

## Exposição Interoceptiva para Redução da Ansiedade no Tratamento do Transtorno do Pânico

Andressa Celente de Ávila<sup>1</sup>  
Ilana Andretta<sup>2</sup>

### Resumo

O transtorno do pânico (TP) causa prejuízos psíquicos e funcionais na vida do indivíduo. A exposição interoceptiva (EI) é essencial no tratamento do TP, já que visa a reduzir a ansiedade com os sintomas de um ataque de pânico (AP), promovendo habituação. Diante disso, este estudo teve como objetivo analisar a aplicabilidade da EI em reduzir a ansiedade vivenciada em um AP, induzida através de exercícios que provoquem sensações similares. Participaram deste estudo três pacientes com diagnóstico de TP e agorafobia, atendidas em um serviço escola. Em três sessões de EI foram avaliados o nível de intensidade, similaridade e ansiedade com os exercícios, pontuados pelas pacientes em uma escala de 0 a 10. A EI obteve resultados positivos no tratamento das pacientes, já que houve diminuição nos níveis de ansiedade dos exercícios de EI das três pacientes assim como houve correspondência entre os níveis de intensidade, similaridade e ansiedade também avaliados, já que exercícios foram classificados com mesmo nível.

Palavras-chave: Transtorno de Pânico; Tratamento; Terapia Cognitivo-Comportamental.

## Interoceptive Exposure for Reducing Anxiety in the Treatment of Panic Disorder

### Abstract

Panic disorder (PD) causes psychological and functional impairment in the individual's life. The interoceptive exposure (IE) is essential in the treatment of PD since it is aimed at reducing anxiety symptoms of a panic attack (PA), promoting habituation. Therefore, this study aimed to analyze the applicability of EI in reducing anxiety experienced in an AP induced through exercises that cause similar sensations. The study included three patients with a diagnosis of PD and agoraphobia, attending a school service. In three sessions of the EI were evaluated the level of intensity, similarity and anxiety with exercise, punctuated by patients on a scale of 0 to 10. The EI obtained positive results in treating patients, since there was a decrease in anxiety levels in the three patients and there was also correspondence between the level of intensity, similarity and anxiety, in which exercises were classified with the same level.

Key-words: Panic Disorder; Treatment; Cognitive Behavioral Therapy.

---

1 Psicóloga formada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Email: [andressacelente@gmail.com](mailto:andressacelente@gmail.com)

2 Doutorado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); Professora do Programa de Pós-Graduação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Email: [ilana.andretta@gmail.com](mailto:ilana.andretta@gmail.com)

O Transtorno de Pânico (TP) atinge cerca de 3% da população e causa grande sofrimento psíquico e prejuízo funcional ao sujeito. Está associado a um alto custo social, com taxas de absenteísmo e menor produtividade no trabalho, além de maior utilização de serviços de saúde como emergências e consultórios médicos (Shinohara, 2005; Salum, Blaya & Manfro, 2009). O TP é cerca de duas vezes mais comum em mulheres e tem início frequentemente no fim da adolescência ou no início da vida adulta, entre os 20 e os 30 anos. Sua etiologia se deve a diversos fatores, dentre os quais podem estar relacionados fatores genéticos e ambientais (Salum et al., 2009). O transtorno é caracterizado pela presença de Ataques de Pânico (AP) recorrentes e inesperados, com pelo menos um mês de preocupação persistente em ter outro AP e preocupação sobre as consequências dos mesmos. Um AP deve ter quatro (ou mais) sintomas como, por exemplo: taquicardia; falta de ar ou sufocamento; tonturas; e tremores. Associada ou não a este quadro clínico, pode apresentar-se a agorafobia, que envolve comportamentos de evitação e fuga de lugares ou situações associadas com o medo de “passar mal” (American Psychiatric Association, 2002).

#### Entendimento cognitivo do TP

O medo e a ansiedade são respostas fisiológicas adaptativas do ponto de vista evolutivo a um estímulo considerado ameaçador, e podem ser chamadas de reação de luta-ou-fuga. Ajudam o indivíduo a lutar ou fugir de uma potencial situação de risco ou ameaça (Rangé & Borba 2008). Com relação à etiologia psicológica do TP, Clark (2012) entende que um AP ocorre devido a interpretações catastróficas disfuncionais de algumas manifestações corporais internas ou externas (gatilhos). Essas interpretações causariam ativação simpática (sensações corporais), o que confirmaria o “perigo” e geraria ainda mais interpretações distorcidas, em uma espiral. Já o modelo de Barlow (2009) entende o AP inicial como um “alarme falso”, muitas vezes sem um motivo observável. Após o primeiro ataque, o indivíduo fica apreensivo com os possíveis futuros ataques, ocorrendo um condicionamento interoceptivo (medo condicionado de sinais internos), ou seja, componentes somáticos iniciais de resposta à ansiedade são capazes de desencadear um AP.

