos rendimentos, tendo Geografia a correlação mais significativa.

Os estudos realizados no Brasil abrangeram duas diferentes regiões. Além do comportamento e dos sintomas apresentados pelos fóbicos sociais, o impacto que o transtorno causa nos adolescentes também foi objeto de estudo. D'El Rey, Pacini e Chavira (2006) relataram a prevalência e o impacto na escolaridade da FS em uma amostra de adolescentes. O estudo foi realizado em uma escola particular, localizada no bairro da Água Rasa na zona leste da cidade de São Paulo. Cento e dezesseis alunos com idades entre 10 e 17 anos participaram do estudo. Os dados foram obtidos através da aplicação do SPIN (Vilete et al., 2004). Participaram do estudo 49 meninos (42,2%) e 67 meninas (57,8%). De acordo com o estudo, 7,8% (n=9) dos alunos obtiveram escore compatível com a presença de sintomas compatíveis com o diagnóstico de FS. Os participantes com sintomas relacionados à fobia social foram quatro do sexo masculino e cinco do sexo feminino. A maioria dos alunos (66,7%) com FS tinham idade entre 12 e 15 anos. O mesmo resultado foi encontrado quando o item ano de escolaridade foi analisado. Os 7º e 8º anos de escolaridade possuíam 66,7% dos alunos com FS. A maioria dos adolescentes com os sintomas do transtorno havia repetido pelo menos uma vez o ano na escola. Embora, 11,1% (n=1) da amostra de estudantes com FS não tenha histórico de repetência e 22,2% (n=2) tenham sido reprovados duas ou mais vezes.

Embora o SPIN também tenha sido o instrumento utilizado por Fernandes e Terra (2008), a prevalência do transtorno foi superior ao encontrado no estudo anterior. Os 493 alunos com idades entre 10 e 18 anos de uma escola pública e uma escola particular de Porto Alegre foram avaliados. Na amostra, houve predomínio do sexo feminino, 54,36% (n=268) dos participantes são meninas. Metade dos indivíduos (50,91%) pertenciam ao Ensino Médio, com idades entre 10 e 18 anos. A grande maioria dos participantes (82,56%) nunca havia repetido o ano. Cento e catorze alunos (23,12%) obtiveram escores compatíveis com o diagnóstico de FS (pontuação igual ou superior a 19 pontos). Os escores desses alunos variaram entre 19 e 61 pontos, com média de 27,5 pontos (DP=8,92). Não houve associação entre procedência e FS. As variáveis sexo e ano de escolaridade não apresentaram diferenças significativas com relação à FS. A menor frequência de FS foi encontrada entre alunos com idade entre 13 e 15 anos. A repetência raramente foi encon-

trada entre os alunos com FS. Apenas 17,54% dos fóbicos sociais relataram repetência. Os autores acreditam que pode haver sobreposição dos sintomas de FS com sintomas de ansiedade reacional devido à antecedência do vestibular, porque a série onde havia mais fóbicos sociais era o 3º ano do Ensino Médio.

Os autores acreditam que a elevada prevalência para os sintomas fóbicos nesta amostra, quando comparada com estudos anteriores, seja porque o instrumento de rastreamento utilizado avalia a presença de sintomas fóbicos sociais apenas na última semana, enquanto a FS é um diagnóstico que exige tempo maior de duração dos sintomas. Ademais, pode ter ocorrido sobreposição dos sintomas com ansiedade reacional devido à antecedência ao vestibular.

No que diz respeito à qualidade de vida, Stein e Kean (2000) investigaram a extensão e a redução deste item associado com a FS no Canadá. O método escolhido foi a aplicação do *Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey* (Boyle et al., 1996). Participaram do estudo 9.953 pessoas entre 15 e 64 anos. A prevalência de FS ao longo da vida foi de 13%. No estudo, a FS foi dividida em dois subtipos: apenas medo de falar em público e generalizada. O primeiro subtipo apresentou prevalência de 7%, enquanto o segundo subtipo obteve prevalência de 5,9%. Um terço das pessoas que relatou apresentar um quadro de FS ao longo da vida também apresentou um diagnóstico de depressão, sendo mais comum entre o subtipo generalizado. Além de contribuir para a ocorrência de prejuízos no cotidiano, como atividades diárias, ocupacionais, relacionamento, vida familiar, amizades e atividades de lazer, o diagnóstico de FS, principalmente do subtipo generalizado, foi associado com maior probabilidade de evasão escolar precoce. No estudo, 38,1% das pessoas com FS não completaram o ensino secundário.

