

Controle de Respostas de Ansiedade em Universitários em Situações de Exposições Oraís¹

Control of Anxiety Responses in College Students in Situations Of Oral Presentations

Maria Aparecida de Oliveira²
Ângela Maria Menezes Duarte³
Universidade Católica de Goiás

Resumo

O presente estudo teve o objetivo de reduzir a ansiedade excessiva em universitários durante exposições orais em sala de aula. É sabido que a ansiedade excessiva causa grande desconforto e tem conseqüências negativas no desempenho acadêmico, podendo levar à evasão escolar. Cinco alunas universitárias de vários cursos, com idades entre 20 e 40 anos, participaram da pesquisa. O nível de ansiedade de cada participante foi avaliado por três medidas: (a) Escala de Medo de Avaliação Negativa (Fear of Negative Evaluation-FNE); (b) IDATE - Inventário de Ansiedade A-Traço e Inventário de Ansiedade A-Estado; e (c) Medida de Frequência Cardíaca em situações estruturadas. Controle experimental foi obtido utilizando um Delineamento de Linha de Base Múltipla entre Participantes. A intervenção incluiu vários procedimentos: preleção e leitura de textos didáticos, treinamento em relaxamento, exercícios de respiração, reestruturação cognitiva, treinamento em habilidades sociais com ênfase em habilidades para apresentações em público e aprovação social da adesão às recomendações. Os procedimentos ajudaram a reduzir todos os escores nas medidas de ansiedade utilizadas, com exceção da medida fisiológica da Frequência Cardíaca que sofreu poucas alterações. Os relatos verbais das participantes foram registrados durante todo o estudo e indicaram que a terapia as ajudou a alcançar uma importante melhora na qualidade de vida acadêmica e social.

Palavras-chaves: Ansiedade excessiva, apresentações orais, estudantes universitários.

Abstract

The present study had the objective of reducing excessive anxiety in college students during oral presentations in the classroom. It is known that excessive anxiety causes great discomfort and has negative consequences on academic performance and that it might lead to school evasion. Five female university students, 20 to 40 years old, from various courses, participated in the research. The level of anxiety of each participant was evaluated through three measures: (a) Fear of Negative Evaluation (FNE); State-Trait Anxiety Inventory (STAI); and (c) Measure of Hearth Beat Frequency in structured settings. Experimental control was achieved using a Multiple Baseline Between Subjects Design. The intervention included various procedures: Lectures and readings of academic texts, relaxation training, breathing exercises, cognitive restructuring, training in social skills with emphasis in skills for public presentations and social approval of adherence to the therapist's recommendations. The procedures helped to reduce all scores in the measures of anxiety used, except the physiological measure of Hearth Beat Frequency that showed little change. The participant's verbal reports were taken regularly throughout the study and indicated that the therapy helped them to achieve important improvement in the quality of academic and social life.

Key Words: Excessive anxiety, oral presentations, university students.

¹O presente trabalho se baseia na dissertação de mestrado da primeira autora que atuou como terapeuta pesquisadora sob a supervisão da segunda autora.

²Endereço para correspondência: drduarte@netgo.com.br

³Endereço para correspondência: cida@ucg.br

A ansiedade tem sido objeto de interesse desde a antiguidade, mas estudos sistemáticos se tornaram freqüentes a partir do século XIX (Peluso e Blay, 1994). A ansiedade continua sendo estudada por autores de diversas abordagens, que a definem, estabelecem critérios para classificá-la de acordo com seu nível normal ou patológico e identificam variáveis importantes em casos específicos como o da ansiedade de falar em público.

Skinner (1953/2000) define a ansiedade como uma condição emocional complexa e aversiva que é condicionada como resultado de um emparelhamento de estímulos. Um único evento aversivo pode levar uma condição de ansiedade a ficar sob o controle de estímulos incidentais. Desta forma, os reflexos emocionais condicionados podem ser ativados freqüentemente. Os estímulos aversivos fortes quase sempre são precedidos de estímulos característicos que podem tornar-se geradores de ansiedade.

Millenson (1967/1977) concorda que a ansiedade é produzida através de um condicionamento resultante do emparelhamento de estímulos. Um estímulo originalmente não aversivo é emparelhado com um estímulo aversivo produzindo uma resposta condicionada. Acrescenta que a ansiedade pode ser medida observando-se seus efeitos nas atividades operantes do organismo.

A ansiedade normal é definida por Andrade e Gorenstein (1998) e por Amorim-Gaudêncio, C. e Sirgo, A. (1999), como uma resposta de adaptação do organismo, propulsora do desempenho e com componentes psicológicos e fisiológicos. A ansiedade passa a ser patológica quando a intensidade ou freqüência da resposta não corresponde à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione. De acordo com esses autores, essa classificação vai depender da situação em si, das características do indivíduo e da interpretação que ele faz da situação.

Kaplan e Sadock (1990) definem a ansiedade patológica como sendo uma resposta inade-

quada a um determinado estímulo, em virtude de sua intensidade ou duração. Consideram que sentir ansiedade ou desconforto em situações de exposição pessoal é normal e aceitável. A patologia é definida a partir do momento em que o sofrimento trazer prejuízo à pessoa em função dos comportamentos de fuga e esquiva de situações importantes da vida acadêmica, social e profissional do indivíduo.

Alguns autores (Barlow, 1988; Zimbardo, 2002) enfatizam que para diferenciar ansiedade normal da patológica é necessário considerar quanta ansiedade a pessoa experiencia em determinada situação, quanto tempo dura o episódio, com que freqüência ela ocorre e o número de comportamentos evitativos disfuncionais que são provocados pela ansiedade. Outro aspecto importante a ser considerado é a avaliação da própria pessoa que experiencia a ansiedade.

De uma maneira geral, entende-se que o componente mais importante da ansiedade é a apreensão em relação ao futuro, influenciando na percepção, na aprendizagem, e no desempenho em geral (Drever, 1952; Murray, 1971; Wolpe 1958 citados por Genescá e Neves, 1980).

Para Zimbardo (2002), a competição e a realização individual, excessivamente valorizadas nos dias atuais, podem dar origem à ansiedade social. Neste contexto, os indivíduos desenvolvem atitudes que atendem às expectativas alheias para que possam ser aceitos, sob pena de sofrerem rejeição e desvalorização.

Atendendo a um esquema no qual o sucesso é mensurado em termos de se ser "o melhor", torna-se fácil compreender de que maneira se formam as expectativas de desempenho elevadas. Não ser o melhor significa "fracasso", o que reforça a crença de que só é amado quem é competente e quem tem um desempenho brilhante.

Craske e Barlow (1993/1999) sugerem que o medo e a evitação decorrentes da ansiedade social prejudicam o funcionamento social e

ocupacional de um número considerável de indivíduos, comprometendo seu desempenho acadêmico e futuro profissional num grau significativo.

Para Johnson (1998, citado por Escudero, 1999), as expectativas do mercado de trabalho com relação aos novos profissionais são de que tenham uma sólida formação acadêmica, capacidade de análise, de tomar decisões, curiosidade intelectual, determinação, liderança, alto grau de motivação e principalmente competência interpessoal.

Ciente dessas expectativas do mercado, o aluno começa, ainda na universidade, a se sentir pressionado a preparar-se para uma atuação eficaz em seu campo profissional. Esta exigência, aliada à certeza de que nem todos serão absorvidos pelo mercado de trabalho, principalmente na realidade brasileira, pode gerar desconforto e ansiedade (Escudero, 1999).