#### Tratamentos para o TP

O tratamento precoce é essencial no TP, a fim de reduzir sofrimentos e prejuízos aos pacientes, bem como prevenir outras complicações e possíveis comorbidades (Salum et al., 2009). No controle agudo dos AP, o uso de benzodiazepínicos é comum, mas o principal tratamento psicofarmacológico para o TP é o uso de antidepressivos como a Fluoxetina e a Paroxetina, inicialmente em doses baixas até que as crises sejam controladas (Yano, Meyer & Tung, 2003). A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) individual ou em grupo para o TP possui resultados semelhantes (Salum et al., 2009) e apresenta eficácia melhor do que a farmacologia em longo prazo: 87% dos pacientes continuam sem ataques depois de um ano e 75% a 81% dois anos depois da finalização de TCC breve (Manfro, Heldt, Cordioli, & Otto, 2008).

Em um estudo de revisão da literatura, foi visto que não há diferenças significativas quanto à eficácia de intervenções cognitivas, comportamentais e cognitivo-comportamentais, mas é difícil uma comparação mais fidedigna devido aos diferentes desenhos metodológicos dos estudos (Carvalho, Nardi, & Rangé, 2008). Em outro artigo de metanálise sobre a eficácia dos tratamentos psicológicos para o TP com ou sem agorafobia, foram selecionados 42 estudos que preencheram critérios de seleção, num total de 65 comparações entre um grupo de tratamento e um grupo controle. Foi encontrado, entre as diferentes técnicas de intervenção examinadas, que a maior eficácia estava na combinação com exposição (interoceptiva e ao vivo) com treinamento de relaxamento e/ou técnicas de treinamento respiratório (Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar, Marín-Martínez, & Gómez-Conesa, 2010).

A eficácia da TCC e de fármacos foi investigada em um estudo utilizando metanálise, e foram encontrados 124 estudos. A TCC foi mais eficaz do que um grupo controle sem tratamento e um grupo controle de placebo. Não houve diferença de eficácia ao se utilizar elementos cognitivos em comparação com não usá-los (Mitte, 2005). Exposições em ambientes virtuais para potencializar os tratamentos com TCC também têm se mostrado eficazes (Carvalho, Freire, & Nardi, 2008).

#### Exposição interoceptiva no TP

AP são comuns na população geral e podem não ser patológicos, só evoluem para o TP quando uma interpretação catastrófica de sensações físicas causa ansiedade e medo de que ocorra um novo AP. Ocorre um condicionamento interoceptivo das sensações, tornando-as estímulos condicionados para um AP. Este condicionamento explica por que os AP podem surgir com ou sem estímulos externos (Cort, Griez, Büchler, & Schruers, 2012). Portanto, o objetivo da EI é promover habituação e reduzir o sofrimento com sintomas de ansiedade e medo pela indução repetida a sensações físicas. A EI é considerada essencial para o tratamento do TP (Boswell et al., 2013), a fim de que o paciente entenda que as reações corporais que sente são naturais do organismo (King, Valença, Melo-Neto, & Nardi, 2007).

Algumas formas de provocar as sensações físicas de um AP são, por exemplo, sensações de tontura e náuseas induzidas por um movimento giratório (Boswell et al., 2013). Pede-se para o paciente praticar cada exercício por alguns segundos, até que ocorra uma sensação física acompanhada de medo. Os exercícios são praticados inicialmente na presença do terapeuta e indicados como tarefa de casa (Ito, 2001). É importante que, nas exposições a intensidade, semelhança e ansiedade com as sensações que ocorrem em um AP sejam mensuradas (Manfro et al., 2008).

No relatório de Schmidt e Trakowski (2004) foram descritas as respostas de exercícios de indução de sintomas em um grupo para pacientes com TP, em que constam as sensações físicas provocadas por cada exercício e a intensidade da sensação, a semelhança da sensação de um AP e o tempo até atingir ansiedade com cada exercício. Viu-se que a EI foi útil para grande parte dos pacientes com TP, já que ao longo de sessões de repetição dos exercícios a ansiedade diminuiu. A maioria dos exercícios provocou níveis de intensidade leves a níveis moderados de sintomas. O exercício menos intenso foi colocar a cabeça entre as pernas e levantar, já o exercício mais intenso foi o de girar seguido pela hiperventilação. Foram encontradas evidências de que a intensidade de um exercício estava relacionada com o nível de ansiedade que provocava. Os três exercícios mais intensos (rotação, respirar no canudo e hiperventilar) também tiveram maiores índices de ansiedade. Segundo os autores, o fato de um exercício obter alta similaridade com sensações de um AP e baixa ansiedade pode ocorrer por influência do controle e previsibilidade da indução de sensações, pela presença de “sinais de segurança”, como terapeutas e outros pacientes, entre outras causas.