Quanto ao rendimento acadêmico, Van Ameringen, Mancini e Farvolden (2003) observaram que 25,9% (n=52) pacientes não concluíram a escola secundária. No que diz respeito ao abandono da escola 98 (48,8%) respondentes afirmaram abandonarem precocemente; destes, 61,2% (n=60) tinha o diagnóstico de FS generalizada primária ou como comorbidade. As principais razões dadas para a evasão escolar foram: (1) sentir-se muito nervoso na escola ou na classe (22,4%; n=45); (2) trabalhar ou ser independente (20,9%; n=42); (3) estar entediado ou ser desinteressado na escola (20,4%; n=41); e, (4) ter problemas para falar

em frente à classe (16,9%; n=34). Quanto a escola não ser uma atividade prazerosa, 45,5% (n=90) dos pacientes informaram positivamente. As razões mais comuns para isso foram: (1) ter problemas para falar em frente à classe (28,4%; n=57); (2) sentir-se muito nervoso na escola ou na classe (25,4%; n=51); (3) estar entediado ou ser desinteressado na escola (20,9%; n=42); e, (4) sentir-se intimidado por professores e/ou colegas de classe (19,9%; n=40). Cerca de 121 pacientes afirmaram achar a escola um ambiente intimidador pelos seguintes motivos: (1) ter problemas para falar na frente da turma (36,8%; n=74); sentir-se muito nervoso na escola ou na classe (35,8%; n=72); (3) sentir-se intimidado pelos professores ou colegas (25,4%; n=51); e, (4) ter problemas para fazer amigos (18,9%; n=38). De um modo geral, 48,8% (n=98) dos entrevistados que possuíam transtornos de ansiedade afirmaram que abandonaram a escola prematuramente.

Muitos estudos têm como foco o comportamento apresentado pelos portadores de FS em diversas situações sociais. Blöte, Kint e Westenberg (2007) investigaram a relação entre adolescentes com FS e a maneira pela qual eles são tratados pelos colegas de classe. Participaram do estudo 55 estudantes que residiam na Holanda. O trabalho consistia em avaliar o comportamento da turma durante uma apresentação oral realizada pelos próprios alunos. Este tipo de atividade faz parte das tarefas educacionais normais nas escolas estudadas. Os temas apresentados foram escolhidos pelos próprios alunos. Previamente, os alunos preencheram o *Social Anxiety Scale for Adolescents* (SAS-A, La Greca, & Lopez, 1998). Durante a atividade, eles foram avaliados pela professora e por um observador externo. Este estudo demonstrou que os alunos portadores de FS eram tratados de forma menos positiva pelos seus colegas de classe, principalmente aqueles com FS mais acentuada. Este comportamento foi avaliado apenas pelo observador externo. O nervosismo evidente teve um efeito negativo sobre como a apresentação foi avaliada. Os alunos que se encontravam diante de um comportamento negativo da classe receberam as menores notas. Quanto melhor era a interação entre o apresentador e a turma, melhores foram as notas recebidas. A avaliação recebida pela apresentação não foi relacionada com a FS, mas relacionada com a interação social dos alunos que estavam realizando a apresentação com a turma e também com o comportamento da classe.

Durante as apresentações, alguns alunos apresentaram estar muito nervosos. Alguns começaram suas apresentações chorando, outros desculpendo-se alegando não estarem se sentindo bem e alguns se recusaram a realizar o trabalho, embora nem todos estes comportamentos tenham sido apresentados apenas por alunos com FS. A correlação entre a pontuação no instrumento utilizado e o nervosismo evidente não foi tão forte. Os autores acreditam que os diversos subtipos de FS possam estar envolvidos e cada um pode causar diferentes tipos de comportamento.