Martinez et al. (2000), concordam que as exigências acadêmicas de apresentação de trabalhos e seminários em sala de aula ou mesmo exposição de opiniões em grupo, são bastante freqüentes na vida universitária, podendo produzir alto nível de ansiedade. Em pesquisa realizada no Brasil com estudantes universitários, essas autoras encontraram que 90,69% da amostra estudada apresentou preocupações referentes ao medo de falar em público e lidar com superiores.

Quanto ao medo de avaliação, Genescá e Neves (1980) estudaram a influência das atitudes dos professores nos comportamentos dos alunos comparando a relação entre índice de respostas ansiosas e circunstância ambiental particular (situação-prova). Os resultados comprovaram que alunos apresentam maior índice de ansiedade em situações de prova com professores considerados como muito ansiogênicos do que, em iguais condições, com professores considerados como pouco ansiogênicos. Concluíram que há uma grande influência da atitude do professor nas respostas de ansiedade dos alunos.

Para Skinner (1953/2000), os reforçadores usados pelas escolas consistem em boas notas, promoções, diplomas, graus e medalhas, todos associados com a aprovação. Não obstante, o professor pode punir com a retirada de aprovação ou afeição, definindo assim uma forma de controle aversivo. Os reforçadores positivos disponíveis nas escolas podem ser usados como base para estimulação aversiva condicionada na forma de ameaça de reprovação ou expulsão (resposta adequadamente ou será reprovado e perderá estima).

Sidman (1989/2001) salienta que tirar notas altas pode não significar necessariamente um esforço para obter reforço positivo, mas apenas uma esquivada de notas baixas. Neste caso, a esquivada da punição, representada pela reprovação, seria a base para atingir objetivos, uma vez que o erro é repreendido e o acerto ignorado. Sidman acredita que, ao fazer uso do controle aversivo, o professor coage os alunos a cumprir seu papel de assistir aula, apresentar trabalhos, realizar seminários e provas, tornando a vida acadêmica pouco gratificante e bastante ansiogênica.

As situações que requerem que o aluno fale em público, como durante a apresentação de trabalhos e seminários, avaliações orais e participação durante aulas, podem constituir práticas coercitivas sob controle aversivo que são provocadoras de ansiedade excessiva. Nestas circunstâncias, é comum observar comportamentos de fuga e esquivada (faltar aulas, recusar a participar das atividades) que acabam por prejudicar o rendimento acadêmico do aluno ou mesmo aumentar os índices de evasão escolar.

Segundo Escudero (1999), o medo de falar em público em estudantes universitários, pode transformar-se em um sofrimento muito grande por representar um aspecto bastante valorizado no meio acadêmico.

A ansiedade excessiva frente a situações de interação social e exposição está relacionada a uma forte motivação para causar boa impressão nos outros, bem como a dúvidas acerca da própria habilidade em conseguir tal impres-

são. Ao mesmo tempo em que o indivíduo quer causar boa impressão, não sabe como atingi-la; acredita que não conseguirá se enquadrar nas preferências dos outros; acha que parecerá pouco competente; acredita que algum evento prejudicará a auto-apresentação, levando-o a perder a consideração pública (Falcone, 1995).

As reações corpóreas experimentadas diante das situações de falar em público podem incluir tremores, sudorese, gagueira, taquicardia, rubor, relaxamento dos esfíncteres, falhas na memória (branco) e vontade de escapar daquela situação.

Para Zimbardo (2002), a ansiedade experimentada frente ao público afeta a atuação do indivíduo, a maneira como os outros o irão avaliar, o que por sua vez vai afetar aquilo que pensa de si mesmo. Os alunos com esse tipo de ansiedade têm dificuldades em participar de seminários, não fazem perguntas para tirar suas dúvidas durante as aulas e não são capazes de pedir ajuda para seus problemas. A consequência disso é o baixo desempenho acadêmico, reprovações, dúvidas quanto à escolha profissional ou até mesmo a desistência do curso universitário.

A literatura pertinente apresenta várias sugestões de intervenções capazes de reduzir o grau de ansiedade em variados tipos de pessoas e situações. O presente estudo não pretende avaliar as diferentes formas de tratamento, mas sim testar um pacote de intervenções que possa ser implementado no contexto de atendimento clínico estudantil, dentro da universidade, com o objetivo de reduzir a ansiedade excessiva relacionada a exposições orais.

Método

Participantes

Os participantes da pesquisa foram recrutados por meio de anúncios nos meios de comunicação internos e externos da Universidade Católica de Goiás (Jornal Flash UCG - on-line e impresso, espaços da UCG nos Jor-

nais "O Popular" e "Diário da Manhã"). As inscrições foram feitas pessoalmente com o preenchimento de um questionário estruturado que tinha o objetivo de identificar as situações e estímulos geradores de ansiedade, as respostas fisiológicas, comportamentais e o grau de comprometimento acadêmico do aluno.

Dos 71 candidatos inscritos - a maioria do sexo feminino - cinco alunas de diversos cursos foram selecionadas para participar da pesquisa por atender todos os critérios de seleção pré-estabelecidos (por exemplo, alto nível de ansiedade, história de reprovação acadêmica, risco de abandono do curso e disponibilidade de tempo compatível com o da terapeuta/pesquisadora para atender às sessões). Se alguns dos candidatos inscritos do sexo masculino tivessem atendido aos critérios de seleção, teriam sido incluídos na pesquisa para balancear quanto ao sexo, mas isso não ocorreu.

As participantes tinham de 20 a 40 anos e apresentavam queixa de ansiedade excessiva em situações acadêmicas que exigiam o comportamento de falar em público: apresentações ou avaliações orais em sala de aula e tirar dúvidas durante as aulas ou em palestras. Todas relataram que pensavam em deixar de estudar em função da ansiedade que sentiam. A seguir são apresentadas informações específicas de cada participante:

Participante 1 - (P-1)

Idade, condição civil: 21 anos de idade, solteira.

Situações ansiógenas: apresentação oral nos seminários universitários.

Sintomas mais comuns: taquicardia, tremor, sudorese principalmente nas extremidades, boca seca e agitação.

Participante 2 - (P-2)

Idade e condição civil: 32 anos de idade, casada.

Situações ansiógenas: interagir com grupos de pessoas, conversar com autoridades, falar

em público formal e informalmente, expressar desagrado, ser observada quando estava escrevendo, fazendo avaliação oral ou tirando dúvidas durante aulas ou palestras. Considerava-se ansiosa na maioria das situações, mesmo fora do ambiente escolar e atribuía tal estado ao fato de estar desempregada e ter que depender do esposo financeiramente.

Sintomas mais comuns: taquicardia, tremor, sudorese, tonteira, tensão muscular, extremidades geladas e amnésia temporária. Aos 14 anos, começou a tomar medicamento para combater a ansiedade (Valium) e após um episódio de depressão pós-parto, tomou fluoxetina. Interrompeu o uso de medicamentos aproximadamente 16 meses antes do início de sua participação neste estudo.

Participante 3 - (P-3)

Idade, condição civil: 22 anos de idade, solteira.

Situações ansiógenas: apresentação oral nos seminários universitários.

Sintomas mais comuns: taquicardia, tremor, boca seca, náuseas, tonteira.

Participante 4 - (P-4)

Idade, condição civil: 20 anos de idade, solteira.

Situações ansiógenas: apresentação oral nos seminários universitários.

Sintomas mais comuns: taquicardia, tremor, sudorese, extremidades geladas, boca seca e vontade de chorar. Anteriormente havia usado a fitoterapia e psicoterapia sem observar melhoras.

