

# Fobia social em estudantes universitários<sup>1</sup>

## *Social phobia among university students*

Larissa Zeggio Perez Figueredo<sup>1</sup>; Ronaldo Vieira Barbosa<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Psicóloga clínica e consultora acadêmica. Mestre em Psicobiologia e Doutoranda em Ciências – Universidade Federal de São Paulo EPM-Unifesp; Professora do curso de Psicologia e Membro parecerista do Comitê de Ética em Pesquisa – Uninove.

<sup>2</sup> Aluno de graduação do curso de Psicologia – Uninove.

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

São Paulo – SP [Brasil]  
larissazeggio@gmail.com

### RESUMO

A fobia social (FS) é um transtorno de ansiedade caracterizado pelo medo excessivo de situações que envolvam contato ou exposição social. O medo de falar em público é uma das manifestações mais comuns da FS, sendo freqüente na população universitária. Esta pesquisa procurou avaliar as respostas cognitivas, comportamentais e autonômicas de universitários que relatam ter medo de falar em público em seminários acadêmicos. Três universitários, de ambos os sexos, participaram da pesquisa, sendo avaliados por meio de uma entrevista semidirigida e pela escala de medo da avaliação negativa. Os participantes relataram apresentar sintomas autonômicos (taquicardia, rubor facial, tremor e sudorese), comportamentais (esquiva, congelamento e fuga) e cognitivos (avaliação negativa e humilhação), compatíveis com o diagnóstico de FS, durante as apresentações acadêmicas. A pontuação na escala foi consistente com relato obtido na entrevista. O perfil desses dados corrobora os resultados descritos pela literatura.

**Descritores:** Fobia social; Medo da avaliação negativa; Transtornos de ansiedade; Universitários.

### ABSTRACT

Social phobia is an anxiety disturbance known by its huge fear of situations related with social exposure or social contact. One of the most frequent manifestations of the social phobia (SP) is the fright of public speech, quite common in university group of people. The object of this study was to evaluate the response of university students, which have mentioned fear of public speech at academic conferences. Three students from both genders have participated of this study and had been evaluated by a semi-focused interview and by a negative evaluation fear scale. Participants referred physic (Tachycardia, facial blush, shaking, perspiration), behavior (avoid, freezing and flight) and cognitive symptoms (negative evaluation, humiliation) compatible to the diagnosis of SP during academic presentations. Scale plotting was similar to interview results. The profile of the data from this study corroborates literature findings.

**Key words:** Anxiety disturbance; Negative evaluation scale; Social phobia; University students.

## INTRODUÇÃO

As fobias estão entre os transtornos ansiosos mais comuns<sup>1</sup>, destacando-se a fobia social (FS) como um dos medos patológicos mais limitantes. A esquivas constante de situações que exigem interação social provoca inúmeras restrições tanto no cotidiano quanto no desenvolvimento pessoal e profissional de qualquer indivíduo<sup>2, 3</sup>.

As implicações da FS para o indivíduo, sua frequência na população universitária e as exigências sociais do ambiente são fatores que reforçam a importância da realização de uma pesquisa sobre o tema na universidade. Especificamente nesse sentido, foram avaliados, como estudo preliminar, os relatos de respostas cognitivas, comportamentais e autonômicas de estudantes universitários que relataram ter medo de falar em público em suas apresentações acadêmicas. Além de ampliar o conhecimento sobre o problema, este trabalho aponta para a necessidade de discussão e elaboração de novas propostas de intervenção que, por sua vez, poderiam melhorar a qualidade de vida dos universitários que convivem com esse transtorno.

## ANSIEDADE E TRANSTORNOS ANSIOSOS: REVISÃO DE LITERATURA

A ansiedade é um fenômeno constatável entre os seres humanos, experimentado, por algumas vezes, ao longo da vida. Provavelmente, é a frequência de sua manifestação que vem despertando o interesse das mais variadas áreas do conhecimento<sup>4</sup>. A definição do termo ansiedade provoca muita discussão entre os estudiosos<sup>4</sup> e diversas teorias têm sido propostas, enfatizando diferentes aspectos envolvidos<sup>5</sup>.