Os autores sugeriram que a reação negativa da classe à apresentação dos alunos com FS é uma repetição do que eles normalmente fazem no relacionamento cotidiano, uma vez que os alunos que estavam apenas nervosos na apresentação e geralmente tem relações sociais normais não encontraram reações adversas durante as suas apresentações. A relação existente entre as práticas parentais educativas, FS e rendimento acadêmico em adolescente foi estudada por Camacho e Matos (2007). A pesquisa foi realizada com 285 adolescentes entre 12 e 14 anos de idade e cursando os 7º e 8º anos de escolaridade na cidade de Setúbal, em Portugal. Os participantes responderam a três questionários, um com dados demográficos com informações sobre idade, gênero, profissão e escolaridade dos pais, quantidade e idade dos irmãos, com quem vive, o tipo de casa que habita, quantidade de quartos para dormir existentes na casa, também foi questionado se o adolescente tinha um quarto só para ele, se sai de férias com a família e se esta possui quarto, o Questionário de Ligação Parental – Adolescentes (QLP-A, Baptista et al., 1997; Parker, Tupling, & Brown, 1979) e o Inventário de Ansiedade e Fobia Social para Crianças (SPAI-C, Baptista et al., 1997; Beidel, Turner, & Morris, 1998). O QLP-A se destina a jovens com idade entre 12 e 17 anos. O questionário é composto de frases como “Fala comigo com voz calma e amiga”, “Deixa-me fazer as coisas como eu gosto” e “Tenta controlar tudo o que eu faço”. Cada item deste instrumento é avaliado de forma separada para pai e para mãe, em uma escala de 4 pontos, que varia entre 0 (nada parecido) a 3 (muito parecido).

Dos sujeitos que participaram da pesquisa, 51,2% (n=146) são do sexo feminino e 48,8% (n=139) são do sexo masculino. A idade dos participantes é entre 12 e 14 anos, com média de 12,8 anos. Quanto a escolaridade, 50,5% (n=144) têm

o 7º ano e 49,5% (n=141) têm o 8º ano. Os resultados revelaram que 63 participantes tinham FS, sendo 47 meninas e 16 meninos. Neste estudo, verificou-se que existem diferenças significativas entre os gêneros com relação à presença de FS. As meninas apresentaram níveis de FS maiores do que os meninos. A pesquisa demonstrou que quanto maior o nível de proteção dado pelos pais, maiores são os índices de FS. O estudo também apresentou um dado curioso; quanto maiores os índices de carinho dado pelo pai e autonomia dado pelo pai e mãe, menores foram os índices de FS. Também foi demonstrado que quanto mais carinho for dado pelo pai e pela mãe, e, quanto maior for a autonomia dada por parte do pai, melhor foi o rendimento acadêmico. Este estudo comprova que a forma como os pais tratam seus filhos pode influenciar ou não no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. A autonomia dada pelos responsáveis capacita os seus filhos a enfrentar, por conta própria, os problemas que surgem no cotidiano.

Devido à escassez de instrumentos específicos para a investigação da FS no contexto brasileiro, muitos trabalhos têm como objetivo adaptar formulários de levantamento da FS já utilizados em outros países. Por exemplo, os instrumentos X e Y foram adaptados por dois grupos: um em Portugal e outro no Brasil. É importante salientar que qualquer instrumento internacional já utilizado deve passar por diversas etapas de análise psicométrica, para que a mesma seja utilizada no Brasil. Isto é, além da adaptação são necessários testes de confiabilidade e validade para que a versão final do instrumento seja validada para a aplicação em amostras brasileiras.

A adaptação para o Português de Portugal do *Social Anxiety Scale for Children* - forma revista (SASC-R, La Greca, & Stone, 1993) para utilização com crianças e pré-adolescentes foi realizada por Martins, Almeida e Viana (2014). O SASC-R foi traduzido e adaptado pelos processos de: tradução, retroversão, confronto de versões, aplicação para uma amostra de 12 pré-adolescentes como pré-teste para avaliar a adequação e compreensão dos itens da versão experimental e elaboração da versão a utilizar no estudo. A análise da consistência interna do instrumento obteve 0,86 na escala um α de Cronbach. O instrumento foi dividido em três fatores. O fator 1, Medo de Avaliação Negativa (FNE), apresenta 8 itens e obteve um α igual a 0,85. O fator 1 avalia a

preocupação com a avaliação negativa por parte dos outros. O fator 2, Desconforto e Evitamento Social em Situações Novas (SAD-N), apresentou uma consistência interna de 0,73; este fato engloba 6 itens que refletem preocupação e mal-estar sentido em situações sociais novas. O terceiro fator, Desconforto e Evitamento Social Geral (SAD-G), diz respeito ao evitamento e ansiedade provocados por situações sociais gerais e é composto por 4 itens. Este fator obteve um α igual a 0,70.

