

O Teste da Simulação do Falar em Público não gera ansiedade em adolescentes surdos ou ouvintes

The Public Speaking Simulation Test does not create anxiety in deaf or listeners adolescents

Cintia Nazaré Madeira Sanchez ✉

Pós graduação em Psicologia do desenvolvimento e aprendizagem, UNESP-FC Bauru-SP

Amauri Gouveia Junior ✉✉

Instituto de Ciências Biológicas, UFPA, Belém-PA

Este trabalho é parte da dissertação de mestrado da primeira autora

Resumo:

O presente trabalho pretendeu comparar a ansiedade relatada através da Escala Analógica de Humor (EAH) no Teste da Simulação do Falar em Público em adolescentes surdos e ouvintes. Participaram do experimento quinze surdos que dominam o alfabeto digital e a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) (grupo experimental) e quinze ouvintes (grupo controle) com idades entre 11 a 18 anos, pareados em relação a variáveis sócio-econômicas e sexo. Ambos os grupos foram submetidos individualmente ao teste da simulação do falar em público, no qual a escala analógica de humor foi aplicada nas fases de adaptação, pré-discurso, durante o discurso e pós-discurso. Os resultados obtidos em ambos os grupos indicam que para a população de adolescentes o teste não gerou a ansiedade tipicamente relatada em adultos e não houve diferença estatística significativa entre os grupos segundo tipo de linguagem usada.

Palavras-chave: surdez; ansiedade; língua brasileira de sinais; Teste da Simulação do Falar em Público.

Endereço para contato:

✉ Rua: Leopoldo Soares do Amaral, 225- Atibaia-SP - CEP: 12941-690 - Vila Junqueira - cintiamsanchez@hotmail.com

✉✉ agjunior@ufpa.br

Abstract

The purpose of this study was to compare the anxiety reported by deaf and normal hearing teenagers on the Public Speaking Simulation Test through the Humor Analog Scale (HAS). Fifteen deaf teenagers expert on the digital alphabet and on the Brazilian Sign Language (Libras) and fifteen normal hearing (control group) with 11 to 18 years of age participated on the study. Social economic class and genre were similar in the two groups. Both groups were individually submitted to a Public Speaking Simulation Test, and evaluated by the Humor Analog Scale applied on the adaptation phase, pre-speech phase, during the speech phase and after the speech phase. For the teenager population the test did not cause anxiety, typically obtained with adults. There was no significant statistic difference between the two different language groups.

Keywords: *deaf; anxiety; Brazilian Sing Language; Public Speaking Simulation Test*

Introdução

A deficiência auditiva ou surdez permanente é definida como uma perda auditiva bilateral, caracterizada por limiares auditivos superiores a 40 Decibéis (dB) no melhor ouvido, nas frequências de 500, 1000, 2000 e 4000 Hz, sem uso da prótese auditiva e atinge cerca de um em cada 1000 recém-nascidos. O valor se eleva para 20 a 40 para cada 1000 se considerar apenas crianças internadas em Unidades de Cuidado Intensivo Neonatais. Considerando os casos de surdez unilateral, a proporção é de 3 a 6 para cada 1000 recém-nascidos (Oliveira, Castro & Ribeiro, 2002).

As causas da surdez podem ser genéticas e não-genéticas, havendo 2 a 30% de casos em que não é possível classificar a causa, sendo denominada então surdez neurossensorial de etiologia desconhecida (Oliveira, Castro, & Ribeiro, 2002).

As classificações das perdas auditivas, de acordo com o grau da perda são: perda leve (26-40 dB); perda moderada (41-60 dB); perda severa (61-80

dB); perda profunda incluindo surdez (acima de 81 dB). (Silman & Silverman, 1997)

Adicionalmente, as classificações da surdez de acordo com o momento do aparecimento da surdez e suas consequências para o estabelecimento da linguagem são pré-lingual, que se caracteriza pela total ausência de memória auditiva e é extremamente difícil a estruturação da linguagem oral pelo aproveitamento auditivo residual; peri-lingual, a criança fala mas ainda não lê e é necessário um acompanhamento eficaz, para que não ocorra uma perda da fala; pós-lingual, a criança já fala e lê e não há regressão da fala devido o suporte da leitura. (Oliveira, Castro & Ribeiro, 2002; Lodi, 2005).

