



TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL EM UNIVERSITÁRIOS

Edina Campanholi de Souza (Psicologia, UNOPAR)

RESUMO: O presente projeto tem como foco principal o Transtorno de Ansiedade Social em Universitários, o qual será voltado para explicar o que é o Transtorno de Ansiedade Social, seguindo com um breve histórico sobre o Transtorno, os sintomas e consequências que o mesmo ocasiona na vida do indivíduo, e algumas causas do aparecimento do mesmo, através do DSM-5 (2014) e outras fontes bibliográficas. Na contextualização da pesquisa serão apresentadas as consequências que o mesmo ocasiona em Estudantes Universitários, que na maioria das vezes são negativas, pois pode levar o acadêmico a desistência de seu curso. Pesquisas apontam que a Terapia Cognitiva Comportamental, tem bastante eficiência no tratamento de Universitários e outros indivíduos com o Transtorno de Ansiedade Social, ressaltando que uso de medicamentos também é eficiente, porém apenas a medicação não resultará efetivamente, pois apenas estará ajudando a controlar a ansiedade, apresentando o quanto é necessário juntamente com a medicação a utilização de Psicoterapia.

PALAVRA CHAVE: Transtorno de Ansiedade Social; Estudantes Universitários; Tratamento.

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo compreender o transtorno de ansiedade social em universitários. Inúmeros estudos ilustram os prejuízos apresentados pelo transtorno. Segundo Furmark, (2002), fóbico social acaba por não concluir a graduação devida à limitação e dificuldades que o transtorno ocasiona em sua vida acadêmica. Verificou-se a necessidade deste trabalho devidos inúmeros artigos que ilustram a dificuldade que diversos acadêmicos com Transtorno de ansiedade social vêm enfrentando (Furmark 2002).

O transtorno de ansiedade social segundo o DSM-5 (APA, 2014) é caracterizado como sendo um medo constante de uma ou mais situações no qual o indivíduo é submetido a uma exposição e a uma avaliação por parte de outras pessoas, situações estas que o indivíduo teme em fazer algo ou se comportar de maneira humilhante na frente das demais. Indivíduos fóbicos acabam diminuindo a sua qualidade de vida, pode acontecer o abandono escolar, a baixa frequência em



Universidades, desemprego, nos casos mais graves o indivíduo acaba se isolando socialmente (LIEBOWITZ, 2005; PICON, 2006).

O método de pesquisa do trabalho e a pesquisa bibliográfica, que é elaborada com base em materiais já publicados, ou materiais impressos. Teve como fonte de pesquisa site como a scielo, Google acadêmico. O trabalho tem como objetivos descrever os sintomas da doença apresentada e muitas vezes confundidos com uma simples timidez, apresentar as consequências da doença, que na maioria dos casos é negativa e causa prejuízo para o Universitário, verificar alguns possíveis meios de tratamento.

Você já sentiu isso? Aquela sensação de desconforto, físico e emocional, como se o mundo fosse desabar em seus pés, como se as pessoas estivessem em constante avaliação e observação em relação aos seus desempenhos. Pois, bem continue lendo este artigo.

FUNDAMENTAÇÃO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS) apareceu primeiramente como sendo uma entidade diagnostica no DSM-III (APA, 1980) com critérios semelhantes, ao DSM-IV. Embora o diagnóstico, nunca tenha sido específico para adultos, crianças e adolescentes, os sintomas de ansiedade social eram classificados pelo DSM-III-R (APA, 1987) como sendo transtorno de evitação (TE), as características deste transtorno eram caracterizadas pelo medo e evitação em relação a pessoas estranhas. Por meio de pesquisas se percebeu que não havia diferença específica entre o transtorno TE e o TAS (Francis et al., 1992; Last et al., 1992). Por meio do DSM-IV (APA, 1994) foi decidido então excluir o TE como entidade diagnostica e os indivíduos com TE passaram a ser diagnosticados como tendo TAS (ISOLAN, PHEULA, MANFRO, 2007).

