



Avaliação de sintomas depressivos e de fobia social em estudantes de graduação

William Weber Cecconello
Francieli Batistella
Suzi Darli Zanchett Wahl
Marcia Fortes Wagner

Resumo: A presença de transtornos mentais traz inúmeros prejuízos aos indivíduos. Dentre essas perturbações, destacam-se a Depressão e a Fobia Social (FS). Ambos interferem diretamente na vida social do ser humano e, considerando a constante necessidade de interagir com outras pessoas, torna-se relevante investigar a comorbidades das sintomatologias dos transtornos. Este é um estudo quantitativo, observacional. A amostra constituiu-se de 40 estudantes de ensino superior. Os instrumentos utilizados foram Questionário de Ansiedade Social para adultos (CASO A-30) e Inventário de Depressão de Beck – BDI. Da amostra total, 67,5% (n=27) eram do sexo feminino e 32,5% (n=13) masculino, com média de idade de 25,9 anos (DP= 9,34). Os resultados evidenciaram que 62% (n=25) apresentaram sintomas de FS. Destes, 28% (n=7) apresentaram intensidade leve de sintomas depressivos e 20% (n=5) apresentaram intensidade moderada. Os dados obtidos sugerem que indivíduos com sintomas de FS apresentam comorbidade com sintomas depressivos.

Palavras-chave: Sintomas depressivos; Avaliação Psicológica; Fobia Social.

Evaluation of depressive and social phobia symptoms in undergraduate students

Abstract: Symptoms of mental disorders bring numerous prejudice to individuals. Among these disturbances, Depression Disorder and Social Phobia (FS) are highlighted. Both directly affect the social life of human beings and, considering the constant need to interact with others, it becomes important to investigate the symptomatology of comorbid disorders. The present study is configured as quantitative, observational. The sample consisted of 40 subjects, undergraduate students of an institution of higher education in the Rio Grande do Sul. The instruments used were Social Anxiety Questionnaire for Adults (SAQ-30) and Beck Depression Inventory (BDI). Of the total sample, 67.5% (n = 27) were female and 32.5% (n = 13) male, with a mean age of 25.9 years (SD = 9,34). The results indicated that 62% (n=25) showed Social Phobia symptoms. From this amount 28% (n=7) had mild depression symptoms and 20% (n=5) showed moderate intensity depression symptoms scores. The data suggest that individuals with symptoms of Social Phobia have comorbid depressive symptoms.

Keywords: Depressive symptoms, Psychological Assessment, Social Phobia.

Introdução

A presença de um transtorno mental na vida de um indivíduo traz inúmeros prejuízos e há um agravamento quando interfere nos relacionamentos interpessoais. É comum constatar que os transtornos mentais possuem comorbidades, implicando em maiores dificuldades na vida do sujeito. Dentre essas perturbações, destacam-se o Transtorno Depressivo e a Fobia Social (Ingram, Ramel, Chavira & Scher, 2005).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV-TR (American Psychological Association, APA, 2002), os principais sintomas depressivos caracterizam-se por humor deprimido na maior parte do dia, diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, pensamentos de morte, ideação e tentativa de suicídio.

Segundo Ferreira (2011), os sintomas depressivos têm um forte impacto sobre a saúde. Estima-se que o transtorno depressivo seja a principal perturbação mental, em quarto lugar no ranking das doenças. No Brasil, aproximadamente 10 milhões de pessoas apresentam este quadro psicopatológico, chegando a custar mais de 43 bilhões de dólares anuais em tratamentos e perda de produtividade. Fleck, Berlin, Lafer, Sougey, Del Porto, Brasil, Juruena, e Hetem, (2009) apontam que prevalência de depressão é mais significativa na população feminina, sendo de duas a três vezes mais frequente do que em homens.

Conforme o DSM-IV-TR (APA, 2002), a Fobia Social (FS), também pode ser denominada Transtorno de Ansiedade Social e se caracteriza principalmente por um medo persistente, considerado pela própria pessoa como excessivo, em uma ou mais situações de interação social, nas quais apresenta hipersensibilidade à crítica ou à avaliação negativa por parte dos demais. O diagnóstico é feito clinicamente e difere da timidez pela gravidade, persistência, prejuízo e sofrimento resultantes dos sintomas ansiosos. Sua cronicidade contribui para acentuar o prejuízo funcional e ocupacional do paciente. (Mululo, Menezes, Fontelle & Versiani, 2008).