Participante 5 - (P-5)

Idade, condição civil: 39 anos de idade, casada.

Situações ansiógenas:

Considerava-se muito ansiosa desde a infância e atribuía o agravamento deste estado à alta exigência do esposo que era percebido por ela como ansioso e perfeccionista. Ficava excessivamente ansiosa ao conversar com pessoas desconhecidas ou autoridades, falar em

público informalmente ou formalmente, expressar desagrado, ser observada enquanto escrevia, fazer avaliação oral e tirar dúvidas tanto durante as aulas, quanto em palestras. Ficava muito ansiosa também quando cometia erros mínimos no trânsito, ou quando tinha que estacionar o carro em ruas movimentadas.

Sintomas mais comuns: taquicardia e sudorese.

Ambiente e Materiais

A maior parte da pesquisa foi desenvolvida em um consultório psicológico de 5m x 5m de dimensão, contendo uma escrivaninha, 03 cadeiras almofadadas, uma poltrona reclinável modelo "Cadeira do Papai", um micro computador Pentium III de 210 Mhz e um aparelho de som micro-system. O consultório faz parte do Setor de Psicologia da CAE - Coordenação de Assuntos Estudantis, que presta atendimento de orientação e aconselhamento aos alunos da Universidade Católica de Goiás. Alguns procedimentos envolveram situações estruturadas de exposição e foram realizados fora do consultório, em salas de aula da UCG.

Para as Participantes 1, 2 e 5, as situações de exposição em público ocorreram na sala de espera da CAE, com audiência variando de 10 a 20 pessoas e em salas de aula com até 30 alunos.

Para as Participantes 3 e 4, as exposições em público foram realizadas dentro do consultório, com audiência de 03 pessoas, incluindo a psicoterapeuta, pois inicialmente as participantes não aceitaram se expor em sala de aula, por ser uma situação muito aversiva. As apresentações tiveram a duração de 3 a 5 minutos e consistiram de avisos ou resumo de textos sobre temas variados escolhidos em comum acordo com a terapeuta.

Os instrumentos de medida da resposta de ansiedade e os recursos pedagógicos e de terapia são descritos no procedimento e incluíram questionários, inventários, folhetos e textos explicativos, instruções, registros de

automonitoramento e de frequência cardíaca.

Procedimento

O nível de ansiedade de cada uma das cinco participantes foi avaliado por meio de três tipos de testes: (a) A Escala de Medo de Avaliação Negativa (Fear of Negative Evaluation-FNE); (b) o IDATE que é subdividido em Inventário de Ansiedade A-Traço e Inventário de Ansiedade A-Estado; e (c) Medida de Frequência Cardíaca.

A Escala de Medo de Avaliação Negativa (Fear of Negative Evaluation-FNE) foi desenvolvida por Watson e Friend (1969, citado por Echeburúa, 1997). Segundo Echeburúa (1997), esta escala tem o objetivo de avaliar o componente cognitivo da ansiedade social, medindo o grau de temor que as pessoas sentem diante da possibilidade de serem julgadas negativamente pelos demais. A escala é constituída de 30 itens do tipo "Verdadeiro" ou "Falso", com escores que vão de 0 a 30. Um dos pontos de corte propostos para diferenciar a população "sã" da acometida por ansiedade social é de 24.

Segundo Echeburúa (1997), esta escala tem validade científica comprovada e detecta as mudanças provocadas pela terapia. É um instrumento complementar rápido, voltado para os aspectos cognitivos da ansiedade social sendo considerado bastante útil. É muito utilizado na avaliação de fobia social por ser eficiente na previsão do progresso terapêutico a longo prazo.

Na situação de teste, era solicitado às participantes que assinalassem cada uma das frases do inventário como Verdadeira ou Falsa considerando a forma como se sentiam frente à avaliação das outras pessoas.

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado - IDATE (Spielberg, C. D., Gorsuch, R. L. & Ilushene, R. E., 1979), foi traduzido e adaptado para a população brasileira por Biaggio (1979). A escala IDATE A-Estado contém 20 afirmações e quatro níveis possíveis de respostas. As respostas indicam como os indivíduos se sentem em um determinado momento. Acre-

ditase que essa escala pode indicar níveis reais de estados de ansiedade induzidos por manipulações experimentais. É também indicado para avaliar o grau em que estudantes são perturbados por problemas neuróticos de ansiedade.

A Escala A-Traço contém 20 afirmações, e nelas os indivíduos devem indicar como geralmente se sentem. Refere-se a diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras com elevação na intensidade do estado de ansiedade. Essa escala mede as disposições comportamentais adquiridas que predispõem um indivíduo a reações diante das situações reais.

Nas aplicações da Escala A-Traço, era solicitado a cada participante que escolhesse a resposta para cada uma das afirmativas do inventário de acordo com a forma com que vinha se sentindo nos últimos dias.

Nas aplicações da Escala A-Estado, era solicitado a cada participante que usasse, como referência para suas respostas, a última apresentação oral em situação real, realizada na sala de aula.

O número de batimentos cardíacos foi aferido e registrado com uso de um freqüencímetro da marca Polar que é um aparelho comumente utilizado por atletas para medir a frequência cardíaca durante treinamento. Presso por uma fita que é ajustada à região torácica do indivíduo, um relógio registra e permite visualizar o número de batimentos cardíacos por minuto, bem como a média obtida durante o tempo de treinamento.

O freqüencímetro foi usado quatro vezes: na 1ª sessão de intervenção em um ensaio para familiarização das participantes com o aparelho; e na 2ª, 6ª e 12ª sessões para registro da frequência cardíaca em tarefas que exigiam exposição oral em público. Foi solicitado a cada participante que preparasse um conteúdo para uma apresentação oral, que deveria durar de 3 a 5 minutos. O tema era escolhido pela participante com a ajuda da terapeuta. Foi também explicado o procedimento que seria adotado, como o aparelho seria usado, e a

finalidade de seu uso.

Delineamento Experimental

Devido ao delineamento experimental escolhido - Delineamento de Linha de Base Múltipla entre Participantes - os três testes de avaliação foram aplicados três vezes cada, sendo que a data de aplicação dos testes foi aproximadamente a mesma para todas as participantes.

Por meio de sorteio, as cinco participantes foram distribuídas em dois grupos de forma que, três delas iniciaram o tratamento imediatamente e as demais ficaram aguardando para início posterior.

Para as Participantes 1, 2 e 3 os três testes de avaliação foram aplicados uma vez na Linha de Base (1º Teste), uma vez ao final da 1ª etapa da intervenção (2º Teste) e uma vez ao final da fase que incluiu a 2ª etapa da terapia (3º Teste). Para as Participantes 4 e 5, os testes de avaliação foram aplicados duas vezes na Linha de Base, e uma vez ao final da terapia que foi composta pela combinação das etapas 1 e 2.

A intervenção utilizada consistiu de um pacote de procedimentos, em sua maioria derivados da abordagem comportamental e comportamental-cognitiva, com o objetivo de reduzir respostas de ansiedade excessiva e manejo dos problemas gerados por elas. Cada participante teve acesso a duas sessões terapêuticas individuais semanais, cada uma com 50 minutos de duração. De uma maneira geral, a terapia pode ser dividida em duas etapas:

1ª etapa

1) Descrição dos fundamentos teóricos e técnicas do tratamento, enfatizando a importância do compromisso com o processo terapêutico que incluía várias tarefas de casa. A terapeuta sentava-se frente à participante, em uma mesa no consultório e, ao mesmo tempo em que explicava os fundamentos teóricos e técnicas da terapia, fazia esquemas em uma folha de papel, visando facilitar a compreensão. A partici-

pante era encorajada a tirar dúvidas e repetir o que foi explicado. Este procedimento visava estimular a expressão verbal da participante.