May<sup>4</sup> caracteriza a ansiedade como uma resposta interna, subjetiva, direcionada a algo que o indivíduo considera ameaçador à sua existência. Desse ponto de vista, a ansiedade exerce uma função essencial para a sobrevivência do organismo e pode ser dividida em dois tipos: a

normal e a patológica, que se distinguem uma da outra pelo grau ou intensidade da ocorrência. Afora essa diferença, há um contínuo que as une e, nesse contexto, a ansiedade patológica é o seu grau extremo<sup>4</sup> e se torna uma resposta não-funcional.

Spielberger<sup>4</sup> e colaboradores fazem ainda uma distinção entre ansiedade-traço – relativa a uma sensação de desconforto ou tensão transitória, determinada pelas circunstâncias em que o sujeito se encontra – e ansiedade-estado, uma tendência de o sujeito perceber, ao longo da vida, situações ameaçadoras para si.

A elevação excessiva dos níveis de ansiedade como resposta a situações consideradas ameaçadoras pelo sujeito está relacionada aos diversos tipos de transtornos mentais<sup>6</sup>. Os sintomas ansiosos gerados pelo estresse dependem, como afirmam os autores, da interação entre o evento estressor e fatores ambientais e genéticos. Questões socioculturais como classe social e sexo são alguns dos fatores ambientais com forte influência nos níveis de ansiedade. Dessa forma, alguns indivíduos, de acordo com sua história de vida e herança genética, tendem a desenvolver mais facilmente transtornos de ansiedade. Sabe-se que mulheres, negros e indivíduos de baixa renda apresentam um nível maior de ansiedade em relação ao restante da população<sup>7</sup>.

Sintomas ansiosos (e não os transtornos propriamente) são frequentes em outros transtornos psiquiátricos<sup>8</sup>. Além disso, os transtornos ansiosos, isto é, aqueles em que o sintoma ansioso é preponderante sobre outros sintomas, são os quadros psiquiátricos mais comuns na população em geral<sup>9</sup>. Segundo o DSM-IV (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV*; American Psychiatric<sup>10</sup>), pode-se classificar os transtornos ansiosos em 11 tipos distintos que possuem características específicas para seu diagnóstico diferencial. A FS é um desses quadros patológicos que mais atingem e limitam a população. Algumas pesquisas relatam incidência de até 13% de fóbicos sociais em estudos epidemiológicos apresentados no DSM-IV.

## FS

A FS é um transtorno de ansiedade grave, caracterizado pelo medo excessivo e pela elevada ansiedade antecipatória diante de situações a que o indivíduo se sente socialmente exposto. Os medos mais comuns são o de parecer tolo ou ridículo e o de ser humilhado e/ou avaliado negativamente pelos outros<sup>11</sup>. Ser apresentado a outras pessoas, criticado, observado e falar em público são algumas das circunstâncias mais temidas. Comportamentos e cognições de fuga e esquiva dessas situações são frequentes em fóbicos sociais<sup>12</sup>. Quando não podem ser evitadas, as situações que requerem interação com outras pessoas e desempenho público desencadeiam diversos sintomas característicos.

A maioria dos pacientes fóbicos sociais, se confrontada com situações temidas, pode apresentar uma hiperatividade do sistema nervoso autônomo. Suas principais manifestações são: taquicardia, sudorese excessiva, falta de ar, mãos geladas e úmidas, diarreia, urgência miccional, ondas de calor, rosto ruborizado e tonturas<sup>3</sup>. Esses sintomas, no entanto, podem não ser relevantes em outros pacientes.

A intensidade de pensamentos e de auto-avaliação negativa são fatores que indicam a existência da fobia. A pessoa volta sua atenção apenas para os indícios de não-aceitação do ambiente, percebendo tudo aquilo que está dando errado e ignorando o que está dando certo<sup>3</sup>.