Independente da forma de classificação, um fato inerente a surdez é a impossibilidade de detecção da fala humana, total ou parcialmente, e este é o maior impacto na vida do indivíduo surdo, pois interfere na interação social e na principal forma de acesso ao conhecimento, que é a interação verbal (Fernandes, 2006). Portanto para viabilizar o aprendizado do surdo propõe-se o bilinguismo.

Uma proposta bilíngue para surdos necessita da utilização de uma língua de sinais próprios da comunidade surda. No Brasil, esta se denomina Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), pois os sinais que designam as propriedades linguísticas variam de cultura para cultura (Quadros, 1997). A LIBRAS é considerada uma língua por possuir estrutura e gramática própria, considerando o conceito de língua como um conjunto de convenções necessárias adotadas por uma comunidade (Saussure, 1987). Nas línguas orais auditivas, os elementos comunicativos são chamados palavras e na língua de sinais os itens lexicais recebem o nome de sinais. A diferença de língua de sinais é sua modalidade espaço-visual, ou seja, a realização dessa língua se dá através da visão e da utilização dos movimentos no espaço. Os sinais são formados pela interação de movimentos das mãos com suas formas e dos pontos no espaço ou no corpo onde estes movimentos são feitos (Quadros, 1997).

Ansiedade

A Ansiedade Normal é um estado emocional presente em todos os seres humanos, caracterizada “por um sentimento difuso, desagradável e de apreensão, frequentemente acompanhado por sintomas autonômicos, como cefaléia, perspiração, palpitação, aperto no peito e leve desconforto abdominal” (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

A ansiedade apresenta função adaptativa, quando é sinal de alerta à ameaça externa ou interna para prevenção do risco à vida, variando sua forma de expressão devido a fatores ambientais diversos, tais como os ligados ao desenvolvimento, à familiaridade com estímulo aversivo no mesmo ambiente e à posição do indivíduo na hierarquia de seu grupo social. O medo

também é um sinal de alerta similar, diferenciando-se da ansiedade por ser uma resposta a uma ameaça conhecida, identificável, externa e de origem não conflituosa (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

A ansiedade pode ocorrer em qualquer fase da vida do sujeito, mas exarceba-se na adolescência, pois esta fase de desenvolvimento apresenta um conjunto de mudanças evolutivas, de maturação física e biológica e de ajustamento psicológico e social. Os jovens nesta fase passam por adaptações, enfrentam realidades diferentes e, diante das dificuldades de adaptação, reagem e sentem-se ansiosos. Batista e Oliveira (2005) realizaram um estudo para investigar os principais sintomas de ansiedade em adolescentes. A pesquisa foi feita com 511 alunos com idade entre 14 e 18 anos, aplicando um instrumento de 75 itens em que os alunos deveriam escolher uma das seguintes respostas: sempre, às vezes ou nunca. Este estudo encontrou diferenças significativas entre o gênero masculino e feminino para os sintomas mais comuns de ansiedade. Nos adolescentes do sexo masculino, os sintomas de ansiedade mais comuns se agruparam em sintomas físicos e emocionais. Os sintomas físicos são: tremores, agitação, irritabilidade, taquicardia, dor de estômago e insônia e, os emocionais: medo, preocupação, nervosismo, pavor, aborrecimento e susto. Nas adolescentes do sexo feminino, o sintoma físico de ansiedade, mais comum, foi à impaciência e, os emocionais, foram o medo e o sentimento de incapacidade (Batista & Oliveira, 2005).

Portanto, ansiedade na adolescência é um tema pesquisado, mas poucos são os trabalhos de ansiedade em adolescente surdo.

Yucel e Sennaroglu (2007) realizaram um estudo com objetivo de avaliar a relação entre a percepção

de habilidade de fala e ansiedade traço-estado em adolescente surdo usuário de implante coclear. O impacto da percepção da habilidade de fala do pré-operatório e pós-operatório e o status da ansiedade traço-estado também eram avaliados. O estudo demonstrou que o escore de traço-estado em adolescente surdo usuário de implante coclear é igual ao escore de adolescente ouvinte e a análise do pós implante mostrou que ambos os escores de ansiedade traço-estado eram difuso, mas continuavam no limite normal. A correlação entre percepção de habilidade de fala e ansiedade traço-estado não é significativa em surdos usuários de implante coclear. Entretanto o escore de percepção de fala no pré-operatório era significativamente correlacionado com suas percepções da habilidade de fala no pós-operatório.