O transtorno de ansiedade social (TAS) ou a fobia social como é chamado segundo o DSM-5 (APA, 2014) se caracteriza por um medo constante de uma ou mais situações no qual o indivíduo é submetido a uma exposição e a uma avaliação



por parte de outras pessoas, situações estas que o indivíduo teme em fazer algo ou se comportar de maneira humilhante na frente das demais. A evitação destas situações se torna tão frequente e constante que é caracterizado como esquiva fóbica, sendo de extrema importância que a identificação deste transtorno seja feita de forma correta, diminuindo assim o sofrimento e prevenindo o desenvolvimento de outras morbidades piores (OSÓRIO, CRIPPA, LOUREIRO, 2005).

O transtorno de ansiedade social é conhecido como um transtorno psiquiátrico, pelo fato de acarretar o comprometimento funcional do indivíduo portador (Barlow, 1999). É um quadro patológico aonde a pessoa teme as convivências sociais nas mais diversas formas, pelo medo da humilhação ou constrangimento que possa passar ou uma avaliação negativa por parte de outras pessoas (Barlow, 1999). O TAS pode se tornar um fator de risco para o desenvolvimento da vida do indivíduo, pode trazer prejuízos no trabalho, no meio social aonde se está inserido, e no âmbito escolar (D'EL REY & PACINI, 2005).

Os problemas se tornam tão sérios que todo o tipo de eventos negativo de vida pode aumentar a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas físicos, emocionais e sociais (RUTZ, 2005).

Segundo o manual estatístico de transtornos mentais o DSM-IV-TR da associação psiquiátrica da América (2002) também caracteriza este transtorno como um medo excessivo de várias situações sociais, nas quais o indivíduo se sente envergonhado ao desempenhar alguma atividade, ou um medo excessivo de ser observado por outras pessoas, medo de ser humilhado. Os medos parecem ser bobos de tão simples que chegam ao ponto de ter medo de comer em público, frequentar banheiros públicos, falar em telefone na frente de outras pessoas, e geralmente quando estas situações não são evitadas, elas são enfrentadas com uma grande ansiedade e junto outros sintomas a mais como a palpitação, tensão muscular, sudorese, podem surgir outros sintomas como o medo ou esquiva de algum objeto ou situação, uma grande ansiedade antecipatória, quando próximo ao objeto ou a situação em questão: os sintomas desaparecem quando a pessoa está longe da situação fóbica (NARDI, 2000).



4º Congresso de Educação

3º Seminário de Letras

3º Simpósio de Psicologia do Esporte

2º Diálogos em Psicologia

Educação, Diversidade e Inclusão



Segundo Associação Americana de Psiquiatria o Transtorno de ansiedade social pode ser classificado em dois tipos: o generalizado ao qual é mais incapacitante para o indivíduo que sofre comprometimentos mais grave nas situações sociais em público e também nas situações de interação social, o indivíduo sente dificuldade para iniciar uma conversa, participar de grupos mesmo que seja pequeno, até mesmo ir à festas. E o segundo tipo é o circunscrito ao qual está restrita a uma ou duas situações específicas de desempenho como o falar em público, se alimentar na frente de outras pessoas e até mesmo escrever (DSM-IV, 2002; KNIJNIK, KRUTER, CORDIOLI & KAPCZINSKI, 2005).

Indivíduos fóbicos acabam diminuindo a sua qualidade de vida, pode acontecer o abandono escolar, a baixa frequência em Universidades, desemprego, nos casos mais graves o indivíduo acaba se isolando socialmente (LIEBOWITZ, 2005; PICON, 2006).