O formulário foi aplicado em 486 estudantes com idades entre 9 e 15 anos de três escolas públicas da zona do grande Porto, em Portugal. Os autores concluíram que a versão do formulário foi adequada para a utilização no público a que se destina. O estudo mostrou que as crianças em níveis de escolaridade superiores apresentam mais ansiedade. Os pesquisadores acreditam que o aumento da ansiedade social seja consequência das mudanças e adaptações que os alunos passam na transição de um segmento de escolaridade para outro.

No Brasil, Vilete, Figueira e Coutinho (2004, 2006) realizaram dois trabalhos utilizando o SPIN. No primeiro trabalho, foi realizada a adaptação transcultural do formulário e, no segundo, a validação do mesmo para uso no país. A adaptação realizada por Vilete, Figueira e Coutinho (2006) teve como objetivo a utilização entre estudantes adolescentes. O SPIN é um questionário, originalmente em língua inglesa, composto por 17 itens que englobam três dimensões da fobia social: o medo, a esquiva das situações e os sintomas de desconforto físico. A adaptação envolveu quatro etapas: tradução, retroversão, apreciação das versões com elaboração de uma versão de consenso e pré-teste comentado com elaboração da versão final. O pré-teste foi realizado com a aplicação do teste a 20 adolescentes. Os adolescentes responderam aos itens e sugeriram modificações nas perguntas formuladas e no padrão de respostas.

Para verificar a validade da adaptação transcultural do SPIN, Vilete, Coutinho e Figueira (2004) realizaram estudo e posterior análise da confiabilidade do instrumento. A versão final do SPIN foi aplicada em estudantes adolescentes do 6º ao 9º ano de escolaridade de duas escolas públicas do bairro de Ramos no Município do Rio de Janeiro. Inicialmente, 398 alunos participaram do trabalho preenchendo pelo menos uma vez o instrumento, posteriormente, 190 participantes o preencheram pela segunda vez. Destes, 20 foram

excluídos do estudo em virtude de algum erro de preenchimento o que prejudicou o cálculo do escore final. Entre os alunos restantes, 139 eram da Escola Municipal João Barbalho e 31 da Escola Municipal Padre Manoel. A versão em Português do instrumento apresentou um grau de consistência interna das respostas considerado bom, estimado pelo α de Cronbach, quando utilizado em pesquisas. A análise estatística também demonstrou que o instrumento apresenta boa reprodutibilidade e estabilidade dos dados, independente do sexo, da idade ou do histórico de reprovação dos alunos

CONCLUSÃO

A Fobia Social é um transtorno com alta prevalência dentro da população. É um problema altamente incapacitante e que provoca diminuição na qualidade de vida, além de prejuízos acadêmicos e ocupacionais. Seu início na adolescência faz com que estes indivíduos evitem situações sociais durante um período da vida onde os relacionamentos com pares se tornam mais intensos e a vida escolar exige maior atenção.

Os educadores devem estar atentos ao comportamento dos alunos com FS para que os índices de evasão escolar e de reprovação desses indivíduos tenham uma menor frequência. Além disso, é necessário que se criem estratégias para que os fórbicos sociais sejam incluídos nas atividades do cotidiano sem desconforto e não sofram nenhum tipo de Bullying por parte dos colegas de classe. O diálogo com os responsáveis e terapeutas deve ser frequente para que o bem-estar desses alunos seja privilegiado.

A relação entre FS e estudantes adolescentes necessita de mais estudos com amostras diferentes para que a sua prevalência no Brasil seja determinada, assim como estratégias de intervenção para educadores de todo quadro técnico escolar. Ainda que a FS tenha uma alta prevalência na população, existe uma escassez de trabalhos envolvendo a relação entre o transtorno e os estudantes adolescentes. As justificativas para isso podem ser diversas: falta de interesse por parte dos educadores já que alunos com FS não dão trabalho na sala de aula; dificuldades em se publicar trabalhos no Brasil; o subdiagnóstico do transtorno; a crença de que a prevalência na população em geral pode ser aplicada a estudantes adolescentes.