A elevação no estado de ansiedade em situações sociais, tais como falar em público ou marcar um encontro, é um fenômeno comum para a maioria das pessoas. Essa ansiedade, entretanto, não gera prejuízo ou incapacitação para a vida do indivíduo, razão pela qual é considerada normal<sup>13</sup>. O diagnóstico da FS requer que haja manifestação intensa e persistente de ansiedade em situações de desempenho público, acarretando prejuízo social e sofrimento ao indivíduo. O limiar diferencial entre a ansiedade social normal e a FS, porém, ainda não está claro<sup>13</sup>. A questão posta pelos estudiosos

é a seguinte: a partir de qual ponto ela pode ser considerada patológica, constituindo um transtorno<sup>11</sup>.

Segundo Bernik<sup>3</sup>, há casos em que não existe relato de sofrimento excessivo ou grande prejuízo funcional – a pessoa consegue ir a festas e apresentar seminários, mas depois tem a sensação de “ter sido atropelada por um trem”. Queixas desse tipo indicam que o indivíduo atingiu um limiar em que a necessidade de tratamento está presente.

Outro aspecto diagnóstico a ser destacado é a distinção entre os subtipos generalizado e circunscrito de FS. O DSM-IV<sup>10</sup> define o subtipo generalizado como medo da maioria das situações sociais e de desempenho, se não todas, e o tipo circunscrito como medo da minoria das situações sociais ou de algum desempenho específico<sup>14</sup>. Segundo Stein e Chavira<sup>14</sup>, a “[...] FS generalizada é usualmente mais persistente, mais incapacitante e está associada a um maior número de co-morbidades psiquiátricas [...]”, já Barros Neto<sup>15</sup> propõe uma classificação que caracteriza o subtipo circunscrito como o medo de até três situações sociais, e o generalizado como o medo de quatro ou mais situações.

Para Bernik<sup>3</sup>, a origem da FS se deve não apenas a uma herança genética, mas também à forte influência do meio familiar. Segundo o autor, filhos de pacientes fóbicos sociais constituem o grupo de maior risco para desenvolver esse transtorno, pois compartilham tanto o ambiente quanto a carga genética dos pais.

As formas mais eficazes de tratamento combinam medicação e psicoterapia. Os medicamentos ajudam a controlar a reatividade emocional e a ansiedade<sup>3</sup>. Inibidores seletivos da recaptção da serotonina (fluoxetina, paroxetina e sertralina) e benzodiazepínicos (alprazolam) são as principais substâncias utilizadas<sup>9</sup>. A terapia cognitivo-comportamental leva o paciente a enfrentar os seus medos de maneira progressiva e sistemática, além de auxiliá-lo a reestruturar cognições mal adaptadas. O treinamento de habilidades sociais é necessário na maioria dos casos<sup>3</sup>.

## Medo de falar em público

O medo de falar em público é uma das manifestações mais comuns da FS<sup>16</sup>, sendo frequente na população universitária<sup>17</sup>.

Ao ingressar na universidade, o estudante não tardará a realizar apresentações orais diante de colegas de classe e professores. É também nessa fase que ele começa a fazer estágios e tem necessidade de participar de grupos de amigos e de manter relacionamentos românticos de maneira mais clara<sup>3</sup>. Em circunstâncias como essas, a FS pode resultar em sofrimento excessivo e gerar graves limitações<sup>3</sup>.

Dessa forma, este trabalho propõe a realização de uma pesquisa exploratória com estudantes universitários que tiveram de falar em público e relataram intensa ansiedade durante apresentação de seminários. O objetivo específico deste estudo é avaliar as experiências daqueles que afirmam ter prejuízo de desempenho em seminários acadêmicos e determinar se há, de fato, diagnóstico de FS e necessidade de intervenção psicológica futura para esses estudantes.