- 2) Leitura e explicação oral do texto: Descrição da Fisiologia e Psicologia do Medo e da Ansiedade (Craske & Barlow, 1993/1999).
- 3) Treinamento em respiração diafragmática: Inicialmente era solicitado que a participante observasse a própria respiração e identificasse os movimentos de inspiração e expiração, mantendo as mãos tocando levemente o abdome e a região peitoral. Em seguida, a respiração diafragmática era demonstrada pela terapeuta e a participante praticava até conseguir imitar o modelo. A terapeuta pedia à participante para treinar em casa e descrever nos registros, como se sentia quando se engajava na respiração diafragmática. A participante era elogiada freqüentemente em uma tentativa de reforçar positivamente suas ações.
- 4) Relaxamento Muscular Progressivo (Jacobson, 1934, citado por Vera e Vila, 1996/1999). O procedimento de Relaxamento foi utilizado como técnica de intervenção. Cada participante aprendeu a reconhecer os primeiros sinais de ansiedade e usar o relaxamento para ativar o sistema nervoso parassimpático, eliciando respostas biológicas de tranqüilidade e quiescência. Os exercícios de relaxamento eram realizados com a participante deitada em uma 'Poltrona do Papai' no consultório, ao som de músicas instrumentais apropriadas para relaxamento. A terapeuta conduzia os exercícios que duravam em torno de 30 minutos, obedecendo à seqüência de tensão e distensão muscular descrita em Vera e Villa (1999). Ao final de cada exercício, era pedido à participante que atribuísse uma nota de zero a dez para o grau de relaxamento obtido. Como tarefa,

a participante devia praticar o relaxamento em casa duas vezes ao dia. Um guia com instruções para o relaxamento (Guimarães e Rangé, 1995) foi entregue a cada uma delas para facilitar a prática em casa. Nas sessões subseqüentes, era feita uma avaliação da prática realizada em casa, com relato dos exercícios e das sensações corpóreas. A terapeuta elogiava o sucesso em realizar corretamente os exercícios.

5) Registro de Automonitoramento e Reestruturação Cognitiva. Registro diário sistemático dos próprios comportamentos públicos e encobertos que ocorriam em situações geradoras de ansiedade. Os registros eram feitos em dois formulários próprios, elaborados pelas autoras com base em Beck, Rush, Shaw e Emery (1979/1997). Os formulários diferiam apenas no grau de complexidade das informações solicitadas. O primeiro formulário foi usado para treinamento parcial de identificação do comportamento-alvo, situação, emoção e ação. O segundo formulário incluía a solicitação de uma descrição de pensamentos alternativos que substituíam os pensamentos disfuncionais. O automonitoramento serviu para complementar o registro da frequência e intensidade da ansiedade, de vários comportamentos observáveis e também daqueles não disponíveis para observação externa (reações fisiológicas, sentimentos e pensamentos). Os registros foram realizados durante a fase de intervenção. Para cada situação registrada, as participantes aprenderam a identificar a relação existente entre pensamentos, emoções e comportamentos. Os pensamentos registrados eram checados com questionamento socrático e investigados quanto à existência de dados de realidade que os confirmassem ou refutassem. Para cada pensamento automático inadequado, pensamentos alternativos eram buscados, e a emoção conseqüente era identificada.

Durante esse exercício, buscava-se identificar como as expectativas geradas por pensamentos automáticos e imagens catastróficas contribuía para a ocorrência de resposta de ansiedade excessiva nas várias situações acadêmicas das participantes. Aqui foi dada ênfase à importância do automonitoramento para identificação das cognições negativas, imagens catastróficas e sensações físicas que podiam desencadear ansiedade e medo.

6) Aprovação Social. A terapeuta reforçava positivamente a atenção e esforço das participantes em praticar no consultório, e depois seguir cada um dos procedimentos recomendados. A aprovação social consistia de comentários e verbalizações positivas, elogios, gestos e expressões faciais aprovadoras.

Completada essa 1ª etapa, os testes de medida de ansiedade (FNE, IDATE e Frequência Cardíaca) foram aplicados novamente em todas as participantes. Nesse ponto, as Participantes 1, 2 e 3 estavam na metade do tratamento (6ª sessão), enquanto as Participantes 4 e 5 se encontravam na fase do 2º teste de Linha de Base.

Com a conclusão desse segundo teste, foi dado início à terapia para as Participantes 4 e 5, e as Participantes 1, 2 e 3 passaram para a 2ª etapa da intervenção que deu continuidade a todas as técnicas da 1ª etapa e passou a incluir as seguintes técnicas:

1) Treino de Habilidade Sociais. No treinamento em habilidades sociais, foram enfatizadas as classes de respostas de falar em público, expressar opiniões, tirar dúvidas pessoais e defender os próprios direitos. Através de ensaio comportamental, respostas socialmente adequadas em situações de interação com colegas e professoras, bem como habilidades específicas para comportamentos de falar em público, foram praticadas e reforçadas

positivamente pela terapeuta. Foi utilizado um texto de Caballo (1999) que foi adaptado para as situações de apresentações em sala de aula, descrevendo componentes como postura corporal, contato de olho, expressão facial, gestos, volume e entonação da voz, fluência, tempo da fala e conteúdo. O texto adaptado foi apresentado às participantes oralmente e por escrito. A terapeuta ensaiava as habilidades sociais com as participantes, ajudando-as a identificar situações nas quais essas habilidades seriam requeridas.

- 2) Treinamento em habilidades especiais para apresentação em público e dicas para uso apropriado de recursos didático-peda-

Resultados

As Figuras 1, 2, e 3 mostram os resultados das avaliações subjetivas de ansiedade obtidas através das escalas e inventários utilizados. De uma maneira geral, pode-se observar que houve uma redução nos escores indicativos de ansiedade em todas as participantes da pesquisa, e o delineamento utilizado permitiu demonstrar controle experimental. A seguir, são apresentados os resultados das cinco participantes em cada um dos testes:

Escala de Medo de Avaliação Negativa - FNE (Fear of Negative Evaluation)

Como foi citado no procedimento, a Escala de Medo de Avaliação Negativa (Figura I), tem o objetivo de avaliar o grau de temor que as pessoas sentem diante da possibilidade de serem julgadas negativamente pelos outros.

gógicos. Utilizou-se um texto didático versando sobre o uso de recursos pedagógicos para orientar as participantes na preparação de apresentações de trabalhos em sala de aula. Nessas sessões, a leitura do material que seria apresentado era ensaiada e cada participante era orientada a usar adequadamente os recursos pedagógicos que facilitariam sua apresentação.

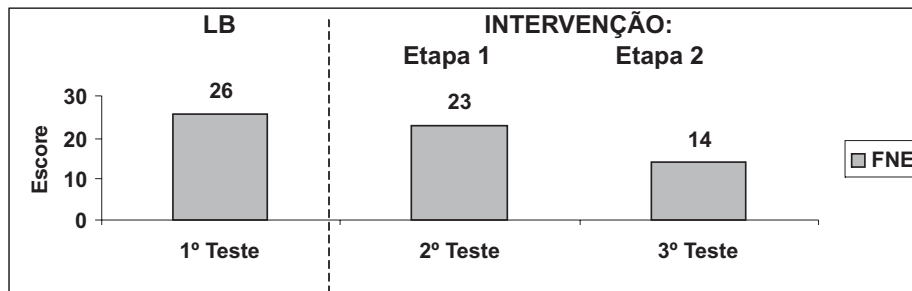
A intervenção para as Participantes 4 e 5 reuniu de forma seqüenciada e ininterrupta, todas as técnicas citadas acima nas etapas 1 e 2, num total de 12 sessões. Ao final da fase de intervenção, os testes de medida de ansiedade foram aplicados novamente a todas as participantes.