Estudos relatam que esse transtorno inicia-se na adolescência porém não existe um consenso sobre a idade de início e segundo Barros (2009) a fobia social se inicia em média a partir dos 15 anos de idade. Já Abumusse (2009) fala que a fobia social se inicia em média dos 11 a 15 anos de idade. As causas e o surgimento do TAS é bastante discutido por diversos pesquisadores, e segundo Hudson e Rapee (2000) a sua origem pode estar relacionada a fatores genéticos, familiares e fatores de Desenvolvimento. Segundo Knijnik (2008) o seu surgimento pode ocorrer por diversas causas múltiplas, resultante de interações entre fatores genéticos, biológicos, cognitivos, comportamentais psicológicos e até mesmo psicodinâmicos.

Segundo estudos estimasse que a prevalência do TAS seja alto na população, e estimasse que entre 5% e 13% da população presenta sintomas do TAS, resultando em dificuldades e limitações para o indivíduo (Nardi, 2000; Book & Randall, 2002; Picon, 2006). Estimasse que a maioria dos indivíduos com o TAS sofrem com outros transtornos resultantes do mesmo (OLIVARES Et al, 2003).

De acordo com a revisão atual da Classificação internacional de doenças (CID-10) apresenta que a fobia social se inicia na adolescência e pode estar associada a baixa autoestima, e relacionado ao medo constante de avaliação



negativa por parte de outras pessoas ocasionando o comportamento de esquiva, o que pode resultar a um isolamento social permanente. A organização mundial de saúde destaca que a fobia social esta relacionada à interação com pequenos grupos, e não apenas de estar junto com um grande número de pessoas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, OMS, 1993).

Segundo D'El Rey e Pacini (2006) existem alguns modelos cognitivos e comportamentais do TAS ou fobia social: Modelos antigos que focalizam no condicionamento clássico, e explicam que uma experiência desagradável, em uma interação social, poderia ocasionar o início de uma fobia social (Öst & Hugdahl, 1981) um exemplo é quando um aluno fica extremamente nervoso quando a professora pede para ele ler um texto diante dos colegas da sala, este acontecimento poderia fazer com que este aluno se esquivasse de ler e falar em público (D'EL REY E PACINI, 2006).

Déficit de habilidades sociais: segundo esta (teoria) indivíduos com TAS sofrem pela presença de um déficit nas suas habilidades sociais, um exemplo é iniciar uma conversa com alguém estranho, se comportar diante de uma entrevista de emprego entre outros. A ausência de habilidades sociais pode levar um indivíduo a se esquivar de situações sociais, no qual suas habilidades podem ser essenciais para um bom comportamento efetivo como numa entrevista para um emprego (D'El Rey e Pacini, 2006). Segundo estudos há uma alta prevalência de déficit de habilidades sociais em indivíduos com diagnóstico de fobia social, esta prevalência seria responsável pela manutenção do quadro fóbico (MERSCH, 1995; ÖST, JERREMALM & JOHANSSON, 1981).

Crenças irracionais: Para Ellis (1962) a ansiedade social poderia ser esclarecida pelas crenças irracionais de uma pessoa, um exemplo é as crenças que muitas pessoas têm de que, temos que causar uma boa impressão nas demais pessoas para sermos aceitos, ter em mente que devemos sempre ter um desempenho ótimo em determinadas situações cotidianas, para mostrar o nosso devido valor, porém pessoas que mantêm este tipo de crença tende a se cobrar muito, buscando sempre a perfeição e sem erros, este alto nível de exigência leva a



um nível elevado de ansiedade ao executar o comportamento e uma grande frustração quando algo ocorre bem (D'EL REY E PACINI, 2006).

Vulnerabilidade cognitiva: segundo Beck, Emery e Greenberg (1985) existem uma vulnerabilidade nos indivíduos com fobia social, que tendem a interpretar de forma errada o seu desempenho e também as situações sociais em que esta presente. E de acordo com os autores Beck, Emery e Greenberg (1985); Stopa e Clark (1993); Taylor, Woody, Koch, McLean, Patterson e Anderson (1997) o maior medo do fóbico social é ser o centro das atenções e de expor fraquezas, e tende a pensar que terá seu desempenho avaliado de forma negativa. Ainda segundo estes autores a falhas no processo cognitivo do fóbico social que tende a alterar a avaliação de suas experiências, e mantem pensamentos negativos sobre si e suas experiências (D'EL REY E PACINI, 2006).