## MATERIAIS E MÉTODO

Participaram efetivamente da pesquisa três estudantes do Centro Universitário Nove de Julho (Uninove), unidade Vila Maria, que relataram medo de falar em público, embora oito, no total, tenham agendado entrevista (cinco não compareceram). Dois estudantes eram do sexo feminino (P1, 36 anos, e P3, 32 anos) e um do sexo masculino (P2, 22 anos). Os universitários tomaram conhecimento do projeto<sup>2</sup>, de maneira informal, por meio da divulgação realizada pelos representantes de sala da referida universidade, e aqueles que possuíam disponibilidade agendaram uma entrevista com o pesquisador. No dia agendado, cada um dos participantes foi informado sobre o projeto e seus aspectos éticos e assinou o termo de consentimento. Antes do início das questões, foi solicitado que preenchesse a escala de medo da avaliação negativa.

A escala de medo da avaliação negativa é um instrumento utilizado para acessar as respostas cognitivas, consideradas patológicas em indivíduos com FS (para compreensão detalhada, ver escala comentada e traduzida por Barros Neto<sup>15</sup>). Trata-se de um questionário com 30 afirmações descritivas de situações em que o sujeito apresenta medo de ser avaliado negativamente. Os participantes assinalaram a alternativa verdadeira ou falsa para cada uma das afirmações, de acordo com o modo como reagem às situações descritas. Para cada afirmação em que o participante assinalou a opção relativa a um sintoma de FS, foi contabilizado um ponto (máximo: 30 pontos). O roteiro da entrevista semidirigida era composto de questões referentes às respostas cognitivas, comportamentais e autonômicas dos participantes, durante a apresentação de um seminário. As questões foram agrupadas nas seguintes categorias: 1) preparação para a apresentação (se houve/ tempo); 2) percepção do desempenho (subdividida em auto e heteropercepção); 3) respostas autonômicas (taquicardia, sudorese, rubor facial, tontura, tremor, ondas de frio ou calor); 4) respostas comportamentais (fuga, congelamento, esquiva ou enfrentamento), e 5) respostas cognitivas (subdivididas em preocupação, humilhação/julgamento, crenças associadas às estratégias de esquiva);

Foram selecionados três estudantes universitários que relataram ter medo de falar em público e apresentaram um seminário no mês anterior à entrevista, que ocorreu entre os meses de outubro e novembro de 2005, na própria universidade onde estudavam. No dia da entrevista, os participantes foram informados sobre o projeto e seus aspectos éticos e assinaram o termo de consentimento. Antes do início das questões, foi solicitado que cada um dos participantes preenchesse a escala de medo da avaliação negativa. Posteriormente, foi conduzida a entrevista, que foi gravada, tendo por objetivo coletar o relato das experiências do participante durante sua última apresentação para a elaboração da hipótese diagnóstica de fobia social. Ao

término da entrevista, foi entregue um folheto explicativo sobre FS.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes 1, 2 e 3 (P1, P2 e P3) apresentaram os escores de 19, 27 e 26 na escala, respectivamente (máximo: 30 pontos). Pessoas com escore elevado nessa escala tendem a demonstrar sintomas de ansiedade mais intensos em situações de avaliação<sup>15</sup>. Os dados coletados por meio da entrevista foram analisados qualitativamente, pela análise de discurso nas cinco categorias mencionadas no roteiro de entrevista e se mostraram consistentes em relação à pontuação dos participantes na escala.

Os participantes P2 e P3 obtiveram maior pontuação e relataram sintomas de FS mais intensos quando tiveram de falar em público. Por outro lado P1, apesar de também ter relatado intensos sintomas autonômicos de ansiedade durante a apresentação preenche critérios para outro transtorno, possivelmente para o de ansiedade generalizada (TAG) – que responde, com elevada ansiedade, a diversos estímulos. Para exemplificar a formulação do diagnóstico diferencial de TAG, pode-se apresentar que esse, quando questionado sobre qual situação gera mais nervosismo – falar em público ou fazer uma prova individual –, respondeu: “Pra mim não tem diferença” (P1, 36 anos, feminino, 19 pontos). O participante P2 relatou cognições que permitem o diagnóstico de FS (categoria 5 de análise): “O olhar do pessoal dá assim, dificulta [...] uns olham falando ‘p..., bem feito’, sabe? Mesmo que não seja, mas você imagina. Outros olham com olhar de cobrança, falam: — ‘caramba, o cara foi fazer merda’; o outro olha com olhar de ‘p..., coitado, não conseguiu’, entendeu? Esses olhares, por mais que não existam, você acaba enxergando” (P2, 22 anos, masculino, 27 pontos). O sentimento de humilhação e julgamento, os comportamentos e cognições de fuga e esquiva e a avaliação negativa de si mesmo em relação à sua apresentação no seminário permeiam todo o relato do participante.

