



Érika Cristina MUNHATO*

 <https://orcid.org/0000-0001-8934-558X>

Mariana Alves PORTO**

 <https://orcid.org/0000-0003-2742-3153>

Jéssica Aires da Silva OLIVEIRA***

 <https://orcid.org/0000-0001-8634-1639>

Recebido em: 17 de fevereiro de 2021.

Aprovado em: 22 de junho de 2021.

INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ASSOCIADA À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM TRANSTORNO DE ANSIEDADE

RELATO DE CASO

RESUMO

A qualidade de vida e a saúde do ser humano podem ser melhoradas com a prática regular de atividade física. Deixando a vida sedentária e saindo da zona de conforto, pela qual, habitualmente, se acumulam gordura corporal, doenças vasculares, entre outras que podem ser prevenidas e utilizadas como uma ferramenta importante dentro da Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento de pacientes com transtornos de ansiedade que, em geral, serão esclarecidas e abordadas ao longo desse trabalho, os benefícios são inúmeros.

Descritores: Terapia Cognitivo-Comportamental, Atividade Física, Ansiedade.

COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTION ASSOCIATED WITH PHYSICAL ACTIVITY OVER ANXIETY DISORDERS

CASE REPORT

ABSTRACT

Human being quality of life and health may be improved with regular physical activity. Refraining from a sedentary lifestyle and getting out of comfort zone, which usually results in body fat accumulation, vascular diseases, among others that may be preventable and used as an essential tool for Cognitive-Behavioral Therapy when assisting patients with anxiety disorders who, in general, are enlightened and approached throughout this paper, its benefits are countless.

Descriptors: Cognitive-Behavioral Therapy, Physical Activity, Anxiety.

*Graduação em Psicologia, Pós-graduação em psicologia clínica na abordagem terapia cognitivo comportamental, curso de extensão em psicologia hospitalar e ansiedade. E-mail: munhatoerika@gmail.com

**Graduada em Psicologia pela UNESP; Especialista em Psicologia da Saúde pela FAMERP; Mestra em Psicologia e Saúde pela FAMERP. Atua como Psicóloga Hospitalar e Docente em Psicologia. E-mail: mariana_aporto@hotmail.com

*** Psicóloga, Doutoranda, Docente convidada da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, do Centro Universitário de Santa Fé do Sul/SP, UNIFUNEC. Autora do livro "Protocolo de intervenção cognitivo-comportamental para crianças com leucemia linfoblástica aguda". E-mail: jessica.aires@hcmriopreto.com.br

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a teoria evolucionista ou (neo) darwinista, há cerca de dez mil anos a. C., era essencial para a sobrevivência de nossos antepassados a luta pela caça e a pesca.

Dessa forma, correr para caçar (ou da caça para sobreviver) pode-se considerar que era uma prática comum e cotidiana que nos dias de hoje não é mais necessária, mas, que de certa forma, beneficiou o homem e, atualmente (pós-revolução industrial), este se acomodou com a praticidade e cada vez mais tem se tornado sedentário¹.

Os primeiros trabalhos encontrados na escassa literatura quando se diz respeito a benefícios dos exercícios físicos sobre as funções cognitivas surgiram em meados dos anos 70, tendo como modelo os exercícios aeróbicos².

Para se beneficiar com a prática da atividade física, tendo um bom condicionamento ou prevenir doenças, é necessário levar em consideração quatro critérios básicos³:

- Sobrecarga: para uma boa resposta fisiológica deve-se utilizar uma carga maior que o habitual. Sendo controlado pela intensidade, duração e frequência do exercício.
- Especificidade: escolher a atividade física e/ou exercício específico para uma resposta fisiológica específica.
- Individualidade: respeitar o biótipo de cada indivíduo e planejamento de atividade, carga e intensidade.
- Reversibilidade: o indivíduo retorna às condições fisiológicas anteriores às práticas das atividades, caso adquira, novamente, o estilo sedentário.

O estilo de vida moderno, comumente, inclui uma intensa jornada de trabalho, com exigências de uma vida acadêmica exemplar, o que torna o papel social e as rotinas do lar aspectos difíceis de serem administrados. Lidar com os afazeres do dia tem se tornado um desafio, em que, muitas vezes, prioriza-se a conciliação das obrigações, acarretando em prejuízos na qualidade de vida e saúde mental. Com isso, é comum que um maior número de pessoas apresente sintomas de ansiedade, levando-as a buscar ajuda do profissional psicólogo⁴.