Um ponto de corte nos escores que separa a pessoa com ansiedade normal daquela com ansiedade social é de 24. Os resultados obtidos pelas cinco participantes são mostrados na Figura 1.

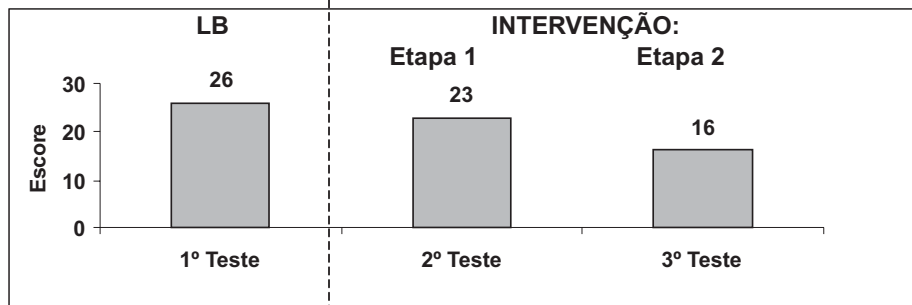
Tanto a Participante 1 quanto a Participante 2 obtiveram escores de 26 pontos na Linha de Base, o que indica ansiedade social. Ao final da 1ª etapa da intervenção (6ª sessão) ambas obtiveram um escore de 23 pontos, já dentro do nível de normalidade. Ao final da 2ª etapa da intervenção, que se encerrou na 12ª sessão, a Participante 1 obteve 14 pontos e a Participante 2 obteve 16 pontos, níveis de ansiedade considerados normais.

A Participante 3 alcançou um escore de 28 e 26 nos testes de Linha de Base, ambos considerados como indicativos de ansiedade social. No teste 3 após o término da intervenção o escore caiu para 9.

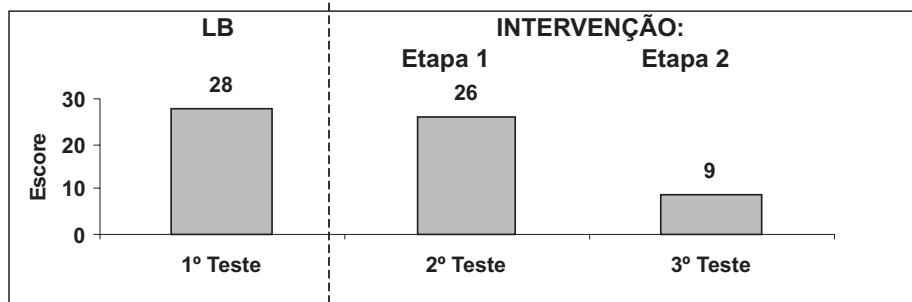
P-1



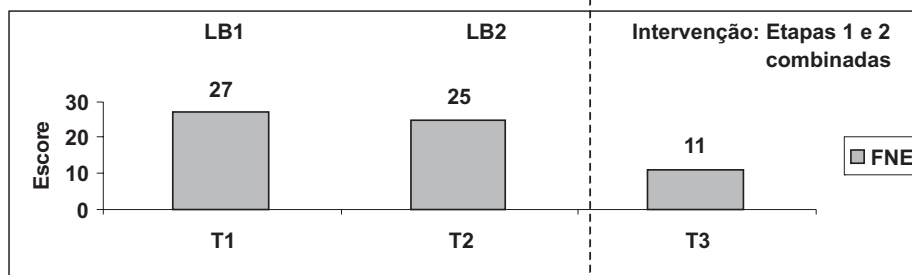
P-2



P-3



P-4



P-5

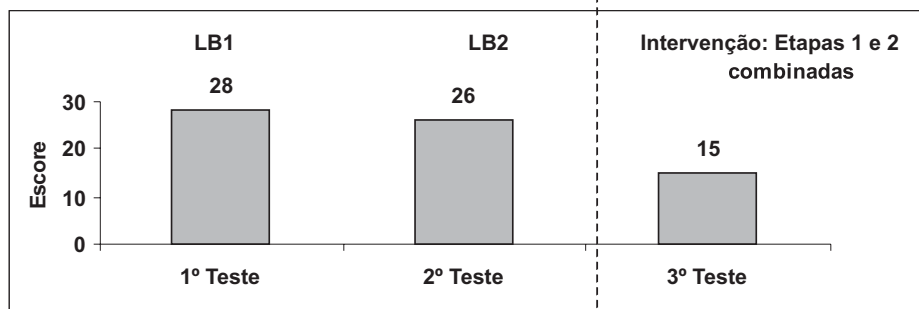
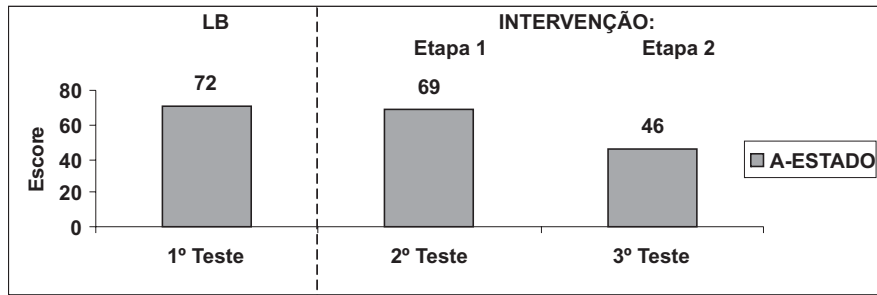


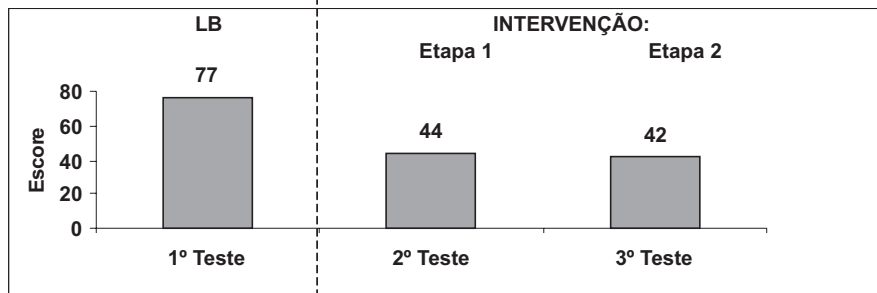
FIGURA 1- Resultado do Inventário de Medo de Avaliação Negativa