Torna-se relevante identificar a presença de sintomas comórbidos, visto que a presença de dois ou mais transtornos psiquiátricos é mais comum do que apenas um transtorno, associados a um maior prejuízo na qualidade de vida do sujeito (Lacerda, Quarantini, Miranda-Scippa & Del Porto, 2009). A comorbidade entre depressão e a presença de sintomas de ansiedade vai de 33% a 51% em jovens adultos (Quevedo & Silva, 2013) e não raramente, indivíduos que preenchem critérios diagnósticos apenas para depressão, apresentam sintomas de ansiedade (Roberts & Kadashan, 2011).

A depressão tem como um de seus sintomas o isolamento social (Buarque, Santos & Silva, 2012) e as habilidades sociais necessárias para um relacionamento social satisfatório são desenvolvidas de acordo com nossas interações sociais (Pajares & Olaz, 2008; Olaz, 2009). É possível encontrar na literatura semelhanças entre os sintomas depressivos e de ansiedade social, sendo característico de pessoas com sintomas depressivos o isolamento social. Da mesma forma, indivíduos com FS procuram se esquivar de situações que exijam a socialização para evitar sentirem-se ansiosos (Ingram *et al.*, 2005).

Barlow e Durand (2008) sugerem que 70 a 80% de indivíduos com FS satisfazem os critérios para outros transtornos e, na maioria dos casos, este transtorno de ansiedade é precedente ao início do problema comórbido. Quevedo e Silva (2013) fazem referência ao fato de que a FS pode preceder um episódio de depressão maior em até 90% dos casos, o que pode sugerir que pode ser um fator de predisposição para um

futuro episódio depressivo. O DSM-IV-TR (APA, 2002) reforça que a FS pode estar associada a transtornos do humor e outros transtornos, geralmente precedendo os outros quadros clínicos.

Uma das características do indivíduo com FS é perceber a situação social como perigosa (Barlow & Durand, 2008) e esta questão pode ser agravada pelo fato de indivíduos com sintomas depressivos terem maior facilidade na evocação de memórias com conteúdos negativos (Blanco, Matute & Vadillo, 2012). Esta afirmação é corroborada nos estudos de Moser, Huppert, Foa e Simons (2012), que sugerem que frente a uma exposição de cenários neutros, existe uma semelhança entre FS e Transtorno Depressivo na falta de interpretações positivas e na redução da atenção voltada à tarefa. Morgan (2010) evidencia que indivíduos com alto grau de ansiedade social, ao focar em memórias de uma interação social com resultado desagradável, experienciam maior frequência de aumento no autorrelato de timidez do que quando instruídos para suprimir esta memória, um padrão que não se mantém em indivíduos com baixa ansiedade social.

Sintomas relacionados à exposição social estão presentes em ambas as patologias, sendo que pessoas com FS demonstram maior propensão a sentirem-se envergonhadas em público (Hedman, Strom, Stunkel & Mörtberg, 2013). Por outro lado, evidencia-se de forma empírica que eventos da vida, sobretudo negativos, podem desencadear o transtorno depressivo (Lima, Knapp, Blaya, Quarantini, Oliveira & Lima, 2008). Assim, indivíduos com sintomas depressivos demonstram maior sentimento de culpa em relação a situações nas quais se sentem envergonhadas, principalmente quando expostas a situações de contato social (Kim, Thibodeau & Jorgensen, 2011), bem como dificuldades de se expor a desconhecidos e controlar a agressividade diante de frustrações interpessoais (Fernandes, Falcone & Sardinha, 2012).

É da natureza humana viver em grupo e, enquanto ter amigos é considerado um aspecto normal e desejável, o isolamento social é compreendido como um dos sintomas que caracteriza a depressão. O isolamento social é uma experiência desagradável e as pessoas solitárias normalmente se descrevem como ansiosas, tensas, inquietas e entediadas, podendo vir a manifestar um comportamento hostil para com os demais. Jovens solitários relatam ter uma sociabilidade inibida, isto é, problemas relacionados às habilidades sociais (Caballo & Iurrtia, 2008).