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o transtorno de ansiedade é caracterizado por medo e perturbações comportamentais, podendo levar a uma série de outras morbidades e reações fisiológicas, como

transtorno do pânico ou algum transtorno compulsivo acompanhado por dificuldades em ficar em lugares fechados e/ou aglomerações ou se alimentar de forma excessiva, por exemplo⁵.

Existem vários tipos de transtorno de ansiedade, os mais conhecidos são de separação, social, fobias específicas, entre outros. A ansiedade da separação, por exemplo, ocorre, normalmente, na infância, durante a separação de uma pessoa próxima e de grande importância pessoal ou afetiva. A fobia social, também conhecida como transtorno social, faz com que o indivíduo tenha dificuldade em socializar, permanecer em ambientes com várias pessoas, este se sente desconfortável como se estivesse sendo observado, imaginando que algo ruim fosse acontecer e que está sendo julgado pelas outras pessoas⁶.

Os sintomas da fobia social são diversos e variam entre sudorese, dor e desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, tremores, calafrios ou ondas de calor, tontura, até mesmo medo de perder o controle da vida ou de morrer, entre outros⁵. Segundo a perspectiva evolucionista, os transtornos da ansiedade são “...falhas no funcionamento de circuitos neurais responsáveis por detectar, organizar e expressar um conjunto de reações de defesas”⁷.

A ansiedade pode ser uma patologia quando, sem nenhuma situação de perigo ou qualquer outra, possa ativar reações conscientes, fisiológicas e comportamentais desproporcionais.

Essas reações são divididas da seguinte forma⁷:

- Reações conscientes: agudas e crônicas.
- Reações fisiológicas: sistema nervoso autônomo, sistema neuro-hormonal.
- Reações comportamentais: reações corporais e expressões faciais.

As reações fisiológicas, como palpitações, sensações de vazio no estômago e náuseas, são produzidas pelo sistema nervoso autônomo simpático. As hormonais ativam as glândulas que liberam agentes químicos na corrente sanguínea, preparando o indivíduo para luta e fuga em situações de perigo. Reações corporais são identificadas através de expressões faciais e linguagem não verbal, ou seja, postura corporal ou inquietação das mãos ou pés, por exemplo⁷.

“De acordo com o modelo cognitivo-comportamental, indivíduos com ansiedade percebem o mundo como um lugar perigoso, uma ameaça em potencial que lhes exige constante vigilância”⁸.

Alguns pesquisadores da época “...desenvolveram a ideia de que um problema psicológico poderia ser compreendido sob três enfoques diferentes (ou “três sistemas”) ligados entre si tais como os sistemas comportamental, cognitivo/afetivo e fisiológico”⁹.

Com o passar do tempo, surgiram diversas formas de tratamento dentro da terapia cognitivo-comportamental, porém com o propósito de esclarecer os pensamentos dos pacientes e a forma de ver o mundo⁹.

Desse modo, o presente trabalho tem por objetivo apresentar um relato de caso de intervenção psicoterapêutica, baseado na abordagem cognitivo-comportamental e a atividade física como uma ferramenta importante no tratamento da ansiedade.

2 MÉTODO

O estudo de caso tem origem na pesquisa médica e psicológica, com o objetivo de investigação particular, que procura compreender melhor o caso em si¹⁰.

2.1 Sujeito

O paciente com as iniciais K. M. T, 21 anos, exerce a função de operador de caixa em um posto de gasolina e reside no interior de São Paulo. O paciente procurou o serviço de uma Clínica-Escola em demanda espontânea, apresentando queixa de ansiedade e autoestima comprometida. Também apresentava sintomas físicos como irritabilidade, desconforto e desregulação intestinal, fadiga e agitação, portanto buscava melhora em sua qualidade de vida.

Aproximadamente há um ano, esse paciente passou por psicoterapia relatando a mesma queixa, porém com sintomas mais intensos como a agressão. Contudo, ressalta-se que o paciente tem conhecimento e habilidades prévias relacionadas à regulação de emoções, controle de comportamentos impulsivos relacionados à agressividade, o que dispensou o trabalho inicial de apresentação e aprendizado das técnicas. Assim, o processo terapêutico teve como foco a retomada de aspectos já aprendidos pelo paciente, bem como trabalhar a manutenção das técnicas já praticadas anteriormente.

2.2 Histórico Familiar

K. M. T. é filho de pais separados, tem um irmão mais novo que já é casado e mora em frente e a sua casa com sua família. Reside com sua mãe e padrasto, com os quais tem problemas de relacionamento, aspecto que influencia, significativamente, no transtorno de ansiedade. Conforme relato do paciente, o padrasto só se dirigia a ele de forma agressiva, gerando, assim,

um grande conflito familiar o que resultava na manifestação de sintomas fisiológicos de ansiedade relatados anteriormente e que lhe causavam grande sofrimento emocional.