O modelo cognitivo-comportamental proposto por Heimberg, Juster, Hope e Mattia (1995) o modelo consiste na presunção de que existe uma ação para o desenvolvimento do TAS que pode ser herdada, ou adquirida na infância ou adolescência, fatores como pais com TAS, uma superproteção dos pais ou isolamento social. Segundo os mesmos autores, estes fatores vividos na infância e adolescência, podem aumentar as chances da pessoa entrar em situações sócias de forma ansiosa, insegura, e formam cognições de que situações sócias são perigosas e que a única forma de preveni-las é evita-las, e tendem a antecipar seus sofrimentos antes mesmo de estar na situação em si e quando não conseguem evitar sofrem muito antes e durante tal situação (interação social) (HEIMBERG, JUSTER, HOPE E MATTIA 1995).

O TRANSTORNO EM UNIVERSITARIOS

Segundo Pereira e Lourenço (2012) o TAS tem sido um transtorno que vem afetando bastante os Universitários, considerando que ensino superior exige muita responsabilidade um bom desempenho acadêmico e um bom Desenvolvimento interpessoal (PEREIRA E LOURENÇO, 2012).



Segundo Figueredo e Barbosa (2008) no ambiente universitário é importante que o aluno se interaja com os demais alunos, e estar incluso em trabalhos acadêmicos que na maioria das vezes é oral e exige que o aluno exponha suas ideias, até mesmo em estágios aonde é necessário que o mesmo se exponha.

Tais situações geralmente ocorrem no início da graduação o que pode gerar para o fóbico social um grande sofrimento excessivo, o que faz com que o aluno se isole se escapando sempre de situações ao qual tenha que se expor gerando assim, uma falta de desenvolvimento no decorrer de sua graduação, gerando prejuízos para o seu crescimento profissional, o que pode gerar o abandono da graduação (FURMARK, 2000; FIGUEREDO & BARBOSA, 2008).

Shah e Katarina (2010) realizaram uma pesquisa com acadêmicos de várias Faculdades na Índia para verificar o impacto que causa a fobia social nestes estudantes, as pesquisadoras utilizaram os seguintes questionários: inventário de Fobia Social (SP1N) Escala Liebowitz de Ansiedade Social (LSAS), Escala de incapacidade de Sheehans (Sheehans Disability Scale); e o WHO Quality of Life — BREF — com objetivo de estar avaliando a qualidade de vida dos Universitários e os resultados foram de uma prevalência de 19,5% dos estudantes apresentavam sintomas de Transtorno de Ansiedade social, porém, não foi identificadas diferenças do transtorno em relação a sexo, renda familiar e moradia.

Segundo Shah e Katarina (2010) os cursos que apresentaram maior índice de fobia social foram Medicina e Engenharia, segundo as autoras os alunos relataram que as situações mais temidas eram: falar frente uma audiência (31%), expor ideias em uma reunião, ir a um banheiro público, ser o alvo das atenções de um grupo, os acadêmicos relataram que a fobia social não afeta apenas o meio acadêmico, mas sim o meio fora deste contexto (SHAH KATARINA 2010).

Hinrichsen e Clark (2003) investigaram a relação existente entre o processo cognitivo e a ansiedade social, em um grupo de estudantes Universitários que apresentavam alto e baixo nível de ansiedade social. E segundo os autores indivíduos com maior nível de ansiedade consegue identificar com maior clareza os



seus pensamentos negativos de forma antecipatória de que iriam ter um péssimo desempenho frente a uma atividade que envolva a interação social.