Antony, Ledley, Liss e Swinson (2006) fizeram uma comparação com um grupo clínico de 27 sujeitos com TP e um grupo não clínico com 25 sujeitos, em que foram realizados 13 exercícios de indução de sintomas de um AP. Após, os participantes completavam o Symptom Questionnaire (DSQ; Sanderson, Rapee, & Barlow, 1989) para avaliação dos sintomas. Foi encontrado que os sujeitos com TP responderam mais fortemente do que o grupo não clínico na indução de sintomas. Utilizado um limiar de medo moderado (>4), dois terços dos sujeitos com TP reagiram com medo moderado a pelo menos um dos exercícios de indução de sintomas, e mais de um terço dos participantes no grupo com TP responderam com medo moderado a pelo menos três dos exercícios. Além disso, constatou-se que os exercícios de indução de sintomas também produziram algum medo nos participantes do grupo não clínico: quase metade dos sujeitos relatou medo leve de, pelo menos, um exercício. Antony et al. (2006) também apontam que, em sua pesquisa, um terço ou mais dos 27 participantes do grupo com TP relataram pelo menos níveis moderados de medo durante exercícios como girar e a hiperventilação. Entretanto menos de 20% dos participantes com TP relataram medo moderado nos exercícios de colocar a cabeça entre as pernas e levantar rapidamente; olhar para uma luz e em seguida ler; e enrijecer os músculos.

No estudo de Boswell et al. (2013), não foi possível identificar uma relação entre o uso da EI com a redução na sensibilidade à ansiedade, mas foi visto que, após a introdução da EI na segunda metade do tratamento para sujeitos com TP, houve mudanças notáveis. King, Valença e Nardi (2008) apresentaram três casos de pacientes com TP com subtipo respiratório que obteve boa resposta a TCC, correção do padrão de respiração e EI. No artigo de King et al. (2007), a paciente que teve seu caso estudado apresentava sintomas de hipocondria, falta de ar, taquicardia e medo de perder o

controle, e foi tratada com medicação e sessões de TCC com uso de exercícios de indução de sintomas. Os exercícios foram praticados em ambiente seguro, ou seja, com a presença do terapeuta, para que a paciente pudesse entrar em contato com as próprias sensações e, ao perceber que estas eram inofensivas, que as aceitasse mais facilmente.

Diante disso, este estudo visa a analisar a aplicabilidade da EI em reduzir ansiedade, promovendo a técnica em um grupo com três pacientes diagnosticadas com TP, realizado em um serviço escola de uma Faculdade de Psicologia do estado do Rio Grande do Sul. O grupo era coordenado por dois terapeutas estagiários de Psicologia Clínica supervisionados semanalmente.

#### Método

##### Amostra

Este estudo se trata de um relato de experiência que apresenta três casos clínicos de pacientes de um grupo para tratamento do TP com os quais foram realizadas três sessões de EI. Os critérios para participar do grupo eram os sujeitos serem maiores de 18 anos e terem diagnóstico de TP.

##### Procedimentos

Ao entrarem no serviço clínica-escola, os pacientes passaram por uma entrevista clínica, usando os critérios para o diagnóstico do transtorno, assim como foi investigada a história de vida dos pacientes. Os pacientes que fecharam os critérios necessários foram contatados para iniciar as sessões em grupo. Com o diagnóstico de TP (alguns deles também tinham diagnóstico de agorafobia), o grupo era composto inicialmente por sete pacientes, porém ao longo das sessões alguns foram desligados por faltarem mais de duas vezes, conforme havia sido contratado previamente. Permaneceram em atendimento três pacientes do sexo feminino com diagnóstico de TP e agorafobia. Os nomes das participantes estão abreviados para preservar suas identidades.

É importante relatar que, antes das três sessões de exposição interoceptiva, foram realizadas cinco sessões nas quais se pôde trabalhar com os pacientes psicoeducação da TCC, do TP e do modelo cognitivo do TP, identificação de pensamentos distorcidos, técnicas de enfrentamento da ansiedade, além de psicoeducação sobre as sensações corporais. Os exercícios foram realizados por alguns segundos ou minutos e são apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Descrição dos exercícios realizados nas EI

Exercício	Descrição
1	Sacudir com força a cabeça de um lado o outro.
2	Em pé, colocar a cabeça entre as pernas e levantar-se.
3	Correr parado.
4	Prender a respiração até não conseguir mais.
5	Tentar tencionar todos os músculos do corpo.
6	Girar em torno de si mesmo olhando para o dedo indicador apontado para o teto.
7	Hiperventilação, ou seja, respirar rápido e intensamente.
8	Olhar continuamente uma luz fluorescente no teto e então tentar ler.
9	Olhar continuamente um ponto na parede.