Atualmente, não possui muito contato com o padrasto, mesmo morando na mesma residência, com isso, houve diminuição das brigas e agressões. Em dado momento da terapia, o padrasto até apoiou as decisões dele diante da mãe e fez toda a diferença como será detalhado mais adiante.

A principal dificuldade, inicialmente, foi fazer com que o paciente compreendesse que não seria possível mudar o comportamento diretamente do padrasto, mas sim trabalhar as formas adequadas de K. lidar com os conflitos em relação ao padrasto diante do controle da ansiedade.

2.3 Procedimento

Os atendimentos foram realizados em uma clínica escola e o acompanhamento psicológico teve a duração de três meses, no período de setembro a novembro de 2019, com um total de dez sessões.

O processo psicoterapêutico foi embasado na abordagem Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), com abertura à necessidade e melhores resultados diante da queixa apresentada pelo paciente.

Inicialmente, no processo terapêutico, colheram-se todas as informações e o maior número de dados possíveis a respeito da história de vida do paciente e seus familiares; a queixa principal, sintomas biológicos, físicos, comportamentais, grau de comprometimento na qualidade de vida, limitações e desde quando o mesmo acontece; pré-disposições biológicas; relações e habilidades sociais; encaminhamento e exames médicos; medicações utilizadas; fatores ambientais e culturais que possam influenciar; entre outros. Tudo isso é fundamental para todo o planejamento do tratamento⁸.

No Quadro 1, é possível observar, de forma sucinta, os procedimentos que foram realizados a cada sessão nesse caso específico.

Quadro 1 – Procedimentos realizados em cada sessão.

Sessões	Procedimentos
1 ^a	Anamnese
2 ^a	Aplicação da atividade qualitativa “Dimensões do Bem-Estar” Aplicação da técnica de respiração diafragmática ⁸ .
3 ^a	Aplicação da escala de Hamilton (ansiedade) Aplicação da técnica de relaxamento por visualização ⁸ .

4ª	Aplicação da escala de Haminton (depressão) Aplicação da técnica de relaxamento por contração muscular
5ª	Psicoeducação sobre ansiedade
6ª	Psicoeducação sobre atividade física
7ª	Feedback dado pelo paciente em relação aos resultados já obtidos com a terapia
8ª	Reaplicação das escalas
9ª	Prevenção de recaída Manutenção das técnicas
10ª	Devolutiva e alta ao paciente

Fonte: Dos próprios autores.

Durante a intervenção, foram utilizadas técnicas propostas pela TCC e que a terapeuta compreendeu serem compatíveis com as queixas apresentadas pelo paciente. Tais técnicas são descritas no Quadro 2.

Quadro 2 – Técnicas e descrições

Técnicas	Descrições
Respiração diafragmática	Orientar o paciente a respirar fundo, puxando o ar pelo nariz e soltando pela boca três vezes com um intervalo e repetir a técnica por, pelo menos, três vezes.
Relaxamento por visualização	De forma guiada, leva o paciente a imaginar lugares e situações que tire o foco do pensamento ansioso e relaxe respirando lentamente de olhos fechados.
Relaxamento muscular progressivo	Gradativamente, o paciente contrai e relaxa determinados músculos de acordo com as orientações estabelecidas.

Fonte: Dos próprios autores.

3 MATERIAIS

Para uma avaliação precisa dos sintomas apresentados pelo paciente, foi utilizada a Escala de Hamilton, criada em 1959, por Max Hamilton, pelo qual o paciente passa por uma investigação de como ele se sente nos últimos dias e pontua cada item de 0 a 4 de acordo com o que tem sentido conforme a intensidade dos sintomas¹¹.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Avaliação Inicial

Na primeira aplicação das escalas, pôde-se observar um valor alterado para sintomas ansiosos, considerado moderado e com vários sintomas físicos e fisiológicos.

Entretanto, outras técnicas podem ser utilizadas para diminuição de ansiedade, entre elas: meditação, respiração diafragmática, relaxamento por visualização e relaxamento muscular progressivo¹².

As técnicas de relaxamento são muito utilizadas no tratamento de ansiedade, pelas quais o paciente aprende a identificar a causa de seu aumento, a controlá-la com a distração e exercícios de respiração para obter uma diminuição considerável dos sintomas fisiológicos⁸.

Deve se ainda identificar e confrontar as situações causadoras da ansiedade de forma presencial ou por visualização. Isso deve ser realizado gradativa e repetitivamente até que o paciente se acostume e se sinta confortável⁸.