Controle de Ansiedade em Exposições Orais

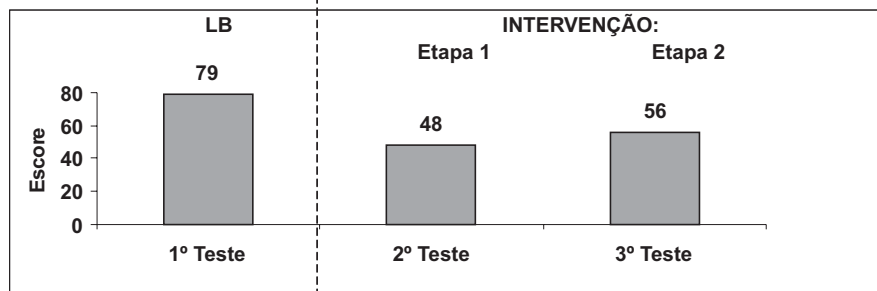
P-1



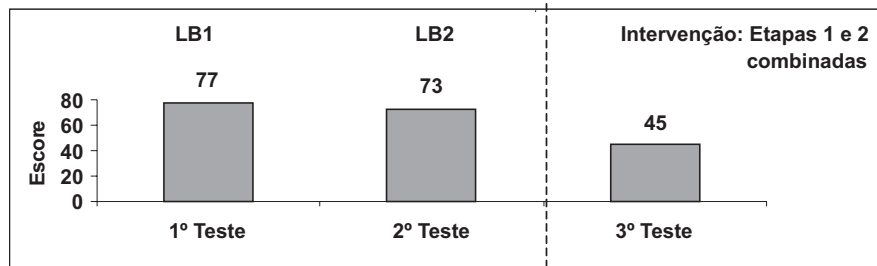
P-2



P-3



P-4



P-5

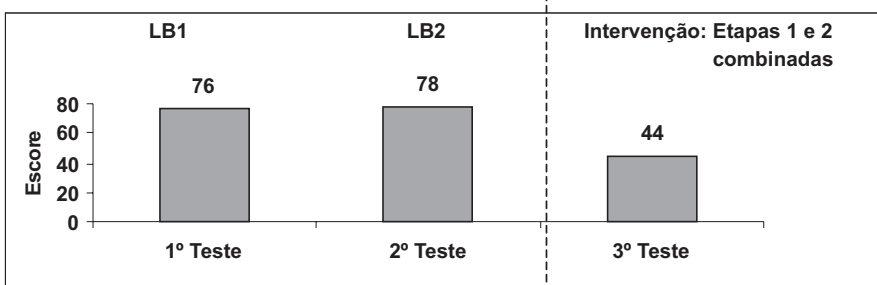
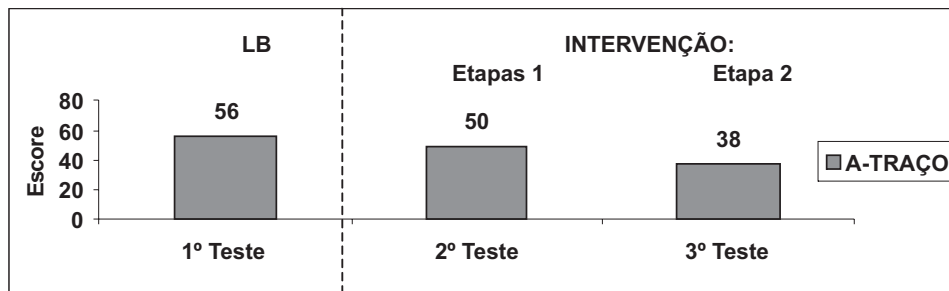
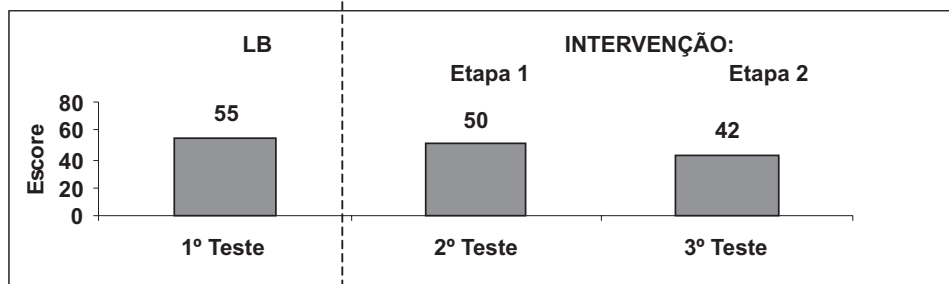


Figura 2 - Resultados do Inventário de Ansiedade A-Estado

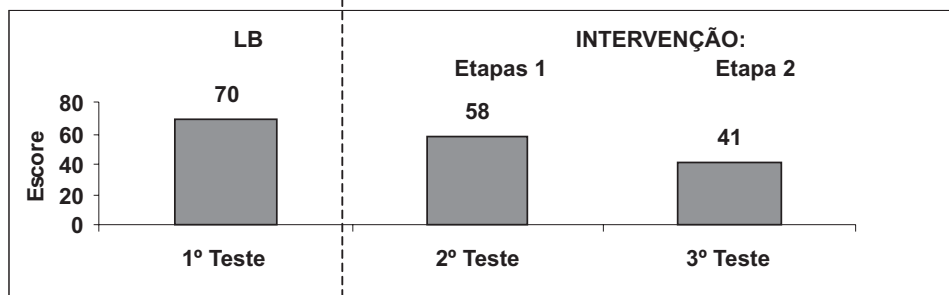
P-1



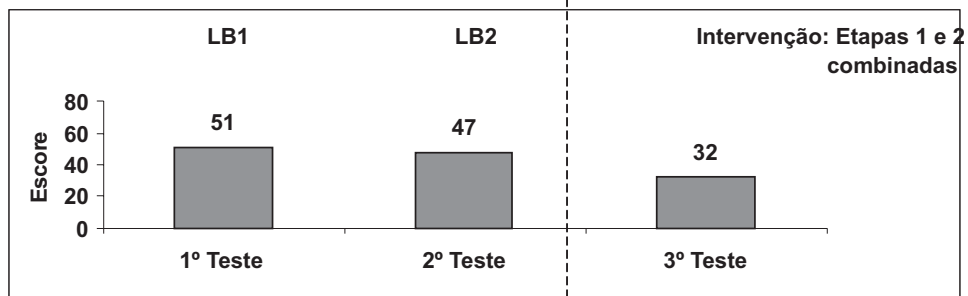
P-2



P-3



P-4



P-5

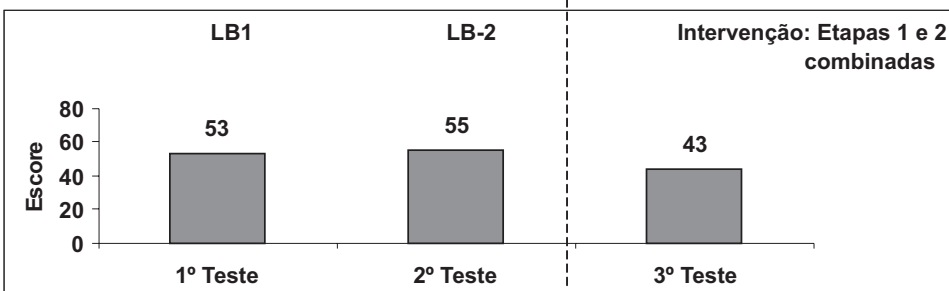


Figura 3 - Resultados do Inventário de Ansiedade A-Traço

A Participante 4 obteve escores de 27 e 25 pontos, respectivamente no 1º e 2º Testes da Linha de Base. Ao final da intervenção, no 3º Teste, o escore caiu para 11 pontos, indicando uma redução para patamares normais de ansiedade.

A Participante 5 obteve escores de 28 e 26 pontos, respectivamente no 1º e 2º Testes de Linha de Base, e 15 pontos ao término da intervenção, no 3º Teste.