Li e Prevatt (2010) pesquisaram medo e ansiedade em adolescente surdo e deficiente auditivo e a habilidade de seus pais e professores em relatar a presença de medo e ansiedade. Os adolescentes surdos deste estudo apresentaram um nível significamente mais alto do que seus pares ouvintes de medo total, ansiedade total, medo do desconhecido, de ferimento, de animais pequenos, de procedimento médico e ansiedade concentrada. As meninas apresentaram mais medo total e medo do desconhecido e menos medo de ferimento, procedimento médico, de crítica e carência do que os meninos. Os pais apresentaram mais habilidades do que os professores para lidar com medo e ansiedade dos adolescentes.

Uma das formas de estudar a ansiedade humana é o uso de modelos de ansiedade experimental humana (Graeff & Guimarães, 2001) com uso de testes como o *Stroop Color*, o teste da simulação de resposta condicionada de condutância da pele e o teste da simulação do falar em público (*Public Speaking Test*).

O teste da simulação do falar em público foi desenvolvido e validado por McNair e colaboradores (1982), no seu formato original, cada sujeito permanecia numa pequena sala por toda sessão experimental. Era requisitado ao sujeito que preparasse um discurso sobre um determinado tópico. Na fase antecipatória do teste da simulação do falar em público, cinco sujeitos eram selecionados aleatoriamente e o discurso era sobre tópicos não-emocionais e não-pessoais. O sujeito escolhia um tópico e tinha dois minutos para preparar. Durante a performance, o sujeito falava em direção a uma grande platéia.

Guimarães e colaboradores (1987) modificaram o procedimento original e esta versão do modelo tem sido usada em vários estudos farmacológicos. Nesta versão do teste de simulação do falar em público, após um período de habituação ao laboratório, o voluntário senta-se em frente a uma câmera de vídeo. Solicita-se ao voluntário que prepare um discurso sobre um dado tema que será gravado em fita de vídeo. Fizeram-se medidas fisiológicas (pressão arterial, frequência cardíaca) e os voluntários preenchiam as escalas de avaliação em diferentes fases da sessão experimental: início, depois da adaptação, antes da fala, durante a fala e após a fala. Neste modelo de condicionamento aversivo, cada sujeito participa somente uma vez do teste. A sequência da sessão experimental está resumida na TABELA 1.

TABELA 1: Resumo dos tempos das fases do modelo de simulação do falar em público (baseada em Graeff e Guimarães, 2001).

Fase	Tempo
Adaptação	15 Min.
Antes de iniciar a fala	10 Min.
Durante a fala	1 Min.
Depois da fala	20 Min.

Um estudo comparativo mostrou que a simulação do falar em público aumenta a ansiedade em voluntários saudáveis independente do traço de ansiedade. Enquanto outros testes, como o teste *Stroop Color-Word* era ansiogênico somente em pessoas com traço de ansiedade aumentados (Palma, 1994), desta forma, considera-se que o teste da simulação do falar em público apóia-se em uma resposta espécie-específica, ou seja, induz ansiedade independente do traço de ansiedade.

Uma característica da versão do teste do falar em público desenvolvida por Guimarães é a utilização de escalas de auto-avaliação que são instrumentos usados para medir estados subjetivos, sendo, em geral, preenchidas pelo próprio sujeito (Guimarães, 1998).

As escalas de auto-avaliação podem ser de natureza discreta ou analógica. Na primeira, o sujeito assinala categorias intervalais ou qualidades de seu estado (por exemplo: pouco, às vezes, muito, quase sempre, quase nunca, bastante). Na segunda, o sujeito assinala em uma linha reta contínua que supostamente representa toda gama daquela situação (Guimarães, 1998).

As escalas analógicas visuais têm sido utilizadas para avaliar diversos aspectos subjetivos, entre eles a ansiedade, tanto em pacientes ansiosos quanto em pacientes submetidos à situação diversa: como reações de estudantes a exames (Kidson & Hornblow, 1982).

A escala analógica de humor é bastante utilizada no Brasil (Del Porto e colaboradores, 1983; Guimarães e colaboradores, 1987; Zuardi & Karniol, 1981; Zwicker, 1985; Zuardi e colaboradores, 1993, Hetem e colaboradores, 1996). Esta escala foi ori-

ginalmente proposta por Norris (1971), em inglês. Possui 16 itens, cada qual composto de uma linha reta de 100 mm que liga dois sentimentos opostos. Estes itens foram originalmente agrupados de forma intuitiva, em quatro fatores: (tranquilização, sedação física, sedação mental e outros sentimentos e atitudes).