4.2 Avaliação Final

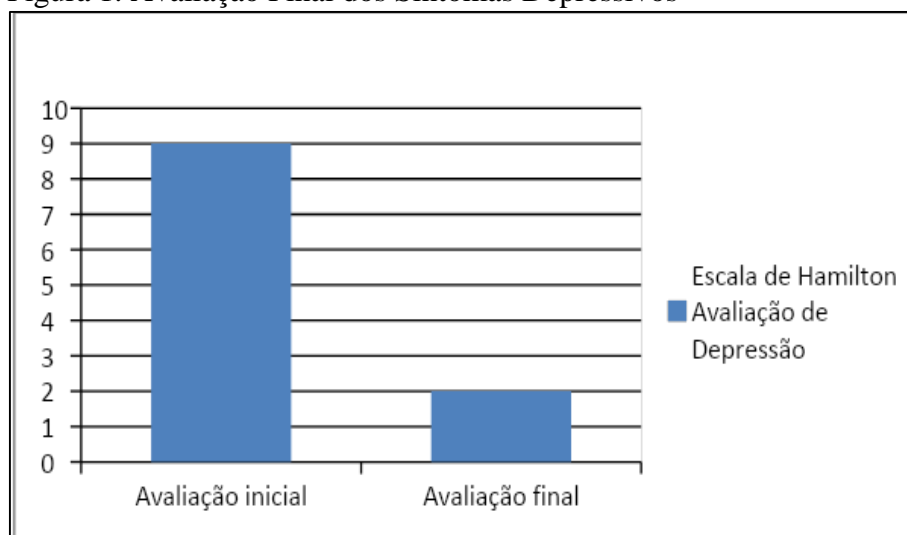
Com a adesão às técnicas, foi possível observar melhora na autoestima do paciente e relatada nas sessões, vista também pela terapeuta por meio dos comportamentos não verbais, como facilidade de se expressar com mais segurança e tomadas de atitudes e iniciativa de diálogos, já que essas situações não ocorriam inicialmente.

A condição física e disposições também foram relatadas pelo paciente, assim como a melhora na qualidade do sono, melhora na concentração e raciocínio, fim das dores de cabeça constantes e preocupações excessivas, regulação da respiração e frequência cardíaca, ausência dos problemas digestivos que ele vinha apresentando, entre outros.

Com a diminuição dos sintomas, devido ao comprometimento do paciente que seguiu todas as orientações passadas em terapia, assim como foi mostrado anteriormente, foi iniciado o trabalho de prevenção de recaídas, no qual se faz uma revisão das técnicas aprendidas e se orienta o paciente a praticá-las como manutenção da melhora. Nessa fase, as sessões podem ser agendadas quinzenalmente e depois mensalmente, o que na abordagem da terapia cognitivo-comportamental chama-se *follow up*⁸.

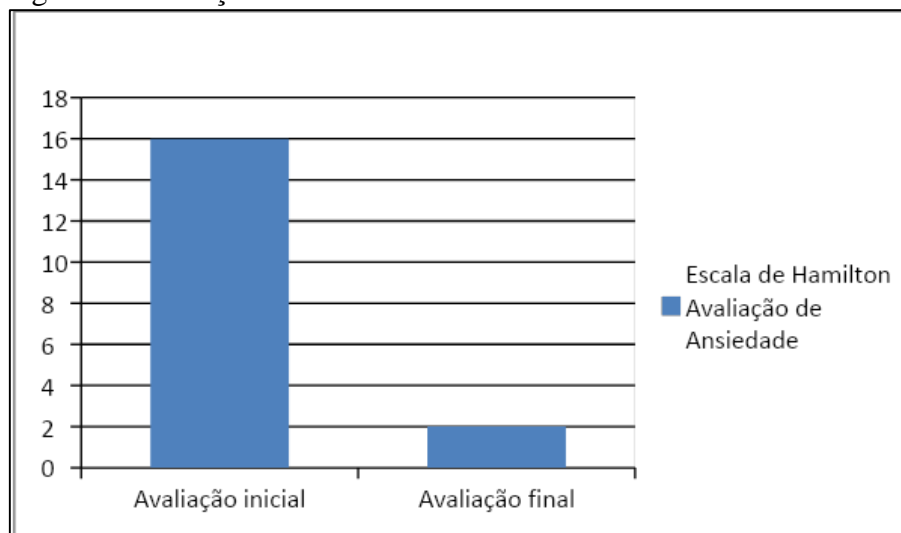
As Figuras 1 e 2 apresentam os níveis de ansiedade e depressão do paciente no início e ao final da intervenção, sendo possível observar diminuição nas duas dimensões, o que significa a diminuição considerável ou extinção dos sintomas apresentados no início do acompanhamento terapêutico.