Diversas investigações têm destacado a presença de sintomas que caracterizam a FS em estudantes de ensino superior. Os achados dos estudos de Iancu, Sarel, Avital, Abdo, Joubran e Ram, (2011) na aplicação da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz, (LSAS) em uma amostra de 300 estudantes israelenses, relacionam uma incidência de TAS de 12,3%, enquanto Tillfors e Furmark (2007), ao investigarem 753 estudantes universitários suecos através do instrumento denominado *The Social Phobia Screening Questionnaire* (SPSQ), encontraram uma prevalência de fobia social em 16,1 % da amostra, comparável com 15,6% relatado para a população em geral. Embora a maioria dos casos diz respeito a uma forma leve da doença, os autores destacam que comprova uma alta taxa de prevalência de fobia social em universitários e isso merece muita atenção por parte dos profissionais da saúde (Tillfors & Furmark, 2007).

Já nas pesquisas de Bella e Omigbodun (2009) com 413 estudantes universitários nigerianos, foi aplicado o instrumento *The World Mental Health*, versão inicial de uma entrevista de diagnóstico internacional (WMH-CIDI) e foi constatada a presença de sintomas de TAS em 19,8% da amostra. Destes sujeitos, 9,4% (n=39) preencheram critérios de TAS para a vida e 8,5% (n=35) a partir dos últimos 12 meses, indicando a relevância do ensino superior como fator ansiogênico. A prevalência de fobia social entre estudantes universitários nigerianos foi semelhante ao que foi encontrado entre os jovens em outras partes do mundo, mas são muito mais elevadas do que as taxas encontradas na população nigeriana em geral e foi relatada uma alta taxa de comorbidade com depressão, o que aumenta os prejuízos associados a esta doença (Bella & Omigbodun, 2009).

Ao avaliar sintomas de ansiedade social em uma amostra brasileira de estudantes de ensino superior, os achados de Baptista, Loureiro, Osório, Zuardi, Magalhães, Kapczinski, Filho, Freitas-Ferrari e Crippa (2012) indicaram a prevalência de 11,6%. Da amostra que apresentou sintomas de ansiedade social, 67,9% eram mulheres. Os resultados indicaram que o medo mais comum relacionava-se ao comportamento de falar em público. Os autores atentam ainda para o fato que, da população com sintomas que caracterizam ansiedade social, apenas um pequeno grupo de 0,8% já havia sido previamente diagnosticado e estava sob tratamento. Resultados semelhantes foram encontrados por Tillfors e Furmark (2007), indicando que, nos 16,1% de estudantes universitários que apresentavam sintomas de ansiedade social, o medo mais comum era falar em público e o perfil dos sujeitos era de jovens solteiros.

Estudos de Wagner, Oliveira e Caballo (2011) destacam que tanto pacientes depressivos quanto pacientes com ansiedade social demonstram níveis de habilidades sociais significativamente inferiores, se comparados à população em geral. Pureza, Rusch, Wagner e Oliveira (2012) corroboram estes achados, afirmando que os indivíduos podem obter melhora de sintomas de quadros depressivos e de ansiedade social ao desenvolverem suas habilidades sociais.

O presente estudo tem por objetivo principal averiguar a presença de sintomas depressivos em indivíduos com FS, investigando se há uma possível relação entre as sintomatologias de ambos os transtornos. Tem como objetivo secundário identificar variáveis sociodemográficas que possam auxiliar na compreensão dos resultados encontrados.

Método

Este é um estudo quantitativo, observacional. A amostra inicial constituiu-se de 40 sujeitos, sendo critério de inclusão serem maiores de 18 anos, de ambos os sexos e estudantes de uma instituição de ensino superior do interior do estado do Rio Grande do Sul. Foram excluídos do estudo sujeitos menores de idade e que não estivessem realizando curso de graduação na respectiva faculdade.

Os instrumentos empregados neste estudo foram:

Ficha de dados pessoais/sociodemográficos elaborada especificamente para este estudo, a fim de caracterizar os participantes.

Inventário de Depressão de Beck, BDI (Cunha, 2001): instrumento de autorelato com 21 itens, com escores que variam de 0 a 3 e que tem por objetivo medir a intensidade dos sintomas depressivos. Seus itens apresentam conteúdos cognitivo-afetivos e somáticos, tais como retraimento social, pessimismo, sentimento de fracasso dentre outros, podendo ser aplicado tanto em ambiente clínico quanto não clínico. O escore total é classificado de acordo com o nível da intensidade dos sintomas depressivos que variam entre mínimo (0-9), leve (10-16), moderado (17-29) e severo (30-63).