A escala analógica de humor foi traduzida para o Português por Zuardi; Karniol (1981) que, com o objetivo de validar a tradução, reproduziram o trabalho de Bond e Lander (1974). Neste trabalho, Bond e Lander submeteram à escala analógica de humor 500 voluntários e concluíram, na análise fatorial das respostas, que os itens poderiam ser agrupados em três fatores, denominados, com base nos itens de maior peso, de tranquilização, sedação e contentamento. Zuardi e Karniol observaram que, diferentemente do trabalho original de Bond e Lader, as respostas dos 540 estudantes universitários brasileiros submetidos à escala no Brasil concentraram-se nos extremos da escala, isto é, estes resultados impossibilitaram a análise paramétrica e também diminuíram a sensibilidade da escala no aferir estados de humor/ emocionais (Guimarães, 1998).

Del Porto e colaboradores (1983) supuseram que a diferença entre os dados brasileiros e os ingleses seria devido à má interpretação das instruções de preenchimento da escala. Reaplicaram a escala em 436 estudantes universitários ampliando e detalhando as instruções originais e obtiveram respostas com tendência central (Guimarães, 1998).

Gorenstein (1984) considera que um treino prévio para o preenchimento da escala é fundamental. Além das instruções escritas, eles recebem instruções orais, com exemplos práticos sobre a escala. Na instrução oral, é enfatizado, como propôs Del

Porto (1983), que o extremo de cada linha deve ser considerado como equivalente ao máximo que você pode sentir naquele item, e que o centro da escala deve equivaler a seu estado habitual. Em outro estudo (Guimarães e colaboradores, 1998) concluíram que, após este treino prévio, o preenchimento da escala analógica de humor teve uma distribuição dos escores com tendência central.

Zuardi e colaboradores realizaram uma análise fatorial dos resultados do preenchimento da escala em situação basal com 90 voluntários. Agruparam os seis itens da escala em quatro fatores de acordo com seus pesos relativos e cada fator foi denominado com uma nomenclatura original (Zuardi e colaboradores, 1993). Esta divisão que foi utilizada neste trabalho e é descrita na TABELA 2.

Diversos trabalhos (Guimarães e colaboradores, 1987, Zuardi e cols., 1993, Hetem e colaboradores, 1996) observaram que a escala analógica de humor tem sido mais sensível para detectar efeitos de drogas na ansiedade do que o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Estes resultados também foram observados por outros grupos afirmando ser a escala analógica de humor mais sensível para avaliar ansiedade que o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (Egan e colaboradores, 1992, Kapezinki e colaboradores, 1994, Brown,

TABELA 2: Resumo das fases do teste da simulação do falar em público e a medida de ansiedade em cada fase (baseada em Graef; Guimarães, 2001).

Fase	Medida da ansiedade
Adaptação	linha de base
Antes	antecipatória
Durante	performance
Depois	linha de base

1990). Portanto, considerando as vantagens da Escala Analógica de Humor para medir a ansiedade, a dificuldade de material adaptado para surdos e que o Inventário de Ansiedade Traço-Estado exige mais domínio da língua portuguesa do que a Escala Analógica de Humor e que o surdo comumente tem dificuldade de leitura e escrita, este trabalho utilizou a Escala Analógica de Humor adaptada em língua brasileira de sinais e o alfabeto digital como instrumento para avaliar ansiedade no teste simulação do falar em público em surdos usuários de LIBRAS.

Considerando que:

A LIBRAS é uma língua, e, portanto equivalente à Língua Portuguesa;

O usuário de Libras tem o Português como segunda língua, apresentando dificuldades para entendimento desta;

A ansiedade de falar em público é considerada como espécie-específica, não devendo variar segundo a língua utilizada pelo voluntário;

O objetivo deste trabalho foi mensurar a ansiedade em surdos usuários da língua brasileira de sinais (LIBRAS), quando comparado ao falante da língua oral sem outros comprometimentos. Para tanto, pretendeu-se:

Comparar a ansiedade relatada entre não surdos e surdos usuários da língua brasileira de sinais (LIBRAS) na escala analógica de humor previamente adaptada a esta população (Sanchez e Gouveia Jr., 2007).