De nossa pequena amostra, P2 foi o único que apresentou um quadro mais delineado de FS, decorrente do ato de falar em público, o que se correlaciona com sua alta pontuação na escala de medo da avaliação negativa: “A primeira coisa que veio na cabeça foi: — eu não vou conseguir” (P2).

Todos os participantes relataram respostas autonômicas variadas durante suas apresentações (categoria 3 de análise): “Eu fico vermelho e dá muita tremedeira não só na mão, mas na perna também” (P2); “As mãos ficam geladas e dá muita palpitação” (P3, 32 anos, feminino, 26 pontos); “Eu senti como se o chão tivesse saído dos meus pés” (P1). Gagueiras e lapsos de memória também foram relatados por todos os participantes.

A ansiedade relatada pelos participantes acarreta limitações a todos esses: “Eu evito fazer apresentações. Eu as faço porque sou obrigada a fazer. É horrível [...]” (P3); “Não conseguia olhar pra frente, ver o rosto das pessoas” (P2); “Eu tive vontade de sair correndo” (P1). Respostas condizentes com a categoria 4 de análise da FS. A insegurança em relação à avaliação das outras pessoas e a possibilidade de fuga e esquiva durante a apresentação em público estão presentes nos participantes P2 e P3. Isso aparece de forma mais explícita em algumas falas: “Eu acabei de apresentar, aí saí, fui ali pegar o meu material e aí eu ouvi ali no canto: ‘coitado do (participante fala seu próprio nome), não conseguiu falar.’ Eu ouvi isso aí [...]. Então isso aí, parece que não, mas te joga mais pra baixo ainda. Você se sente pior do que já tava sentindo.” (P2); “Eu só queria que ninguém perguntasse nada pra eu terminar logo” (P3).

Como esperado, todos os participantes disseram que se haviam preparado muito para as situações de apresentação em público (categoria 1 de análise), apesar de seu suposto mau desempenho relatado, o que amplifica e valida a percepção de não serem capazes e a necessidade do encaminhamento para a terapia focada, em especial no treinamento de habilidades sociais.

Em suma, respostas autonômicas, comportamentais e cognitivas que se coadunam com os critérios diagnósticos da FS estão presentes nos relatos de P2 e P3, mas não de P1, sendo esses dados consistentes com as respostas em relação à escala de medo da avaliação negativa, utilizada como instrumento de apoio para o diagnóstico de FS. A participante que obteve mais baixa pontuação na escala, P1, demonstra indícios de TAG (pois não apresenta critérios da categoria 3, necessários para diagnóstico de FS), enquanto os participantes P2 e P3, com alta pontuação na escala, preenchem todos os critérios básicos para o diagnóstico de FS.

## CONCLUSÃO

Os participantes da pesquisa relataram em suas respostas que, durante os seminários acadêmicos, sentiram o rosto ruborizado, tremedeiras, palpitações, desejo de fuga e insegurança quanto à avaliação dos outros. Esses dados são compatíveis com os descritos pela literatura<sup>3, 11, 12, 13</sup> que menciona sintomas similares aos encontrados como critério diagnóstico da FS.