Questionário de Ansiedade Social para Adultos, CASO-A30 (Caballo, Salazar, Irurtia, Arias & Hofmann, 2010): instrumento de avaliação da presença de sintomas do Transtorno de Ansiedade Social (TAS)/Fobia Social composto de 30 itens, com uma escala Likert de 7 pontos de 0 (nenhum) a 6 (muitíssimo), respondidos de acordo com o grau de mal-estar, tensão ou nervosismo que o indivíduo apresenta em diferentes situações sociais. Os estudos brasileiros de fidedignidade do CASO-A30 demonstraram que o instrumento possui elevada consistência interna, com um coeficiente Alpha de Cronbach com valor $\alpha=0,93$. Apresenta uma estrutura de 5 fatores: Fator 1 – Falar em público e interação com pessoas em posição de autoridade, Fator 2 – Interação com o sexo oposto, Fator 3- Interação com pessoas desconhecidas, Fator 4- Expressão assertiva de incômodo, desagrado ou tédio e Fator 5-.Estar em evidência e fazer papel de ridículo. (Wagner, 2011).

Mediante autorização do responsável da Instituição de Ensino Superior, o estudo foi encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Meridional (IMED). Após a aprovação do CEP IMED sob o CAAE nº 0001.0.436.000-11, as atividades de avaliação foram divulgadas na instituição e os sujeitos convidados a participar da presente pesquisa. Os que aceitaram participar de forma voluntária assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foram informados acerca da natureza e dos propósitos do estudo, bem como da responsabilidade do pesquisador quanto ao sigilo da identidade dos participantes. A aplicação dos instrumentos ocorreu de forma individual ou coletiva, em uma sala da própria instituição. Os resultados foram codificados, tabulados e submetidos à análise estatística utilizando-se o software estatístico “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS) versão 20.0. Foi utilizada a estatística descritiva para os estudos de média, desvio-padrão e frequência.

Resultados

Da amostra total (n=40), 67,5% dos participantes (n=27) eram do sexo feminino, com média de idade 25,9 anos (DP= 9,34). Em relação ao estado civil, a maioria dos acadêmicos 82,5% (n=33) era solteira e realizava algum tipo de trabalho profissional junto com o estudo 57,5% (n=23).

A Tabela 1 descreve a caracterização da amostra de acordo com os principais dados sociodemográficos.

Tabela 1: Características sociodemográficas da amostra

Variável	Níveis	n	%
Sexo	Feminino	27	67,5
	Masculino	13	32,5
Estado Civil	Solteiro	33	82,5
	Casado	3	7,5
	Separado/Divorciado	1	2,5
	Morando com companheiro	3	7,5
Trabalho	Sim	23	57,5
	Não	17	42,5
Total		40	100

Entre os achados do presente estudo, comparando-se os índices da presença de sintomas depressivos apresentados por indivíduos com fobia social, percebe-se que 28% (n=7) da amostra apresentaram intensidade leve de sintomas depressivos e 20% (n=5) apresentaram intensidade moderada. Os dados descritos, com a média e o desvio padrão são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Distribuição, médias e desvios- padrão na comorbidade de sintomas depressivos e Fobia Social

Graus de sintomas Depressivos	Sujeitos com FS				Sujeitos sem FS			
	n	%	Média	DP	n	%	Média	DP
Mínimos	13	52	6,15	2,512	11	73	4,64	2,838
Leves	7	28	15,43	2,992	3	20	14,33	2,082
Moderados	5	20	21,80	1,304	1	6,7	22,00	0
Total	25	100	11,88	6,900	15	100	7,73	6,147

Os resultados da aplicação do CASO-A30 apontaram que 42% (n=17) dos sujeitos apresentavam Fobia Social Não Generalizada (FSNG), enquanto 20% (n=8) Fobia Social Generalizada (FSG). Dos indivíduos que apresentaram FSNG, 29,4% (n=5) apresentaram graus leves de sintomas depressivos e 11,8% (n=2) apresentaram graus moderados. Dos indivíduos com FSG, 37,5% (n= 3) apresentaram graus depressivos moderados e 25% (n=2) apresentaram graus leves. A Tabela 3 descreve os dados relacionados à presença de Fobia Social e intensidade de sintomas depressivos.