Hinrichsen e (Clark 2003) pediram para que cada um do grupo apresentasse um discurso para uma plateia e que transmitisse uma boa impressão e segurança, e depois do discurso era perguntado para cada um dos participantes o quanto se sentiram ansiosos, e quanto se sentiram seguros na apresentação, os resultados foram o seguinte; Universitários com alto nível de ansiedade frente a apresentação, apresentaram mais pensamentos negativos elevados e antes das apresentações apresentaram sensações de desconforto.

Segundo Hinrichsen e Clark (2003) estes universitários estavam mais preocupados em passar uma boa impressão e demonstrar segurança, ao invés de se preocuparem em ter uma boa apresentação e pensar no que poderia dar errado, eles ficam ainda mais ansiosos. Os Universitários têm um medo excessivo de avaliação e de críticas em apresentações de seminários e trabalhos acadêmicos, que chegam a avaliar o seu comportamento de forma negativa, o que leva a evitação destas situações, reforçando assim o comportamento de esquiva, acreditando que as pessoas estão em constante alerta em relação aos seus desempenhos (MULULO, MENEZES, FONTENELLE, VERSIAN, 2009).

A prevalência do Transtorno de Ansiedade Social, nos estados unidos é de 7% e as estimativas de prevalência de menos de 12 meses são localizadas em varias partes do mundo. As taxas de prevalência de 12 meses em crianças e adolescentes são comparadas a de adultos e decrescem no decorre da idade. Na população , em geral são encontrados taxas mais altas de Transtorno de Ansiedade Social em indivíduos do sexo feminino, sendo a prevalência mais profunda e anunciada em adolescentes e jovens adultos (DSM-5 2014).

Foram observados alguns sintomas ocasionados pelo TAS em Universitários que podem ser caracterizados pelo medo excessivo, desconforto físico e emocional antes de alguma interação social ou durante, e principalmente nas apresentações de trabalhos, tal problema pode ocasionar uma dificuldade de



concentração, muito medo causando um tremor físico e outros sintomas a mais que prejudicam o funcionamento cognitivo dos Universitários(STEIN & STEIN, 2008).

FORMAS DE TRATAMENTO

As formas consideradas mais eficazes de tratamento do TAS podem ser por meio de medicamentos e a psicoterapia, os medicamentos vão ajudar a pessoa a controlar a ansiedade e a reatividade emocional, as principais substâncias utilizadas são os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (fluoxetina, paroxetina e sertralina) e benzodiazepínicos (alprazolam) (FIGUEREDO, BARBOSA, 2008).

Segundo os autores Mululo, Menezes, Fontenelle, versiani a terapia cognitivo-comportamental (TCC) apresenta uma maior eficácia no tratamento do TAS, (Mululo, Menezes, Fontenelle, versiani, 2009). Ela visa auxiliar o paciente a achar os pensamentos, automáticos e distorcidos, e questionar quais as bases de início destes pensamentos bem como construir novas alternativas, menos prejudiciais e menos concretizadas (MULULO, MENEZES, FONTENELLE, VERSIANI, 2009).

A terapia cognitivo-comportamental possui a sua duração de tempo limitada, e voltada para o presente e o terapeuta junto com o paciente faz uma aliança colaborativa voltada à (questão) problema, o paciente com TAS aprende competências cognitivas e comportamentais para melhorar sua relação interpessoal e modificar pensamentos distorcidos (MULULO, MENEZES, FONTENELLE, VERSIANI, 2009).

A TCC leva o paciente a encarar os seus medos de forma sistemática e progressiva, e auxiliá-lo a reconstruir cognições mal estruturadas e em alguns casos e utilizado o treino de habilidades sócias (FIGUEREDO, BARBOSA, 2008).

As técnicas mais utilizadas na terapia cognitiva-comportamental para o tratamento do Transtorno de ansiedade social são as técnicas de habilidades sócias,



relaxamento, exposição, restruturação cognitiva (HEIMBERG, 2001; LINCOLN, RIEF, HAHLWEG, FRANK, SCHROEBER & FIEGENBAUM, 2003).