Falar em público é uma situação potencialmente estressora que desencadeia sintomas de FS nos participantes. Na literatura em geral, apresentações públicas são as circunstâncias que mais geram sintomas de FS<sup>3, 16</sup>. Estudos posteriores, utilizando uma amostra mais ampla, possibilitarão uma visão mais abrangente do problema na universidade. De toda forma, a constatação desses fatos aponta para a necessidade de elaborar formas de identificação do transtorno para dar suporte a essa população específica, visto que a FS pode prejudicar o desempenho acadêmico. Para isso é importante investir, dentro da universidade, na criação de núcleos de atendimento psicológico aos estudantes, na elaboração de instrumentos rápidos de triagem para FS, em propostas de educação psicológica, como palestras, e de intervenção terapêutica breve e em grupo, que requerem baixo custo, pouco tempo, e podem atingir maior contingente de estudantes do que

encaminhamentos individuais. Iniciativas como essas podem gerar resultados positivos para todos, pessoal e academicamente.

O convívio saudável entre as pessoas torna a aprendizagem um processo prazeroso, o que melhora, de maneira global, o desenvolvimento educacional<sup>18</sup>. Formar um cidadão completamente é prepará-lo para enfrentar, com desempenho satisfatório, o mundo e, em especial, o mercado de trabalho. Assim, compete também à universidade criar um ambiente que garanta o pleno desenvolvimento do indivíduo.

## NOTAS

- 1 Trabalho desenvolvido durante a disciplina de Estágio Básico Supervisionado I e II do curso de Psicologia da Uninove, unidade Vila Maria.
- 2 Esta pesquisa é parte integrante do Projeto de Estágio Básico I e II "Ansiedade em universitários", do curso de Psicologia da Uninove, no qual os graduandos discutem uma temática específica, avaliam-na em relação à realidade social e discutem potenciais propostas de atuação psicológica futura.

## REFERÊNCIAS

1. Buchalla AP. Você tem medo de quê? *Veja*. 2003; 36(44):100-7.
2. Nardi AE. Comorbidade: depressão e fobia social. *Psiquiatria na Prática Médica*. 2001; 34(2): 60-3.
3. Bernik MA. Fobia social: entrevista, site Drauzio Varella [19 out 2004; acesso em 15 out 2005] Disponível em: <<http://www.drauziovarella.com.br/entrevistas/fobiasocial.asp>>.
4. Andreatini R. O teste de cor-palavra de stroop filmado como modelo de ansiedade induzida experimentalmente [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1999.
5. Seabra MLV. Avaliação da resposta de ansiedade induzida em sujeitos submetidos ao stroop color word test: influência da instrução e da limitação de tempo para a realização da tarefa [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1987.
6. Margis R, Pincon P, Cosner AF, Silveira, RO. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2003;25(1):65-74.

7. La Rosa J. Ansiedade, sexo, nível socioeconômico e ordem de nascimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 1998;11(1):59-70.
8. Castilho ARGL, Recondo Rogéria AFR, Manfro GG. Transtornos de ansiedade. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2000; 22(2 supl):20-3.
9. Asbahr FR. Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *J Ped.* 2004;80(2 supl):S28-S34.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4ª ed. Arlington: Am Psych Publishing, 2000.
11. Barros Neto TP. Fobia social: perfil clínico, comorbidade e diagnóstico diferencial. *Rev Psiquiatr Clin.* 27(6):309-15.
12. Silves EF de M, Meyer SB. Análise funcional da fobia social em uma concepção behaviorista radical. 27(6):329-34.
13. Falcone E. Ansiedade social normal e ansiedade fóbica: limites e fundamentos etológicos. 27(6):301-8.
14. Terra MB. Fobia social e alcoolismo: um estudo da comorbidade [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2005.
15. Barros Neto TP. Perfil psicopatológico e transtornos de personalidade em uma amostra de pacientes com diagnóstico de fobia social [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1996.
16. D'el Rey GJF, Pacini CA. Medo de falar em público em uma amostra da população: prevalência, impacto no funcionamento pessoal e tratamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF. 2005;21(2):237-42.
17. Kozasa EH. Um protocolo breve de modificações cognitivas e exposição gradual para redução de sintomas de medo de falar em público [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1999.
18. Sidman M. *Coerção e suas implicações*. Campinas: Livro Pleno, 2003.