Tabela 3: Categoria de Fobia Social e intensidade de sintomas depressivos

	Amostra Total		FSNG		FSG		Sem FS	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grau dos sintomas Depressivos								
Sintomas mínimos	24	60	10	8,8	3	7,5	11	3,3
Sintomas leves	10	25	5	29,4	2	25	3	20
Sintomas moderados	6	15	2	11,8	3	7,5	1	6,7
Total	40	100	17	100	8	100	11	100

Discussão

Os resultados deste estudo evidenciaram uma amostra maior do sexo feminino. Este achado vem ao encontro da literatura sobre a prevalência dos transtornos de ansiedade na população em geral estar associada às mulheres (Barlow & Durand, 2008; Baptista *et al.*, 2012). O DSM-IV-TR relata também que “estudos epidemiológicos e comunitários sugerem que a FS é mais comum em mulheres do que em homens” (APA, 2002, p. 440). Outro dado que pode ser discutido diz respeito ao fato de que a maioria dos participantes possui estado civil solteiro, o que também vem ao encontro dos estudos de Tillfors e Furmark (2007) que encontraram alta prevalência de indivíduos solteiros com FS e da APA (2002) que sugere que sujeitos com este quadro clínico podem ter dificuldade para encontrar parceiros fixos e casar. APA (2002).

A prevalência de sintomas que caracterizam a FS, de acordo com o CASO-A30, foi de 42% (n=17). Os dados da literatura consultada que avaliaram a incidência de sintomas que caracterizam este transtorno mental em estudantes de ensino superior foram de 12,3% (Iancu *et al.*, 2011), 16,1% (Tillfors & Furmark, 2007) e 19,8% (Bella & Omigbodun, 2009). O presente estudo apresentou maior porcentagem de incidência de sintomas, o que pode ter ocorrido tanto pela forma de avaliação, visto que cada estudo utilizou-se de um instrumento de mensuração diferente, quanto pela particularidade das amostras das investigações, coletadas em locais diferentes.

Em relação à presença de sintomas depressivos em indivíduos com FS, várias investigações (Barlow *et al.*, 2008; Lacerda *et al.*, 2009; Bella & Omigbodun, 2009; Quevedo & Silva, 2013) confirmam essa associação. Outros pesquisadores como Falcone (2000) e Del Prette e Del Prette (2002) têm evidenciado a relação entre habilidades sociais e problemas psicológicos. Além disso, muitos pesquisadores têm focado seu interesse na relação entre FS, sintomas depressivos e uso de substâncias psicoativas (Barkin, Smith & Durant, 2002; Scheier, Botvin, Diaz & Griffin, 1999; Botvin & Griffin, 2004; Wagner & Oliveira, 2007, 2009).

Devido às limitações deste estudo, não foi possível estabelecer uma relação de causa e efeito entre sintomas depressivos e de FS, visto as semelhanças entre tais transtornos. Entretanto, a literatura pesquisada para tal estudo (Quevedo & Silva,

2013; Buarque *et al.*, 2012; Fernandes *et al.*, 2012; Moser *et al.*, 2012; Wagner *et al.*, 2011; Lacerda *et al.*, 2009; Lima *et al.*, 2008) sugere sintomas comuns às duas patologias. Desta forma, é possível concluir que sintomas de FS podem ocasionar isolamento e sintomas depressivos, bem como sintomas depressivos podem ocasionar uma maior percepção negativa à avaliação social.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao tamanho reduzido da amostra, visto que isto implica em dificuldades para análise de dados estatísticos. A aplicação dos instrumentos em uma amostra mais significativa traria maior precisão aos resultados. Como a literatura apresenta prevalência divergente entre homens e mulheres, e entre a população geral em localidades diversas, acredita-se que estudos futuros com triagem randômica em um número significativo de participantes poderiam ajudar a elucidar esta questão. Outros estudos acerca da presença da sintomatologia de ambos os transtornos podem tornar mais consistentes os dados relativos a esta questão.