Portanto, todas as participantes obtiveram escores indicativos de ansiedade social nos testes de Linha de Base, e esses escores só foram reduzidos para níveis normais após a intervenção.

Inventário de Ansiedade Traço-Estado - IDATE

Os resultados do IDATE são apresentados nas Figuras 2 e 3. Em ambos os testes, a pontuação máxima, 80, é indicativa de altos níveis de ansiedade.

Na Figura 2, são mostrados os resultados do Inventário de Ansiedade A-Estado. De acordo com o manual do IDATE (1979), o escore médio para a população de estudantes universitários brasileiros é 40. Em situação de exame, a média masculina é 55 e a feminina é 60.

No Inventário de Ansiedade A-Estado (Fig. 2), a Participante 1 obteve um escore de 72 na Linha de Base, 69 no 2º teste e 46 no 3º teste. Esses resultados indicam que tanto no 1º quanto no 2º teste, a participante experimentava um alto nível de ansiedade, sendo que houve uma ligeira queda na pontuação obtida no teste da Linha de Base para o teste que seguiu à 1ª etapa de intervenção. Após a conclusão da 2ª etapa de intervenção, seu escore de 46, ficou abaixo da média feminina universitária em situação de exame.

A Participante 2 obteve escores 77, 44, e 42 respectivamente nos testes de Linha de Base, 1ª e 2ª etapas de intervenção. Para ela, a primeira etapa de intervenção foi suficiente para trazer o nível de ansiedade para níveis abaixo da média feminina universitária, o que foi

mantido até o final da terapia.

A Participante 3 obteve escores 79, 48, e 56 respectivamente nos testes de Linha de Base, 1ª e 2ª etapas de intervenção. Os escores indicativos das respostas de ansiedade desta participante estavam dentro de um nível considerado muito alto e também foi reduzido com a intervenção. O último teste apresentou um ligeiro acréscimo na pontuação, mantendo-se ainda dentro da média normal da população brasileira universitária.

As Participantes 4 e 5 tiveram dois testes de Linha de Base e um teste ao final da terapia que combinou as etapas 1 e 2.

A Participante 4 obteve escores 77 e 73 no 1º e 2º testes de Linha de Base e escore 45 no 3º teste que foi administrado ao final da intervenção. Esses resultados indicam uma redução considerável no nível de ansiedade registrado. Ao final da intervenção, o escore desta participante estava abaixo da média considerada normal. A Participante 5 teve resultados semelhantes, obtendo escores 76 e 78 no 1º e 2º testes de Linha de Base e escore 44 no 3º teste ao final da intervenção.

Dentro do delineamento experimental utilizado, esses resultados indicam que a redução da ansiedade está relacionada à intervenção.

A Figura 3 mostra os resultados do Inventário de Ansiedade A-Traço, no qual a média entre universitários do sexo feminino é 41.

Os resultados da Participante 1 indicam que houve uma redução da ansiedade medida do 1º teste (56) para o 2º teste (50), e uma redução ainda maior na pontuação alcançada no 3º teste (38) que foi realizado ao final da intervenção. A intervenção possibilitou a redução do nível de ansiedade para um nível considerado abaixo da média de estudantes universitários.

A Participante 2 obteve escores 55, 50, e 42 e a Participante 3 obteve escores 70, 58, e 41 respectivamente nos testes de Linha de Base, 1ª etapa de intervenção e 2ª etapa de intervenção. Para ambas o nível de respostas de ansiedade medida teve redução para a média (41) e próximo a ela (42).

A Participante 4 obteve escores 51, 47, e 32 e a Participante 5 obteve escores 53, 55, e 43 respectivamente no 1º e 2º testes de Linha de Base e no teste aplicado ao final da intervenção.

Esses resultados indicam que também neste teste, o papel da intervenção ficou claro em favorecer a redução dos escores indicativos de nível de ansiedade. A Participante 5, mesmo ficando 2 pontos acima da média teve uma redução de 10 pontos no seu escore de ansiedade.

Em todos os três testes (FNE, IDATE A-Estado e A-Traço), o delineamento experimental permite observar que a redução no nível de medo ou ansiedade só ocorreu com a implementação da terapia. Os resultados das participantes 4 e 5, que serviram de controle experimental por três semanas, mostram que a melhora não ocorreu apenas com a passagem do tempo e que a intervenção foi realmente responsável pela mudança.

Frequência Cardíaca

Além das medidas subjetivas de respostas de ansiedade, analisadas acima, tentou-se correlacioná-las com uma medida fisiológica fácil de obter, a Frequência Cardíaca (FC) medida através de um freqüencímetro.

A Figura 4 mostra os resultados do teste de Frequência Cardíaca (FC) para todas as participantes. As FC foram auferidas em situações de teste de exposição oral criadas para esse fim e mostram resultados variados.

A Participante 1 apresentou 138 batimentos por minuto no teste de Linha de Base, caiu para 117 no 2º Teste realizado após a 1ª etapa da intervenção, e subiu para 134 no 3º Teste ao final da intervenção.

A Participante 2 obteve escores 147, 163, e 161 respectivamente nos testes de Linha de Base, 1ª e 2ª etapas de intervenção. Houve um aumento da frequência cardíaca do 1º Teste de Linha de Base para o 2º Teste, mas no último teste, ao final da intervenção, a frequência cardíaca diminuiu ligeiramente, mas ficou ainda superior à medida do 1º Teste.

A Participante 3 obteve escores 116, 116, e 114 respectivamente no teste de Linha de Base, 1ª e 2ª etapas de intervenção.

A Participante 4 obteve escores 105, 103, e 88 respectivamente no 1º e 2º testes de Linha de Base e no teste aplicado ao final da intervenção. Neste caso, houve uma redução mínima e gradual de um teste para o outro.

A Participante 5 obteve escores 125, 142, e 129 respectivamente no 1º e 2º testes de Linha de Base e no teste aplicado ao final da intervenção. Mais uma vez a FC ficou instável.

Como pode ser observado, as frequências cardíacas obtidas nos testes de Linha de Base, durante e após a intervenção mostram uma redução pequena nas Participantes 3 e 4 e instabilidade nas Participantes 1, 2 e 5.

Discussão

Pode-se afirmar que os procedimentos utilizados durante a intervenção favoreceram a diminuição dos escores de medida de ansiedade utilizadas, com exceção da medida fisiológica da Frequência Cardíaca.

Para Chaberman, Bagés e Chacón-Puignau (1993) uma diminuição significativa na frequência cardíaca em situações ansiogênicas, pode requerer um treinamento muito mais profundo e prolongado. Apesar de Frequência Cardíaca ser uma das medidas comumente encontradas nos inventários e escalas de estresse, futuros estudos devem investigar melhor como essa medida pode ser relacionada com as medidas subjetivas de ansiedade ou com medidas comportamentais diretamente observáveis.

A redução nos escores da Escala de Medo de Avaliação Negativa sugere que as participantes desenvolveram uma forma mais adaptativa de avaliar suas experiências, valorizando evidências observadas na realidade com conseqüente diminuição do medo à crítica e rejeição e aumento no reconhecimento de qualidades pessoais. Talvez o automonitoramento e reestruturação cognitiva tenham facilitado a identificação dos estí-

mulos aversivos que estavam contribuindo para o alto nível de ansiedade das participantes e estas tenham aprendido a perceber os eventos de forma mais realista.