Técnicas de relaxamento, auxiliam o paciente a controlar seus sintomas fisiológicos antes e durante os eventos mais temidos, e a principal técnica utilizada no tratamento do TAS é o Relaxamento Progressivo de Jacobson. Segundo estudos as técnicas de relaxamento possibilitam ao indivíduo a exposição da situação que lhe causa desconforto, porém apenas esta técnica não são eficazes no tratamento do TAS (JERREMALM, JANSSON & ÖST, 1986; ÖST, JERREMALM & JOHANSSON, 1981; OTTO, 1999).

No treinamento de habilidades sociais segundo Argyle, Bryant e Trower (1974) as técnicas mais comuns e mais utilizadas são a modelagem feita pelo terapeuta, reforçamento social, ensaio comportamento e o treinamento que sempre é realizado pelo paciente fora em casa, estas técnicas têm se mostrado ser bastante eficazes na redução de ansiedade (CURRAN, 1982; HEIMBERG, JUSTER, HOPE & MATTIA, 1995; LINCOLN & COLS., 2003).

A técnica de exposição consiste em expor o paciente por meio da imaginação ou na situação real os estímulos temidos por ele, o primeiro passo é construir com o paciente uma lista de situações de esquiva, desde aquele que causa menos ansiedade até o mais temido, nos primeiros estágios do tratamento com exposição às situações são enfrentadas na presença do terapeuta após exposição repetida e longa, e quando não eliciar mais alto nível de ansiedade no paciente, passa-se ao próximo item da lista de problema formulada pelo paciente e terapeuta, e o processo continua até o paciente conseguir realizar todos os itens com mais tranquilidade e menos ansiedade (LINCOLN & COLS., 2003; MERSCH, 1995).

A restruturação cognitiva é feita por meio de uma série de intervenções da teoria e terapia cognitiva de Beck, Emery e Greenberg (1985) e Ellis (1962). Os pacientes são ensinados a identificar os pensamentos irracionais e negativos e corrigir os conteúdos distorcidos e crenças disfuncionais, que permite ao paciente perceber que em muitas vezes estava valorizando uma situação e desvalorizando a



4º Congresso de Educação

3º Seminário de Letras

3º Simpósio de Psicologia do Esporte

2º Diálogos em Psicologia

Educação, Diversidade e Inclusão



capacidade de enfrentar tal situação (CLARK & WELLS, 1995; LUOCK & SALKOVSKIS, 1988; TAYLOR & COLS., 1997).

A terapia comportamental também demonstra bastante eficácia no tratamento do TAS a mesma busca junto com paciente, localizar os estímulos que mantem o comportamento de esquiva, e ensiná-lo a localizá-los sempre que aparecer. A técnica bastante utilizada para isto é a técnica de exposição que objetiva expor o individuo as situações que causam ansiedade e medo, por meio de uma hierarquia criada juntamente com o paciente, ate que os sintomas de ansiedade e medo comecem a diminuir (MULULO, MENEZES, FONTENELLE, VERSIANI, 2009).

A técnica de exposição tem como objetivo expor o individuo em situação que é temida por ele, e como exemplo pode se dizer que uma criança que tem dificuldade de ir à cantina para lanchar junto com os demais colegas, por medo de passar mal na frente dos mesmos, tem como tarefa de exposição, permanecer na cantina diariamente por períodos cada vez maiores do que era acostumada antes, o mesmo processo de intervenção serve para crianças, adolescentes e adultos, e a exposição de estímulos temido deve ser feito de acordo com a dificuldade do individuo (CASTILLO, RECONDO, ASBAHR, MANFRO, 2000).