Indica-se nos casos da presença de sintomas de FS e de depressão a necessidade de tratamento, visando uma melhor qualidade de vida. Tratamentos em grupo podem ser benéficos para pessoas com sintomas de depressão em comorbidade com sintomas de FS. Assim, sugere-se que o treinamento de habilidades sociais poderia propiciar uma melhor qualidade de vida nestes casos, visto que a socialização nos próprios grupos psicoterápicos pode ser benéfica, estimulando uma real exposição social somada aos benefícios da psicoterapia.

Referências

- American Psychiatric Association, APA. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. DSM-IV-TR. (4.ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Baptista, C. A., Loureiro, S. R., Osório, F. L., Zuardi, A. W., Magalhães, P. V., Kapczinski, F., Filho, A. S., Freitas-Ferrari, M. C. & Crippa, J. A. S. (2012). Social phobia in Brazilian university students: Prevalence, under-recognition and academic impairment in women. *Journal of Affective Disorders*, 136 (3), 857-861.
- Barkin, S. L., Smith, K. S. & Durant, R. H. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behavior among young adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 30(1), 448-454.
- Barlow, D. H. & Durand, V. M. (2008). *Psicopatologia: Uma abordagem integrada*. (4ª ed.). São Paulo: Cengage Learning.
- Bella, T. T. & Omigbodun, O. O. (2009). Social phobia in Nigerian university students: prevalence, correlates and co-morbidity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(2), 458-463.
- Blanco, F., Matute, H. A. & Vadillo, M. (2012). Mediating Role of Activity Level in the Depressive Realism Effect. *PLoS ONE* 7(9), 35-57.
- Botvin, G. J. & Griffin, K. W.(2004). Life skills training: empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 211-232.

- Buarque, B. S., Santos, T. C. N. & Silva, T. M. (2012). Prevalence of pression among elderly. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 6 (5), 1089-1096.
- Caballo, V. E. & Iruiria, M. J. (2008). Treinamento em habilidades sociais Em P. Knapp, et. al, *Terapia Cognitivo-Comportamental na prática psiquiátrica* (pp.454-467). São Paulo: Artmed.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruiria, M. J., Arias, B. & Hofmann, S. G. (2010). Measuring social anxiety in 11 countries: development and validation of the Social Anxiety Questionnaire for Adults, *European Journal of Psychological Assessment*, 26, 95-107.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da Versão em Português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2002) Transtornos psicológicos e habilidades sociais. Em H. J. Guillard (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 10. Contribuições da construção da teoria do comportamento* (377–386), São Paulo, ESETec.
- Falcone, E. O. (2000). Habilidades Sociais: para além da assertividade. In: R. C. Wielenska (Org.) *Sobre Comportamento e Cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos* (211-221), São Paulo, ESETec.
- Fernandes, C. S.; Falcone, E. M. O. & Sardinha, A. (2012) Deficiências em habilidades sociais na depressão: estudo comparativo. *Psicologia Teoria e Prática*, 14(1), 183-196.
- Ferreira, V. R. T. (2011). Perfil dos artigos sobre depressão em periódicos brasileiros. *Revista de Psicologia da IMED*, 3(1), 476-486.
- Fleck, M. P., Berlim, M. T., Lafer, B., Sougey, E. B., Del Porto, J. A., Brasil, M. A., Juruena, M. F. & Hetem, L. A. (2009). Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 47-63.
- Hedman, E., Ström, P., Stünkel, A. & Mörtberg, E. (2013). Shame and Guilt in Social Anxiety Disorder: Effects of Cognitive Behavior Therapy and Association with Social Anxiety and Depressive Symptoms. *PLoS ONE* 8(4), 162-188.
- Iancu, I., Sarel, A., Avital, A., Abdo, B., Joubbran, S. & Ram, E. (2011). Shyness and social phobia in Israeli Jewish vs Arab students. *Compr Psychiatry*, 6(4), 708-714.
- Ingram, R. E., Ramel, W., Chavira, D. & Scher, C. (2005). Social anxiety and depression. In R. W. Crozier, & L. E. Alden (Eds.), *The essential handbook of social anxiety for clinicians* (pp. 241–264). New York: John Wiley & Sons.
- Kim, S., Thibodeau, R. & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68-96.
- Lacerda, A. L. T., Quarantini, L. C., Miranda-Scippa, Â. & Del Porto, J. A. (2009). *Depressão: do neurônio ao funcionamento social*. Porto Alegre: Artmed.
- Lima, M. S, Knapp, P., Blaya, C., Quarantini, L. C., Oliveira, I. R., & Lima, P. A. S. P. (2008). Depressão. Em P. Knapp, et. al, *Terapia Cognitivo-Comportamental na prática Psiquiátrica* (p. 168-192). São Paulo: Artmed.
- Morgan, J. (2010). Autobiographical memory biases in social anxiety. *Clinical Psychology Review* 30(7), 288–297.