Método

Participantes: Trinta sujeitos participaram deste estudo. O Grupo Experimental foi composto de 15

surdos, de ambos os sexos, selecionados aleatoriamente, seguindo o critério de domínio da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) e o alfabeto digital (idade 11 a 18 anos), matriculados em um programa de reabilitação da cidade de Bauru-SP. O Grupo Controle foi composto de 15 ouvintes pareados com o grupo experimental de acordo com a idade, sexo e nível socioeconômico, matriculados em uma escola pública da cidade de Bauru.

Instrumentos: Foi utilizada a escala analógica de humor em duas versões: uma em português para o grupo controle e outra trilingue, contendo os termos em português, LIBRAS e alfabeto digital para o grupo experimental. A Escala Analógica de Humor é uma escala de auto – aplicação, composta por 16 itens, cada qual composto por linha reta de 100mm ligando dois adjetivos de sentidos opostos.

Procedimento: No grupo controle e experimental, o teste foi aplicado individualmente, em uma sala da própria escola ou no programa de reabilitação que eles frequentam. Foram explicados aos participantes os objetivos do trabalho e que o teste consistia no preenchimento da escala de avaliação em espaço de tempo determinado. A definição destes espaços de tempo baseou-se na literatura sobre o teste. Abaixo estão descritos em detalhes os momentos em que a escala foi aplicada.

Depois de 10 minutos de adaptação do sujeito à sessão experimental, solicitou-se ao sujeito que preparasse um discurso sobre um tema que lhe fosse constrangedor e que lhe seriam concedidos 2 minutos para falar, sendo seu discurso gravado em fita de vídeo e, posteriormente, analisado por uma equipe de psicólogos. O sujeito preencheu a escala nas seguintes fases da sessão experimental:

*Após dez minutos de adaptação no ambiente;
Durante dez minutos foram dadas as instruções que ele deveria em dois minutos preparar um discurso e teria dois minutos para falar;
Antes que ele iniciasse o discurso;
Durante a fala realizou-se uma pausa para o preenchimento da escala e o sujeito terminou o discurso após responder a escala;
Dez minutos após ter terminado o discurso.*

TABELA 3: Resumo das fases do teste da simulação do falar em público e a medida de ansiedade em cada fase (baseada em Graef; Guimarães, 2001).

Fase	Medida da ansiedade
Adaptação	linha de base
Antes	antecipatória
Durante	performance
Depois	linha de base

Os dados obtidos nas respostas da EAH neste experimento serão comparados com as respostas do Grupo Controle e com os dados da literatura dos estudos com a população ouvinte.

Análise estatística: Os resultados dos experimentos serão analisados por ANOVAS de uma e duas vias, seguida de testes de hipóteses apropriado, se necessário, entre a resposta dos ouvintes e dos surdos.

Resultados

A Tabela 4 apresenta os índices de ansiedade, sedação física, sedação mental, outros sentimentos e ansiedade total nas diferentes fases do teste da simulação do falar em público, nas quais foi aplicada a escala analógica de humor padrão no grupo controle e a escala analógica adaptada no grupo experimental.

No fator ansiedade, na fase de adaptação, o grupo controle apresenta um índice de ansiedade mais elevado que o grupo experimental.

Na fase imediatamente antes da fala, a ansiedade diminuiu em ambos os grupos.

Durante a fala, pôde-se observar uma diferença entre os grupos: no grupo controle a ansiedade aumenta e, no experimental, diminui.

Após a fala, também existe uma diferença entre os grupos: no grupo controle a ansiedade diminui e, no experimental, ela aumenta.

A diferença entre o grupo controle e o grupo experimental no fator ansiedade não é estatisticamente significativa [$F(1, 109) = 0,0642, p = 0,800$].

Pode-se observar que o grupo controle inicia a sessão com uma ansiedade total relatada elevada; após a explicação do procedimento e antes de iniciar a fala, a ansiedade diminui; durante a fala a ansiedade volta a subir e diminui, ao terminar o discurso.

O grupo experimental inicia a fala com a ansiedade total elevada, que diminui após a explicação do experimento e continua diminuindo durante a fala e após a fala.