Fonte: primária.

Durante as exposições, eram registradas em uma tabela pelo relato de cada participante, em uma escala de 0-10 (será considerado para fins de escrita que uma pontuação de 0-3 é baixa; de 4-6 é moderada; e de 7-10 é alta), a intensidade da sensação, a similaridade da sensação com a que ocorre em um AP e a ansiedade provocada pelas sensações de cada exercício. As exposições eram realizadas primeiramente na sala de atendimento com os pacientes, após era proposta uma discussão de como se sentiam e o que tinham aprendido com os exercícios, os quais consecutivamente eram indicados como tarefa de casa. Para apresentar os resultados, foi elaborada uma tabela para cada paciente com os níveis de intensidade, similaridade e ansiedade nos nove exercícios de EI em três sessões identificadas por Exposição 1, Exposição 2 e Exposição 3. A partir disso, são comparados os resultados nas sessões de EI para avaliar a diminuição das três categorias. O intervalo de tempo da Exposição 1 para a Exposição 2 foi de uma semana, enquanto que da Exposição 2 para a Exposição 3 foi de duas semanas.

##### Procedimentos éticos

No primeiro contato com a instituição para a avaliação, os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando em participar das intervenções psicológicas propostas e que esta experiência poderia ser utilizada pelos estagiários em trabalhos e pesquisas, desde que sua identidade fosse preservada.

#### Resultados

##### Caso 1

A paciente C. tem 40 anos, é casada, tem um filho e trabalha em uma universidade. Algumas situações lhe deixam nervosa, tais como brigas ou

tarefas em casa e no trabalho, que são gatilhos para seus ataques. As sensações corporais que a paciente relatou sentir nas crises de ansiedade são a hiperventilação, sentir-se gelada, perda, aperto no peito, sudorese e tensão nas costas. A paciente relatou ter ido a diversos médicos que lhe disseram não ter nenhum problema físico que justifique estes sintomas, apenas enxaqueca, que era tratada com uma neurologista. C. disse ainda que se sentia muito culpada em algumas situações, por exemplo, quando deixava de fazer algo que os pais pediam, devido à responsabilidade de cuidar deles que colocava em si mesma. Sentia-se cobrada na família desde criança e relatou acreditar ser este o motivo de cobrar tanto de si mesma. A última vez em que sentiu uma ansiedade forte foi no ano de 2012, quando estava em um ônibus. Nas sessões, ela sempre participava bastante, gesticulava muito e tinha um tom de voz alto. Ela acompanhou satisfatoriamente o grupo e compartilhava suas experiências com as outras pacientes.

Os resultados das exposições de C. demonstram que, na Exposição 1, os exercícios 1, 2, 4 e 8 foram os que tiveram baixos níveis de ansiedade; o único que obteve ansiedade moderada foi o exercício 9; e os exercícios 3, 5, 6 e 7 foram os que causaram altos níveis de ansiedade. Já na Exposição 2, o exercício 3, que obteve classificação alta na Exposição 1, passou a ter nível baixo de ansiedade; os exercícios 5 e 7 também diminuíram sua classificação no nível de ansiedade, passando de alta para moderada; e nesta exposição apenas o exercício 6 se manteve avaliado como sendo de ansiedade alta. Por fim, na Exposição 3, percebe-se que todos os exercícios foram pontuados com ansiedade baixa; dentre eles, quatro exercícios ficaram com zero de ansiedade. Não foi possível pontuar o exercício 6

porque não foi realizado na Exposição 3 em consenso pelas pacientes, já que duas delas estavam sentindo dores de cabeça na última semana.

Houve uma diminuição da ansiedade nos exercícios da Exposição 1 para a Exposição 3 – no geral, a diminuição da ansiedade nos exercícios variou de 1 a 8 pontos. A diminuição dos exercícios 2 e 4 foi de um ponto; dois pontos no exercício 8; cinco pontos no exercício 9; sete pontos nos exercícios 3 e 7; e oito pontos no exercício 5. No exercício 6, não foi vista diminuição da ansiedade até a Exposição 2. O único exercício que teve aumento de ansiedade de um ponto foi o exercício 1. Com relação à intensidade dos exercícios, viu-se que, na Exposição 1, quatro exercícios tiveram baixa intensidade, mas outros quatro foram classificados com alta intensidade; já na Exposição 3, todos os exercícios avaliados ficaram com baixos níveis de intensidade.

Nos níveis de intensidade e similaridade de alguns exercícios, quanto mais alta era a intensidade, mais alta era a similaridade e consequentemente a ansiedade com as sensações provocadas, a exemplo dos exercícios 3, 5, 6 e 7 na Exposição 1. Igualmente, na Exposição 3, a maioria dos exercícios foi classificada com níveis baixos nas três categorias avaliadas. Os resultados completos das Exposições 1, 2 e 3 de C. são apresentados na tabela 2.