- Moser, J. S., Huppert, J. D., Foa, E. B. & Simons, R. F. (2012). Interpretation of ambiguous social scenarios in social phobia and depression: Evidence from event-related brain potentials. *Biological Psychology*, 89(2), 387–397.
- Mululo, S. C., Menezes, G. B., Fontenelle, L. & Versiani, M. (2009). Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(6), 221-228.
- Olaz, F. O. (2009). Contribuições da Teoria Social-Cognitiva de Bandura para o Treinamento de Habilidades Sociais. Em A. Del Prette, & Z. A. P. Del Prette, *Psicologia das Habilidades Sociais – Diversidade Teórica e suas implicações* (pp.109-148). Petrópolis: Editora Vozes.
- Pajares, F. & Olaz, F. (2008). Teoria Social Cognitiva e autoeficácia: uma visão geral. Em A. Bandura, R. G. Azzi, & S. Polydoro (Eds.), *Teoria Social Cognitiva – conceitos básicos* (pp. 97-114). Porto Alegre: Artmed.
- Pureza, J. R., Rusch, S. G. S., Wagner, M. & Oliveira, M. S. (2012). Treinamento de Habilidades Sociais em Universitários: uma proposta de intervenção. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8(1), 02-09.
- Quevedo, J. & Silva, A. G. (2013) *Depressão: Teoria e Clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Roberts, T. B. & Kadashan, J. E. (2011). Comorbid social anxiety disorder in clients with depressive disorders: Predicting changes in depressive symptoms, therapeutic relationships, and focus of attention in group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 49(12), 875-884.
- Scheier, L. M., Botvin, G. J., Diaz, T. & Griffin, K. W. (1999). Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education*, 29(4), 251-78.
- Tillfors, M. & Furmark, T. (2007). Social phobia in swedish university students: prevalence, subgroups and avoidant behavior. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(1), 79-86
- Wagner, M. F. & Oliveira, M. S. (2007). Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. *Psicologia Clínica*, 19(2), 101 – 116.
- Wagner, M. F. & Oliveira, M. S. (2009). Estudo das habilidades sociais em adolescentes usuários de maconha. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 101-110.
- Wagner, M. F., Oliveira, M. S. & Caballo, V. E. (2011). Treinamento de Habilidades Sociais e sua aplicabilidade na prática clínica. Em M.S. Oliveira, & I. Andretta (orgs.), *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental* (pp. 537-552). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wagner, M. F. (2011). *Evidências Psicométricas do Questionário de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A30)*. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Recebido em outubro de 2013

Aceito em abril de 2014

William Weber Ceconello: Bolsista de Iniciação Científica FAPERGS, Acadêmico do curso de Psicologia e integrante do Projeto de Pesquisa Avaliação e Promoção de Habilidades Sociais no Transtorno de Ansiedade Social da Faculdade Meridional (IMED).

Francieli Batistella: Pós-graduanda da Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental IMED, integrante do Projeto de Pesquisa Avaliação e Promoção de Habilidades Sociais no Transtorno de Ansiedade Social da Faculdade Meridional (IMED).

Suzi Darli Zanchett Wahl: Mestre em Matemática pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Professora e Pesquisadora Voluntária no Projeto de Pesquisa Avaliação e Promoção de Habilidades Sociais no Transtorno de Ansiedade Social da Faculdade Meridional (IMED).

Marcia Fortes Wagner: Mestre e Doutora em Psicologia PUCRS, Professora e Pesquisadora do curso de Psicologia, Coordenadora do Projeto de Pesquisa Avaliação e Promoção de Habilidades Sociais no Transtorno de Ansiedade Social e do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Habilidades Sociais (NEPHS) da Faculdade Meridional – IMED – RS.

Endereço para contato: willceconello@yahoo.com.br