Portanto, pode-se observar uma diferença dos índices de ansiedade total entre o grupo controle e experimental durante a fala: no grupo controle aumenta e no experimental diminui.

A soma dos fatores, isto é, o índice de ansiedade total não apresentou diferença estatística significativa entre os grupos [$F(1, 109) = 0,257, p = 0,618$].

A análise dos sub-componentes da escala analógica de humor: sedação física, sedação mental e outros sentimentos nas diferentes fases do teste da simulação do falar em público estão descritas a baixo.

No fator sedação física nas fases de adaptação, antes de iniciar a fala, durante a fala e após a fala, não há diferenças estatísticas significativas [$F(5, 109) = 0,332, p = 0,893$].

A diferença estatística entre o grupo experimental e controle, no fator sedação física, também não é significativa [$F(1, 109) = 2,307, p = 0,132$].

De forma similar, no fator sedação mental, no grupo controle e experimental nas fases de adaptação, antes de iniciar a fala, durante a fala e após a fala, no teste da simulação do falar em público não tem diferença estatística significativa [$F(5, 109) = 0,332, p = 0,893$].

TABELA 4: Fases de medida de ansiedade, sedação física, sedação mental, outros sentimentos e ansiedade total no teste da simulação do falar em público no grupo controle (ouvinte) e grupo experimental (surdo).

Fases	Ansiedade		Sedação Física		Sedação Mental		Outros sentimentos		Ansiedade Total	
	Surdos	Ouvintes	Surdos	Ouvintes	Surdos	Ouvintes	Surdos	Ouvintes	Surdos	Ouvintes
Adaptação	20,0±3,5	38,0±6,6	31,2±3,5	37,9±5,5	11,3±5,1	32,2±4,3	12,7±4,7	31,2±4,5	74,0±14,5	77,0±11,0
Antes	18,0±3,9	35,0±5,7	31,2±7,3	35,2±4,0	8,4±4,1	32,3±3,5	16,7±3,9	31,9±3,8	74,0±10,0	72,0±9,9
Durante	16,0±9,7	36,0±6,1	32,0±9,6	35,4±8,1	5,6±4,1	31,6±4,4	16,7±4,9	31,7±5,5	68,0±15,9	73,0±10,6
Depois	19,9±6,3	35,0±6,2	28,8±10,3	34,5±6,0	8,4±4,4	28,9±6,8	13,6±5,4	27,8±4,3	67,0±6,7	70,0±12,4

Pode-se observar uma diferença entre os grupos durante a fala: no grupo controle permanece estável e no grupo experimental há uma discreta diminuição. Ocorre uma diferença também após a fala: no grupo controle, neste fator, diminui e, no experimental, aumenta.

Neste fator, a diferença estatística entre o grupo controle e experimental também não é significativa [F(1, 109) = 0,661, p = 0,418].

Para o fator outros sentimentos, a diferença estatística nas fases de adaptação, antes de iniciar a fala, durante a fala e após a fala, no teste da simulação do falar em público não é significativa [F(5, 109) = 5,83, p = 0,713].

Neste fator, outros sentimentos, a diferença entre os grupos não é estatisticamente significativa [F(1, 109) = 0,10, p = 0,919].

Discussão

O teste da simulação do falar em público aplicado na presente amostra apresentou uma diferença entre os dados obtidos comparados com os da literatura, nos quais o sujeito inicia a sessão com a ansiedade mais baixa, aumentando antes de iniciar o discurso, alcançando seu pico durante o discurso e volta a diminuir ao terminar o discurso (por exemplo, Graeff e colaboradores, 2003). Os dados do presente estudo mostraram que, o grupo controle tem seu pico de ansiedade na fase de adaptação, diminuindo antes de iniciar o discurso, volta a aumentar durante o discurso e diminui novamente após terminar o discurso.

Estes dados podem sugerir que para a população estudada de adolescentes, tanto no grupo ouvintes

como no de surdos o momento em que ocorre maior ansiedade é no início do teste, sugerindo que para eles as condições prévias a um evento desconhecido geram ansiedade, mais do que quando recebem as informações sobre o procedimento. Portanto, possivelmente a condição de estar em uma situação nova sem informação sobre o que irá acontecer pode ter gerado ansiedade nos adolescentes.

Com relação ao teste da simulação do falar em público, pode-se concluir que, estatisticamente, o teste no grupo de adolescentes que compõem o grupo controle não gerou ansiedade.