#### Caso 2

M. tem 29 anos, é casada e não tem filhos, mora apenas com o marido e trabalha em uma loja. Segundo M., na época em que os AP começaram, ela estava passando por situações difíceis como a separação dos pais, estudando e trabalhando ao mesmo tempo. Os sintomas que M. tinha eram dor no peito, taquicardia, suor, falta de ar e formigamento. Ela conta que levava sempre remédios e número de telefone de hospitais que pudesse ligar caso algo acontecesse. Ela sempre se dirigia a hospitais quando sentia as sensações corporais, por achar que poderia morrer, e lhe diziam que ela não tinha nenhuma doença ou problemas de origem médica. Os AP de M. tinham parado de ocorrer até que, por uma situação estressante em seu trabalho, ela voltou a tê-los. Nas sessões, ela relatava que situações como lugares com muitas pessoas e tarefas no trabalho, desorganização e andar de ônibus lhe deixavam bastante ansiosa. Em 2012, ela sentiu pela última vez dores fortes no peito, durante uma semana em que estava com muitos afazeres e ansiosa. A paciente era mais quieta durante as sessões, mas podia-se perceber que estava sempre prestando atenção nas discussões e nas atividades do grupo, participando em alguns momentos e trocando experiências.

Na Exposição 1 de M., os exercícios 2, 5, 6, 8 e 9 obtiveram um nível baixo de ansiedade; nenhum exercício ficou com moderada ansiedade; e os exercícios 1, 3, 4 e 7 foram pontuados com nível alto de ansiedade. Na Exposição 2 e na Exposição 3, todos os exercícios foram pontuados com baixa ansiedade, exceto na Exposição 3 o exercício 6 que não pôde ser classificado porque não foi realizado como já explicado no caso anterior.

Houve diminuição da ansiedade comparando os níveis de ansiedade nos exercícios da Exposição 1 para a Exposição 3, de um a nove pontos. Nos exercícios 2 e 5, houve diminuição de um ponto; nos exercícios 8 e 9, houve diminuição de dois pontos; no exercício 2, houve diminuição de sete pontos; nos exercícios 3 e 7, a ansiedade diminuiu oito pontos; e no exercício 4, a ansiedade diminuiu nove pontos. Até a Exposição 2, a ansiedade do exercício 6 havia diminuído três pontos. Quanto à intensidade, a maioria dos exercícios teve baixa intensidade na Exposição 1 e também na Exposição 3.

Pôde-se perceber que em alguns exercícios os níveis de intensidade, similaridade e ansiedade foram classificados igualmente, como é o caso dos exercícios 3 e 4 na Exposição 1, que obtiveram altos níveis de ansiedade nas três categorias avaliadas. Em alguns exercícios, como no exercício 7 da Exposição 2, os níveis de intensidade e similaridade estavam moderados e altos, enquanto que a ansiedade foi classificada como baixa. Os resultados completos das Exposições 1, 2 e 3 de M. são apresentados na tabela 2.

#### Caso 3

A paciente J. tem 55 anos, tem filhos e é empresária. Ela fala que durante toda sua vida já teve muitos AP e só por alguns anos ficou sem tê-los. As sensações corporais sentidas são dor de cabeça, taquicardia, frio na barriga, vontade de defecar, e parecia que “sua cabeça se fechava, como se uma cortina caísse na frente do seu rosto” (frase relatada pela paciente). Ela tinha estes sintomas quando precisava entrar em um ônibus ou quando tinha algum compromisso, e já havia procurado diversos médicos que sempre diziam que sua saúde estava ótima. A paciente referiu que já fazia algum tempo que não sentia mais sensações corporais devido à ansiedade. J. relatava que gostava muito de ajudar as pessoas e que não gostava de ver ninguém com dificuldades ou brigando. Ela se portava amigavelmente nas sessões do grupo, sempre participava das discussões e era cooperativa.

No caso de J., a Exposição 1 mostrou que os exercícios 2 e 8 foram pontuados com baixa intensidade; os exercícios 3, 5 e 9 foram classificados com níveis moderados de ansiedade; e os exercícios 1, 4, 6 e 7 foram pontuados com alto nível de ansiedade. Na Exposição 2, o exercício 8 manteve-se com baixo nível de ansiedade; os exercícios 3, 5 e 9 passaram de nível moderado para baixo; e os exercícios 1 e 6 passaram de uma classificação alta para baixa; o exercício 4 passou de uma classificação alta para moderada; o exercício 2 teve aumento de ansiedade de baixa para moderada; e apenas o exercício 7 se manteve com alto nível de ansiedade. Na Exposição 3, os exercícios 3, 5, 8 e 9 mantiveram-se com ansiedade classificada como baixa; o exercício 2 diminuiu de ansiedade moderada para baixa; no exercício 7, a classificação diminuiu de alta para baixa; o exercício 4 manteve-se com a classificação da exposição anterior; o exercício 1 passou de um nível de ansiedade baixo para moderado, ou seja, aumentou; e nenhum exercício teve alto nível de ansiedade.