Diante do exposto, se faz necessário um trabalho interdisciplinar entre cuidadores, educadores e terapeutas, para que os alunos que apresentam o transtorno possam se desenvolver de forma satisfatória e adequada. Contribuindo assim para um melhor bem-estar e qualidade de vida nos diversos contextos da vida destes alunos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington: APA.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Asbahr, F. R. (2010). Classificação diagnóstica. In: F. R. Asbahr. *Transtornos de ansiedade na infância e adolescência*. (pp. 33-42). 2 ed. São Paulo: Casa Leitura Médica.
- Ausec, I. C. O. (2007). Fobia social e sala de aula: quando a timidez gera necessidades educacionais especiais. In: Congresso Brasileiro Multidisciplinar de Educação Especial, 4, Londrina. *Anais do Congresso Brasileiro Multidisciplinar de Educação Especial*. Londrina.
- Baptista, A., Negrão A., Lory, & Carvalho, D. (1997). Práticas parentais educativas na adolescência. Desenvolvimento e validação do questionário de ligação parental &- forma adolescente QLP-A. Questionário de ligações parentais forma adolescente. *Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (4),157-168. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20070011>
- Barbirato, F., & Asbahr, F. (2014). Infância e adolescência. In: A.E. Nardi, J. Quevedo, & A.G. Silva (orgs). *Transtorno de ansiedade social: teoria e clínica*. (pp. 85-93). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1998). *SPAI-C. Social Phobia & anxiety Inventory for Children*. Canada: MHS.
- Blaya, C., Isolan, L., & Manfro, G. G. (2014). Comorbidades. In: A. E. Nardi, J. Quevedo, & A. G. Silva (orgs). *Transtorno de ansiedade social: teoria e clínica*. (pp. 73-83). Porto Alegre: Artmed.
- Blöte, A. W., Kint, M. J., & Westenberg, P. M. (2007). Peer behavior toward socially anxious adolescents: Classroom observations. *Behaviour Research*

- and Therapy, 45(11), 2773-2779. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2007.06.011>
- Bobes, J., Badia, X., Luque, A., Garcia, M., Gonzalez, M. P., & Dal-Re, R. (1999). Validation of the Spanish version of the Liebowitz social anxiety scale, social anxiety and distress scale and Sheehan disability inventory for the evaluation of social phobia. *Medicina clínica, 112*(14), 530-538. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10363239>
- Boyle, M. H., Offord, D. R., Campbell, D., Catlin, G., Goering, P., Lin, E., & Racine, Y. A. (1996). Mental health supplement to the Ontario Health Survey: methodology. *Mental Health, 41*(9), 549-58. Recuperado de <https://www.cpa-apc.org/Publications/Archives/PDF/1996/Nov/offord.pdf>
- Camacho, I., & Matos, M. G. D. (2007). Práticas parentais educativas, fobia social e rendimento acadêmico em adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 3*(2), 0-0. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872007000200003&lng=pt&nrm=iso
- Connolly, S. D., Saurez, L., & Sylvester, C. (2011). Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Current Psychiatry Reports, 13* (2), 99-110. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-010-0173-z>
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H., & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). *The British Journal of Psychiatry, 176*(4), 379-386. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
- Cordás, T. A. (2014). Histórico. In: A. E. Nardi, J. Quevedo, & A. G. Silva (orgs). *Transtorno de ansiedade social: teoria e clínica*. (pp. 15-21). Porto Alegre: Artmed.
- D'El Rey, G. J. F. (2001). Fobia social: mais do que uma simples timidez. *Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar, 5*(3), 273-276. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2006000100013>
- D'El Rey, G. J. F., Pacini, C. A., & Chavira, D. J. F. (2006). Fobia social em uma amostra de adolescentes. *Estud Psicol, 11*(1), 111-114. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2006000100013>
- Fernandes, G. C., & Terra, M. B. (2008). Fobia social-estudo da prevalência em duas escolas em Porto Alegre. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 57*(2), 122-126. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000200007>
- Fleitlich, B. W., & Goodman, R. (2000). Epidemiologia. *Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, 22*(2) 02-06. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600002>
- Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry, 41*(05), 645-655. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01855.x>
- Fleitlich-Bilyk, B., & Goodman, R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*(6), 727-734. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000120021.14101.ca>
- Isolan, L., Pheula, G., & Manfro, G. G. (2007). Tratamento do transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, 34*(3), 125-132. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000300004>
- La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescence: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*, 83-94. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1022684520514>
- La Greca, A. M., & Stone, W. (1993). Social Anxiety Scale for Children-Revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology, 22*, 17-27. doi: http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp2201_2
- Lindo, L., Vega, J., Lindo, M., & Cortés, J. (2013). Prevalencia de síntomas de fobia social en adolescentes varones del Colegio Salesiano de Breña. *Revista de Neuro-Psiquiatria, 68*(3-4), 228-240. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psi-quiatria/v68_n3-4/pdf/a11.pdf
- Marks, I. M., & Matthews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy, 17*, 263-267. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(79\)90041-X](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(79)90041-X)
- Martinez, A. S., de Oliveira, A. M., Badaró, A. C., Gomes, D. A. G., Peres, F. S., Tavares, F. S., ... & Lourenço, L. M. (2012). Periódicos da Capes: perspectiva das dissertações e teses sobre transtorno de ansiedade social/fobia social. *Interação em Psicologia, 16*(2), 283-292. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v16i2.24730>
- Martins, A. C., Almeida, J. P., & Viana, V. (2014). Ansiedade social na infância e pré-adolescência: adaptacao para o Portugues de Portugal da SASC-R. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 27*(2), 300-307. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201427210>
- Mochcovitch, M. D. (2014). Epidemiologia. In: A. E. Nardi, J. Quevedo, & A. G. Silva (orgs). *Transtorno de ansiedade social: teoria e clínica*. (pp. 23-27). Porto Alegre: Artmed.
- Morais, L. V. de, Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2008). Os prejuízos funcionais de pessoas com transtorno de ansiedade social: uma revisão. *Revista*