Esta diferença entre os dados da literatura e os do presente trabalho provavelmente estejam relacionados com o fato de, na literatura, a população ser de universitários e, em nosso trabalho, a população é de adolescentes ou pelo fato de eles iniciarem o teste com a ansiedade elevada. Não existem trabalhos equivalentes ao nosso na literatura.

A LIBRAS é uma língua espaço-visual, ou seja, a realização desta língua é estabelecida através da visão e da utilização dos movimentos no espaço. Dessa forma a LIBRAS pode ser considerada como uma comunicação não verbal, empregando o conceito de comunicação não verbal de Silva (1996) como sendo a que acontece na interação de pessoa-a-pessoa, toda a informação obtida através dos gestos, posturas, expressões faciais, orientação do corpo e outros.

Silva e colaboradores (2000) conceituam a comunicação como sendo realizada de forma verbal e/ou não verbal, sendo que a verbal exterioriza o ser social e a não verbal o ser psicológico, ou seja, tem a função de demonstrar os sentimentos.

Ekman; Friesen (1969) classificaram os gestos em três categorias: os “ilustradores”, que são considerados os gestos mais comuns (os movimentos de braços e mãos que acompanham a fala e se relacionam com ela); os “emblemas”, que são os atos não verbais que têm uma tradução verbal específica conhecida pelo grupo; e os “adaptadores” que são de interesse para este trabalho.

Os “adaptadores” são movimentos ou posições nas quais partes do corpo tomam contato com outras partes do corpo, com objetos ou outras pessoas, demonstrando estados internos de ansiedade, nervosismo ou inibição (Poyatos, 1983, Knapp, 1985, Andersen, 1999 em Otta; Vasconcellos, 2003).

Existem três tipos de “adaptadores” (Vasconcelos; Otta, 2003):

“auto - adaptadores” ou comportamento de “auto-toque”, utilizados para aliviar o nervosismo

“objetos - adaptadores” ou “toque-objeto”, que é a manipulação de objetos

“outros - adaptadores”, ações para arrumar o outro.

A LIBRAS, enquanto língua gestual, pode se enquadrar nos “auto adaptadores”, sugerindo que devido sua topografia e não pela sua função gere o mesmo efeito, ou seja, seu uso alivia ansiedade, o que pode justificar a diminuição da ansiedade durante o discurso.

Portanto, considerando que os objetivos deste trabalho foram de mensurar a ansiedade relatada do surdo usuário de LIBRAS e do ouvinte usuários da língua oral no teste da simulação do falar em público, pode-se considerar que a escala analógica de humor adaptada não apresentou diferenças estatísticas ao mensurar a ansiedade em relação à escala padrão, permitindo seu uso nesta população e, em relação ao teste da simulação do falar em público, em ambas as amostras, o teste não gerou ansiedade e não apresentou diferenças estatísticas, o que pode indicar diferenças no valor aversivo da variável falar em publico para a população adolescente.

Referências

- Batista, M. A. & Oliveira, S. M. S. S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *Psic – Revista de Psicologia*, 6(2), 43-50.
- Bond, A. J. & Lader, M. H. (1974). The use of analogue scales in rating subjective feelings. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 47, 211-218.
- Brown, S. M. (1990). Quantitative Measurement of anxiety in patients undergoing surgery for renal calculus disease. *Journal of Advanced Nursering*, 15, 962-970.
- Del Porto, J. A., Laranjeiras R.R. & Mansur, J. (1983). Escalas de auto-avaliação de Estados Subjetivos. Influência das Instruções. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 32, 87-90.