A diminuição da ansiedade nos exercícios da Exposição 1 para a Exposição 3 variou de um a nove pontos. Nos exercícios 2 e 8, a diminuição da ansiedade foi de um ponto; nos exercícios 4 e 5, a diminuição foi de dois pontos; no exercício 1, a ansiedade diminuiu três pontos; no exercício 3, diminuiu quatro pontos; no exercício 5, diminuiu cinco pontos; e no exercício 7 diminuiu nove pontos. Como já exposto acima, não foi possível pontuar o exercício 6 por não ter sido realizado na Exposição 3. J. teve níveis mais altos de intensidade nos exercícios na Exposição 1 e mais baixos na Exposição 3.

Nos resultados dos níveis de intensidade, similaridade e ansiedade de alguns exercícios, quanto menores são a intensidade e a similaridade de um exercício, menor é a ansiedade que causa, como no caso dos exercícios 8 e 9 da Exposição 2. Entretanto foi visto também que o exercício 6 provocou alta intensidade na Exposição 2, mas foi classificado com baixa ansiedade. Os resultados completos das Exposições 1, 2 e 3 de J. são apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Resultado das Exposições 1, 2 e 3 das pacientes C., M. e J.

EXPOSIÇÃO 1									
Exercício	Intensidade			Similaridade			Ansiedade		
	C.	M.	J.	C.	M.	J.	C.	M.	J.
1	5	5	7	5	8	7	2	8	7
2	2	2	2	0	0	0	2	2	2
3	7	10	7	8	10	9	8	10	5
4	0	7	9	5	7	5	1	10	8
5	8	3	3	7	2	5	8	3	5
6	10	3	10	10	10	10	10	3	10
7	10	10	10	10	10	10	10	10	10
8	3	1	1	5	2	1	2	2	1
9	1	1	2	1	4	2	5	2	5

EXPOSIÇÃO 2									
Exercício	Intensidade			Similaridade			Ansiedade		
	C.	M.	J.	C.	M.	J.	C.	M.	J.
1	4	5	5	2	3	2	1	1	2
2	2	2	3	0	0	2	0	0	4
3	3	10	5	5	10	2	1	0	1
4	2	4	5	4	10	2	1	1	4
5	5	5	5	7	5	4	5	1	3
6	10	2	7	10	1	5	10	0	2
7	5	6	6	7	10	7	4	5	7
8	2	2	2	6	2	1	2	0	1
9	3	1	1	2	4	1	5	0	1

EXPOSIÇÃO 3									
Exercício	Intensidade			Similaridade			Ansiedade		
	C.	M.	J.	C.	M.	J.	C.	M.	J.
1	3	5	8	3	2	7	3	1	4
2	1	1	2	1	1	1	1	1	1
3	2	6	1	4	8	1	1	2	1
4	0	2	5	0	5	6	0	1	6
5	2	3	1	3	5	1	0	2	3
6	–	–	–	–	–	–	–	–	–
7	2	5	1	3	9	1	3	2	1
8	1	1	0	3	1	0	0	0	0
9	1	0	4	1	0	2	0	0	0

Fonte: primária.

### Discussão

Neste estudo, as pacientes M. e J. obtiveram, com os exercícios de EI, uma diminuição na ansiedade de um a nove pontos da Exposição 1 para a Exposição 3; já C. teve uma diminuição um pouco menor, de um a oito pontos entre a primeira e a terceira Exposição. Da Exposição 1 para a Exposição 3, houve diminuição considerável nos seus níveis de ansiedade das pacientes, como no relatório de Schmidt e Trakowski (2004), em que a EI foi útil para grande parte dos pacientes com TP, pois, ao longo de sessões de repetição dos exercícios, a ansiedade diminuiu.

Na Exposição 1, a paciente C. teve ansiedade moderada em apenas um exercício, e na Exposição 3 em nenhum deles; M. não teve ansiedade moderada em nenhum exercício da Exposição 1 e da Exposição 3; e J. teve ansiedade moderada em três exercícios na Exposição 1 e em dois exercícios

na Exposição 3. Esses resultados mostram a diminuição de exercícios com nível de ansiedade moderado desde a primeira EI até a última nos três casos. No estudo de Antony, Ledley, Liss e Swinson (2006), utilizado um limiar de medo moderado (>4), dois terços dos sujeitos com TP reagiram com medo moderado a pelo menos um dos exercícios de indução de sintomas, e mais de um terço responderam com medo moderado a pelo menos três dos exercícios.