Os resultados nos escores dos Inventários de A-Estado e A-traço para todas as participantes indicam que o nível de ansiedade geral e nos momentos de exposição em sala de aula diminuiu. Acredita-se que a aprendizagem das habilidades sociais específicas praticadas e positivamente reforçadas durante a terapia tenha contribuído para essa melhora. Antes da intervenção, todas as participantes relataram que se esquivavam diante da necessidade de interagir com os professores para tirar dúvidas, reivindicar direitos ou serem avaliadas. O medo da punição, fracasso e ridicularização dificultavam iniciativas de exposição e, conseqüentemente, novas experiências que mudassem a aprendizagem estabelecida anteriormente.

No decorrer da intervenção, ficou claro que algumas participantes percebiam o professor como um agente coercitivo. P-3, por exemplo, recebeu orientação no sentido de sanar dúvidas relacionadas ao conteúdo exposto pelo docente em sala de aula, mas deparou-se com uma atitude punitiva da professora que a criticou diante de seus colegas repreendendo-a pela natureza da pergunta. Para fugir dessa situação aversiva, P-3 abandonou a disciplina alegando que a docente e os conteúdos ministrados por ela tornaram-se intoleráveis.

Antes da intervenção, todas as participantes relatavam que temiam situações que exigissem qualquer tipo de interação com seus professores. Realizar avaliações, principalmente orais, tirar dúvidas durante as aulas e reclamar direitos, provocavam ansiedade excessiva em todas elas. Seus registros de automonitoramento e relatos verbais sugeriam que a maioria dos professores e ambiente escolar tornaram-se, ao longo de suas histórias, eventos punitivos muito mais que reforçadores.

A reação temerosa das participantes frente às exigências acadêmicas e a interação com os

professores confirmam a visão de que “a interação coercitiva resulta em um repertório comportamental estreito, deixando o indivíduo temeroso de novidades, com medo de explorar” (Sidman, 2001, p. 109).

Os procedimentos de intervenção incluíram a prática do Relaxamento Muscular Progressivo associada com uma respiração diafragmática que se acredita, contribuíram para os resultados positivos do estudo. Esses procedimentos foram utilizados em situações cotidianas que produziam tensão e ansiedade. As participantes relataram sensações de quietude e bem-estar decorrentes dos treinamentos em relaxamento e respiração diafragmática.

O treino em habilidades sociais especialmente direcionado à situação de falar em público, possibilitou um repertório mais rico e maior chance de sucesso e valorização pessoal, criando assim, situações reforçadoras geradoras de ainda mais segurança. Durante a intervenção, as participantes passaram pela experiência de oralmente apresentar trabalhos em sala de aula (falar em público) e realizar avaliações orais e escritas com gradual diminuição dos sintomas de ansiedade. Relataram uma grande melhora em seu nível de segurança durante as apresentações, e se sentiram mais à vontade em reuniões sociais, familiares e na interação com os colegas e professores em sala de aula. Provavelmente a percepção de sucesso em diferentes situações contribuiu para a adesão às recomendações terapêuticas e continuação do tratamento.

Os resultados reafirmam a importância do apoio psicológico, sem custo adicional, oferecido pela universidade a alunos universitários. O pacote de intervenções aqui utilizado foi eficaz em mudar a qualidade de vida das participantes desse estudo em um período de tempo curto. Em apenas dois meses, puderam-se observar mudanças importantes na vida acadêmica e social das alunas. De fato, a primeira autora continua utilizando com sucesso o mesmo conjunto de procedimentos aqui descritos para reduzir a ansiedade de

grupos de alunos da universidade, favorecendo o desenvolvimento de suas potencialidades e formação profissional.

O ideal seria que um esforço preventivo no sistema escolar como um todo, fizesse dos estudos uma experiência prazerosa e refor-

çadora, capaz de despertar e manter o interesse do aluno para o conhecimento sem uso de medidas coercitivas, tornando desnecessárias intervenções terapêuticas para a redução de ansiedade excessiva no meio acadêmico.

Referências

- Amorim-Gaudêncio, C. & Sirgo, A. (1999). Ansiedade aos exames: um problema atual. *Psico*, 30, 75-80.
- Andrade, L. H. S. G & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação da ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*: 25, nov/dez.
- Barlow, D. (1988). *Anxiety and its disorders*. Nova Iorque: Guilford.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shawn, B. F., & Emery, G. (1997). Teoria Cognitiva da Depressão. (trad. S. Costa). Porto Alegre: Artes Médicas (publicação original: 1979).
- Caballo, V. E. (1999). O Treinamento em Habilidades Sociais. In V. E. Caballo (Org.) *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento* pp. 361-398. São Paulo: Santos (publicação original: 1996)
- Chaberman, L. F., Bagés, N. & Chacón-Puignau, G. (1993). Evaluación integral y tratamiento del temor a hablar en publico en estudiantes universitarios. *Revista Interamericana de Psicología*, 28, 43-59.
- Craske, M. G. & Barlow, D. H. (1999). Transtorno do Pânico e Agorafobia. In D. H. Barlow (Org.) *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*, pp. 13-62 (trad. M. R. B. Osório). Porto Alegre: ARTMED (publicação original: 1993).
- Echiburúa, E. (1997). *Vencendo a timidez* (trad. R. O. Rufino). São Paulo: Mandarin (publicação original: 1995)
- Escudero, R. M. P. (1999). *Assessoria comportamental no manejo do medo de falar em público*. Dissertação de Mestrado, PUCAMP, Campinas, São Paulo.
- Falcone, E. M. O. (1995). Fobia Social. Em B. Rangé (Org.) *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos* pp. 133-149. Editorial PSY II.
- Genescá, A. M. C. & Neves, M. A. C. M. (1980). Relação entre índice de respostas ansiosas e circunstância ambiental particular (situação-prova). Rio de Janeiro: *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 32, 253-261, jan/mar.
- Guimarães, F. & Rangé, B. (1995). Fobias específicas. Em B. Rangé (Org.) *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos* pp. 151-165. Editorial PSY II.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1990). *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Martinez, A., Landim, A. K. P., Costa, C. R., Conilheiro, D., Sa, E. S., Nunes, E. C., Santos, E. E., Batista, E. A. R., Lima, F., Santos, G. A., Santos, M. C. F., Cornachini, M. C., Rego, S. C. B., & Souza, S. F. (2000). Ansiedade social em estudantes universitários: preocupações mais emergentes. *Revista Unicastelo*, III, 185-192, Maio.
- Millenson, J. R. (1975). *Princípios de Análise do Comportamento*. (trads. A. A. Souza e D. Rezende). Brasília: Editora de Brasília (publicação original: 1967).
- Sidman, M. (2001). *Coerção e suas implicações*. (trads. M. A. Andrey e T. M. Sério). Campinas SP: Editora Livro Pleno (publicação original: 1989).
- Skinner, B. F. (2000). *Ciência do comportamento humano*. (trads. J. C. Todorov e R. Azzi). São Paulo: Martins Fontes (publicação original: 1953).

Controle de Ansiedade em Exposições Orais

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1979). Inventário de Ansiedade Traço-Estado IDATE. (trads. A. M. B. Biaggio e L. Natalício). Rio de Janeiro: CEPA.
- Vila, J. & Vera, M. N. (1999). Técnicas de Relaxamento. Em V. E. Caballo (Org.) Manual de Técnicas de Terapia e Modificação de Comportamento 147-165. São Paulo: Santos Livraria Editora (publicação original: 1996).
- Zimbardo, P. (2002). A timidez. (trad. M. P. Monteiro). Lisboa: Edições 70.

Recebido em: 05/07/04

Primeira decisão editorial em: 28/09/04

Versão final em: 07/10/04

Aceito em: 19/10/04