- Egan, K. J., Ready, L. B., Nessly, M., & Greer, B. E. (1992). Self-administration of midazolam for postoperative anxiety: a double blind-ed study. *Pain* **49**, 3-8.
- Ekman, P. & Fuesen, W. V. (1969) The repertorie of non-verbal behavior: categories, origins, usage and coding. *Semiótica*, **1**, 49-98.
- Fernandes, S. F.(2006). *Práticas de letramento na educação bilingue para surdos*. Curitiba: SEED.
- Gorenstein, C. (1984). Estudo da equivalência de dosagem de hipnóticos benzodiazepínicos: Efeitos residuais e sedação aguda. Tese de doutoramento, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Graeff, F.G & Guimarães, F.S. (2001). *Fundamentos da Psicofarmacologia*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Graeff, F.G., Parente, A., Delben, C. M., & Guimarães, F.S. (2003). Pharmacology of human experimental anxiety. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, **36**, 421-432.
- Guimarães, F. S., Zuardi, A. W. & Graeff, F. G. (1987). Effect of chlromipramine and maprotiline on experimental anxiety in humans. *Journal of Psychopharmacology*, **3**, 184-192.
- Guimarães, F.S. (1998). Escalas analógicas visuais na avaliação de estados subjetivos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, **25**(5), 217-222.
- Guimarães, F. S, Zuardi, A.W., Gentil, V. & Graeff, F. G.(1998). A Importância do Treinamento Prévio para uma melhor utilização da Escala Analógica de Humor de Norris. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*, **10**, 5-7.
- Hetem, L. A. B., Viana, M., Guimarães, F. S. & Graeff, F. G.(1996). Papel dual da Serotonina na ansiedade. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*, **18**, 59-79.
- Kaplan, H. I, Sadock, B. J., & Grebb, S. (1997). *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Kapezinki, F., Curran, H. V., Gray, J. & Lader, M. (1994) Flumazenil has an anxiolytic effect in simulated stress. *Psychopharmacology*, **114**, 187-189.
- Kindson, M., & Hornblow, A. (1982). Examination Anxiety in Medical Students: Experiences with the visual Analogue Scale for Anxiety. *Medical Education*, **16**, 247-250.
- Li, H.&Prevatt, F.(2010). Deaf and hard of hearing children and adolescents in China: their fears and anxieties. *American Annals of Deaf*, **155**(4),458-466.
- Lodi, A. C. B. (2005). Plurilinguismo e surdez: uma leitura bakhtiniana da história da educação dos surdos. *Educação e Pesquisa*, **31**(3), 409-424.
- McNair, D. M., Frankenthaler, L. M., Czerlinsky, T., White, T. W., Sasson, S. & Fisher S. (1982). Simulated public speaking as a model of clinical anxiety. *Psychopharmacology*, **77**(1), 7-10.
- Oliveira P., Castro, F. & Ribeiro, A. (2002). Surdez infantil. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, **68**(3), 417-423.
- Palma, S. M., Guimarães, F. S, & Zuardi, A.W. (1994). Anxiety induced by simulated public speaking and Stoop Colour Word Test in healthy subjects: Effects of different trait-anxiety levels. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, **27**, 2895-2902.

- Quadros, R. M.(1997). *Educação de Surdos*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.
- Sanchez, C.M. & Gouveia Jr, A. (2008). *Adaptação da escola analógica de Humor para surdos*. *Revista Brasileira de Terapia comportamental*, X(2), 1-9.
- Saussure, F. (1987). *Curso de linguística geral*. São Paulo: Cultrix.
- Silman S. & Silverman C. A. (1997). Basic audiologic testing in S. Silman & C.A. Silverman (1997). *Auditory Diagnosis: Principles and application*. San Diego: Singular publishing group, 10-65.
- Silva, M. J. P. (1996). *Comunicação tem remédio – a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Gente.
- Silva, L. M. F., Brasil, V.V., Guimarães, H. C.Q. C. P., Savonitti, B. H. R. A. & Silva, M. J. P. (2002). Comunicação não-verbal: reflexão acerca da linguagem corporal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(4), 52-58.
- Vasconcelos, L. R. & Otta, E. (2003). Comparação do comportamento gestual entre maus e bons oradores durante a comunicação em público. *Psicologia em Revista*, 9(13), 153-158.
- Yucel, E. & Sennaroglu, G.(2007). Is psychological status a determinant of speech perception outcomes in highlyselected good adolescent cochlear implant users? *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 71(9),1415-1422.
- Zuardi, A. W. & Karniol, I. G.(1981). Estudo transcultural de uma escala de auto-avaliação para estados subjetivos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 31,403-496.
- Zuardi, A. W, Cosme, R. A., & Guimarães, F. S.(1993). Effects of ipsapirone and cannabidiol on human experimental anxiety. *Journal of Psychopharmacology*, 7, 82-88.
- Zwicker, A. P. (1985). *Efeitos neuroquímicos de tratamentos antidepressivos*. Tese de doutorado, Escola Paulista de Medicina. São Paulo.

Recebido em 2 de fevereiro de 2011
Aceito em 16 de agosto de 2011