Figura 1. Avaliação Final dos Sintomas Depressivos



Fonte: Dos próprios autores.

Figura 2. Avaliação Final dos Sintomas Ansiosos



Fonte: Dos próprios autores.

Nesse caso, o *follow up* foi autorizado para o paciente a partir da sexta sessão, quando o paciente trouxe um feedback positivo em relação à queixa apresentada inicialmente e então iniciou o processo de reavaliação dos testes para a comparação em relação ao início do tratamento.

Segundo o feedback do paciente, foram alcançados objetivos além dos estabelecidos inicialmente, como por exemplo: iniciou um relacionamento amoroso, foi promovido no trabalho e melhorou o convívio familiar entre os outros sintomas de ansiedades que foram controlados ou extintos e relatados a cima. E ainda o controle dos pensamentos e comportamentos como é o objetivo principal da terapia cognitivo-comportamental.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da apresentação do presente trabalho foi possível observar a eficácia de intervenção cognitivo-comportamental associado à prática de exercícios físicos como estratégia para remissão de sintomas ansiosos.

Isso porque a TCC é uma abordagem prática e objetiva que trabalha diretamente no foco da queixa apresentada pelo paciente. Já atividade física traz resultados a longo e curto prazos, alterando o humor do paciente de forma considerável desde os primeiros exercícios realizados, com a liberação de substâncias cerebrais e melhorando a saúde, desde vascular até cognitiva do paciente, reduzindo ou até extinguindo os sintomas da ansiedade e assim proporcionando uma melhor qualidade de vida.

Portanto, foi elaborado um roteiro de sessão para o tratamento de pacientes com ansiedade, o qual inclui a atividade física como uma ferramenta importante para a melhora considerável desse paciente, desde a psicoeducação sobre a atividade física até o acompanhamento na escolha dessa atividade e resultados em relação aos sintomas relatados no início do acompanhamento psicoterápico.

Esse roteiro tem uma base superficial a ser seguida e corretamente adaptada à necessidade de cada indivíduo, sujeita a mudanças para obter um melhor resultado no tempo e na forma que o paciente precisar. Pode ser utilizado e adaptado também no tratamento de outros transtornos já que os benefícios da atividade física são inúmeros e os resultados fidedignos.

REFERÊNCIAS

- 1 Gualano B, Tinucci T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte* [Internet]. 2011; 25(n. especial):37-43. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1807-55092011000500005>
- 2 Mello MT, Boscolo AR, Esteves AM, Tufik S. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* [Internet]. 2005;11(3):203-207. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922005000300010>

- 3 Ciolac EG, Guimarães GV. Exercício físico e síndrome metabólica. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* [Internet]. 2004;10(4):319-324. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-86922004000400009>.
- 4 Araújo SRCde, Mello MTde, Leite JR. Transtornos de ansiedade e exercício físico. *Brazilian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2007;29(2):164-171. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000027>
- 5 APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- 6 Estanislau G, Bressan RA. Saúde Mental na Escola. Porto Alegre. Artmed, 2014. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=6uQVBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA101&dq=ansiedade+da+separa%C3%A7%C3%A3o&ots=EzykKGGbh-&sig=jDM111_cc9lAbl1E0Qat_wBdRHA#v=onepage&q=ansiedade%20da%20separa%C3%A7%C3%A3o&f=false
- 7 Rangé B. (e col.) Psicoterapias cognitivo-comportamental: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- 8 Ito LM, Roso MC, Tiwari S, Kendall PC, Asbahr FR. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. *Brazilian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2008;30(sup.2):96-101. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600007>.
- 9 Bahls SC, Navolar ABB. Terapia Cognitivo Comportamental: conceitos e pressupostos teóricos. *Revista Eletrônica de Psicologia* [Internet] 2004;4:1-11. Disponível em: <https://psicoterapiaepsicologia.webnode.com.br/news/terapia-cognitivo-comportamentais-conceitos-e-pressupostos-teoricos/>
- 10 Ventura M.M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Rev. SOCERJ.* [Internet] 2007;20(5):383-386. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf
- 11 Freire MA. Figueiredo VLM, Gomide A, Jansen K, Silva RA, Magalhães PVS, Kapczinski FP. Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [Internet]. 2014;63(4):281-289. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000036>
- 12 Mellion MB. Segredos da medicina desportiva. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.