Quanto à classificação dos níveis de intensidade nos exercícios de C., viu-se que, na Exposição 1, metade dos exercícios obteve baixa intensidade, e a outra metade, alta intensidade; já na Exposição 3, todos os exercícios avaliados ficaram com baixos níveis de intensidade. No caso de M., a maioria dos exercícios teve baixa intensidade na Exposição 1 e também na Exposição 3, e J. teve níveis mais altos de intensidade na Exposição 1 e mais

baixos na Exposição 3. Schmidt e Trakowski (2004) viram em seus resultados que a maioria dos exercícios provocou níveis de intensidade leves a moderados, assim como neste estudo, em que, na Exposição 3, todas as pacientes classificaram a intensidade dos exercícios como sendo baixa.

Viu-se que, na Exposição 1, para C., M. e J., o exercício de colocar a cabeça entre as pernas e levantar-se foi um dos menos intensos, além de olhar continuamente uma luz fluorescente no teto e tentar ler, e olhar continuamente um ponto na parede. Em comum nas suas classificações, um dos mais intensos foi a hiperventilação, além de correr parado. Schmidt e Trakowski (2004) também encontraram que o exercício menos intenso foi o de colocar a cabeça entre as pernas e levantar, e o exercício mais intenso foi o de girar, seguido de exercícios de hiperventilação. Possivelmente, os exercícios 2, 8 e 9 foram menos intensos para C., M., e J., pois foram também menos similares às sensações físicas de um AP, como se pode observar na classificação de similaridade desses exercícios da Exposição 1, na tabela 2.

Os exercícios de girar em torno de si e hiperventilação aparecem na Exposição 1 de C. e J. com alta ansiedade, e apenas a hiperventilação aparece na Exposição 1 de M. com nível alto de ansiedade. Resultados diferentes foram encontrados na pesquisa de Antony et al. (2006), na qual um terço ou mais dos 27 participantes do grupo com TP relataram pelo menos níveis moderados de medo durante exercícios como girar e a hiperventilação. É possível levantar a hipótese de que esses exercícios tenham ocasionado nas pacientes do grupo ansiedade alta e não moderada, como no estudo citado, já que tais exercícios causaram sensações físicas similares às que elas sentiam nos AP, segundo relato das pacientes e como pode ser observado nos altos níveis de similaridade nos exercícios 6 e 7.

Foi encontrada também correspondência nas classificações de ansiedade, similaridade e intensidade, como no caso de C., que na Exposição 3 classificou a maioria dos exercícios com níveis baixos nas três categorias avaliadas. Com M. ocorre o mesmo, já que os exercícios 3 e 4 na Exposição 1 obtiveram altos níveis de ansiedade nas três categorias avaliadas. No caso de J., percebeu-se que intensidade e similaridade foram baixas nos exercícios 8 e 9 da Exposição 2, assim como a ansiedade. Schmidt e Trakowski (2004) também encontraram evidências de que a intensidade de um exercício estava relacionada com o nível de ansiedade que provocava. Os três exercícios mais intensos (rotação, respirar no canudo e hiperventilar) também são aqueles com maiores índices de ansiedade.

Neste estudo com três casos foi possível perceber que houve mudanças na percepção das pacientes quanto às sensações de um AP após a introdução da técnica de EI. Viu-se a mudança no nível de ansiedade da Exposição 1 para a Exposição 3, mesmo que não possamos afirmar que essa modificação se deva apenas à EI, já que a técnica foi introduzida no meio do tratamento. No estudo de Boswell et al. (2013), também foi visto que, após a introdução da EI, na segunda metade do tratamento para sujeitos com TP, houve mudanças notáveis.

Pode-se pensar como hipótese que a razão de observarmos níveis baixos de ansiedade na Exposição 3 se deva ao fenômeno da habituação com as sensações físicas ao longo das EI – Boswell et al. (2013) lembram que o objetivo da EI é reduzir o sofrimento com sintomas de ansiedade e medo pela indução repetida a sensações físicas. King, Valença e Nardi (2008) também obtiveram, nos casos apresentados, boa resposta a TCC, correção do padrão de respiração e EI.

Na avaliação de M., em alguns exercícios, como o 7 da Exposição 2, os níveis de intensidade e similaridade estavam moderado e alto, mas a ansiedade

foi classificada como baixa. Com J., viu-se que o exercício 6 provocou alta intensidade na Exposição 2, mas foi classificado com baixa ansiedade. Segundo Schmidt e Trakowski (2004), essa não correspondência entre as classificações pode ocorrer por influência do controle e da previsibilidade da indução de sensações, pela presença de “sinais de segurança”, tais como terapeutas e outros pacientes.