- de *Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30 (1), suppl. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000200007>
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Psychiatry*, 52, 1-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x>
- Salvador, M. (2009). *Ser eu próprio entre os outros: um novo protocolo de intervenção para adolescentes com fobia social generalizada*. Tese de doutorado. Universidade de Coimbra, Portugal.
- Schier, A., Ribeiro, N. P. de O., & Silva, A. C. (2014). Hipóteses etiológicas. In: A. E. Nardi, J. Quevedo, & A. G. Silva (orgs). *Transtorno de ansiedade social: teoria e clínica*. (pp. 29-34). Porto Alegre: Artmed.
- Sheehan, D. V. (1983). *The anxiety disease*. New York: Scribner.
- Sousa, J. P. M. de, Osório, F. de L., Schneider, B. Z., & Crippa, J. A. de S. (2014). Transtornos de ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada, ansiedade de separação e fobia social). In: G. M. Estanislau & R. A. Bressan, (orgs). *Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber*. (pp. 101-118). Porto Alegre: Artmed.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the Stait-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1606-1613. doi: 10.1176/appi.ajp.157.10.1606
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008) Social anxiety disorder. *The lancet*, 371 (9618), 1115-1125. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60488-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60488-2)
- Turkiewicz, G., Castro, L. L., & Joffe, V. (2010). Fobia social e mutismo seletivo. In: F. R. Asbahr. *Transtornos de ansiedade na infância e adolescência*. (pp. 129-148). 2 ed. São Paulo: Casa Leitura Médica.
- Valença, A. M. (2014). Psicopatologia e diagnóstico. In: A. E. Nardi, J. Quevedo, & A. G. Silva (orgs). *Transtorno de ansiedade social: teoria e clínica*. (pp. 49-55). Porto Alegre: Artmed.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., & Farvolden, P. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of anxiety disorders*, 17(5), 561-571. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00228-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00228-1)
- Vilete, L. M. P., Coutinho, E. D. S. F., & Figueira, I. L. D. V. (2004). Confiabilidade da versão em Português do Inventário de Fobia Social (SPIN) entre adoles-
centes estudantes do Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 89-99. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000100023>
- Vilete, L., Figueira, I., & Coutinho, E. (2006). Adaptação transcultural para o português do Social Phobia Inventory (SPIN) para utilização entre estudantes adolescentes. *Rev Psiquiatr RS*, 28(1), 40-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082006000100006>
- Weissman, M. M., & Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1111-1115. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770090101010>

Social Phobia in Adolescents: Academic Impact

ABSTRACT

The social anxiety disorder (SAD) is defined as pronounced fear or anxiety about one or more situations in which the person is exposed to possible reviewed by others. Through a systematic review of the FS in adolescent students, a literature review was conducted in Scielo databases, LILACS and PubMed, were analyzed 427 abstracts, 11 met the inclusion criteria. The FS is a highly disabling disorder and that leads to significant academic losses. Thus, educators must be aware of the difficulty in the classroom so they can be created teaching strategies involving these students in order to refer them to a specialist.

Keywords: Social phobia, Adolescence, School