O treinamento no controle da ansiedade, que consistem em empear ao paciente a mesma experiência de ansiedade, para treina-lo a reconhecer sua presença. Primeiro passo se pede para o paciente, que recorde alguma situação no qual tenha experimentados moderados, leves e elevados níveis de ansiedade, e por meio da imaginação o paciente recorda deste evento, voltando a experimentar a ansiedade, na mesma situação o paciente identifica um acontecimento em que esteja relaxado, se concentrando nesta imagem, ajuda-se o paciente a encontrar a tal sensação de relaxamento (SUINN, 1985; SUINN e DEFFENBACHER, 1988).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos pressupostos teóricos que orientaram a pesquisa pode-se considerar que o transtorno de ansiedade social, realmente é algo muito serio e que



deve ser estudo mais a fundo, pois, esta se referindo na interferência do desempenho de futuros profissionais, que precisão ter um bom desenvolvimento interpessoal e saber lidar com situações de exposições, pois, quando formados seja qual for a sua área terá que lidar com pessoas e terá que se submeter a possíveis avaliações e críticas. Segundo algumas afirmações apresentadas o Universitário com o transtorno de ansiedade social, na maioria dos casos nem consegue chegar ao final da graduação, sendo aí algo bem sério, pois, interrompe o objetivo e os sonhos que é se formar e ser um bom profissional da sua área.

Diante dos fatos apresentados pode se compreender que o transtorno surge muito antes do jovem iniciar uma graduação, e pode estar relacionado a inúmeros fatores, que se não resolvidos com antecipação ocasionam inúmeras consequências para a vida do indivíduo. Diante desta perspectiva o principal objetivo desta pesquisa foi compreender o transtorno de ansiedade social em estudantes universitários, para poder entender mais a fundo sobre o que se tratava o referido transtorno e as suas possíveis causas para o início. Estar compreendendo os sintomas e consequências do mesmo e verificar os métodos mais eficazes de tratamento, para que o trabalho possa servir de referência para outros estudantes universitários que tenham interesse no assunto, e para ajudar indivíduos com os sintomas apresentados acima a procurarem ajuda, prevenindo assim consequências negativas. Com o intuito de que seja reconhecida a importância deste trabalho.

REFERÊNCIAS

BANACO, R. A. e ZAMIGNANI, D. R. (2004). **Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade.** Em: T. C. C. Grassi (org) Contemporary challenges in the behavioral approach: a Brazilian overview. Santo André: ESETec.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. **MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO:** ferramenta para a análise de dados qualitativos no saúde. 5. Ed. Brasília (DF): Rev Bras Enferm, 2004. p. 611-614.

D'EL REY, Gustavo J. Fonseca; PACINI, Carla Alessandra. **MEDO DE FALAR EM PÚBLICO EM UMA AMOSTRA DA POPULAÇÃO:** Prevalência, Impacto no



Funcionamento Pessoal e Tratamento. 2. Ed. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2005. 237-242 p. v. 21.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. Ed. São Paulo:Atlas,2002.146p.v.1.Disponível em:<https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf>. Acesso em: 04 maio 2017.

MOREIRA, Sabrina Maura; LOURENÇO, Lélio Moura. O estudo bibliométrico do transtorno de ansiedade social em universitários. 1. Ed. Rio de Janeiro: Arq. Bras. Psicol, 2012. v. 46.

MULULO, Sara Costa Cabral et al. **Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social.** 6. Ed. São Paulo: Rev. Psiquiatr. Clín., 2009. v. 36.

DSM-5. MANUAL DIAGÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. (American Psychiatric Association: Tradução: Maria Inês Correa Nascimento.. et al.) Revisão Técnica: Aristides Volpato Cordioli.. (et al.). – 5. Ed.- Porto Alegre: Artmed, 2014. Xliv, 948 p.; 25 cm.

OLIVEIRA, Maxwell Ferreira de. **Metodologia científica:** um manual para a realização de pesquisas em Administração / Maxwell Ferreira de Oliveira. -- Catalão: UFG, 2011. 72 p.: il.

OSÓRIO, Flávia de Lima; CRIPPA, José Alexandre de Souza; LOUREIRO, Sonia Regina. **Instrumentos de avaliação do transtorno de ansiedade social.** 2. Ed. São Paulo: Rev. Psiquiatr. Clín., 2005. V. 32.