As pacientes que participaram deste estudo puderam compreender melhor as sensações que lhes acometiam quando tinham um AP. Após o uso da EI era proposta uma discussão de como se sentiam e o que tinham aprendido com os exercícios. Percebia-se que ficava mais visível a elas o controle que podiam ter sobre suas sensações físicas e que elas não eram perigosas. No artigo de King et al. (2007), a paciente que teve seu caso estudado foi tratada com medicação e sessões de TCC com exercícios de indução de sintomas praticados em ambiente seguro, ou seja, com o acompanhamento do terapeuta, para que a paciente pudesse entrar em contato com as próprias sensações. Ao perceber que essas sensações eram inofensivas, foi mais fácil de a paciente aceitá-las.

### Conclusões

Através deste artigo, buscou-se verificar a aplicabilidade da técnica de EI em reduzir sintomas de ansiedade frente às sensações experienciadas em um AP diante de sua importância no tratamento do TP, comparando os resultados obtidos na primeira EI com os resultados da última, para identificar se houve diminuição da ansiedade nos exercícios das três pacientes. Após a psicoeducação e o uso de outras técnicas indicadas para o tratamento do TP, a EI se fez também fundamental na terapia.

Chegou-se à conclusão de que a técnica teve resultados positivos, já que em muitos exercícios ocorreu diminuição dos níveis de ansiedade, bem como de intensidade do exercício e similaridade com um AP. Muitos exercícios que foram classificados com altos níveis de ansiedade na primeira EI foram classificados com níveis baixos na última EI. Pode-se levantar a hipótese de que tiveram resultados de habituação, ou seja, redução de ansiedade e sofrimento com as sensações que provocaram. Foram encontradas também diferenças entre as pacientes, já que nem todas conseguiram chegar a resultados de nível baixo em todos os exercícios na última EI e nem todos os exercícios ficaram com pontuação zero nessa sessão. Os resultados mostraram que há correspondência entre o nível de intensidade, similaridade e ansiedade de um exercício. Em muitos deles, quando classificados, por exemplo, com baixo nível de intensidade, também eram pontuados da mesma forma em similaridade e ansiedade, principalmente da última EI.

Uma das limitações deste estudo é o fato de terem sido realizadas apenas três sessões de EI, portanto é difícil relacionar a melhora das pacientes e a redução de ansiedade nos exercícios apenas às sessões de EI. Além disso, anteriormente às três sessões as pacientes já haviam participado de outras seis sessões de tratamento com TCC; e também as sessões de EI eram realizadas em um local considerado seguro às pacientes, por ter a presença dos terapeutas, podendo influenciar nos resultados. Outra limitação é o número de pacientes estudadas, pois a maioria dos estudos encontrados contava com número de participantes maior do que os desta pesquisa, sendo assim possível analisar mais eficazmente os resultados.

Outros estudos que avaliem o antes e o depois de sessões de EI e que realizem mais sessões de uso da técnica são necessários para que se compreenda melhor sua aplicabilidade, e para que possa ser aperfeiçoada para pacientes que sofrem com o TP.

## Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TR – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. (4. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Antony, M. M., Ledley, D. R., Liss, A., & Swinson, R. P. (2006). Responses to symptom induction exercises in panic disorder. Behaviour Research and Therapy, 44, 85-98.

- Barlow, D. H. (2009). Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento passo a passo. (4. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Boswell, J. F., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray, H. W., Fortune, M. R., & Barlow, D. H. (2013). Anxiety sensitivity and interoceptive exposure: A transdiagnostic construct and change strategy. Behavior Therapy, 44(3), 417-431.
- Carvalho, M. R., Freire, R. C., & Nardi, A. E. (2008). Realidade virtual no tratamento do transtorno de pânico. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 57(1), 64-69.
- Carvalho, M. R., Nardi, A. E., & Rangé, B. (2008). Comparação entre os enfoques cognitivo, comportamental e cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de pânico. Revista de Psiquiatria Clínica, 35(2), 66-73.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. Terapia cognitiva para o transtorno de pânico. In: Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: Ciência e prática. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cort, K. D., Griez, E., Büchler, M., & Schruers, K. (2012). The role of "interoceptive" fear conditioning in the development of panic disorder. Behavior Therapy, 43(1), 203-215.
- Ito, L. M. (2001). Abordagem cognitivo-comportamental do transtorno de pânico. Revista de Psiquiatria Clínica, 28(6), 313-317.
- King, A. L. S., Valença, A. M., Melo-Neto, V. L., & Nardi, A. E. (2007). A importância do foco da terapia cognitivo-comportamental direcionado às sensações corporais no transtorno do pânico: Relato de caso. Revista de Psiquiatria Clínica, 34(4), 191-195.
- King, A. L. S., Valença, A. M., & Nardi, A. E. (2008, Março/Abril). Hiperventilação: A terapia cognitivo-comportamental e a técnica dos exercícios de indução dos sintomas no transtorno de pânico. Revista Portuguesa de Pneumologia, 14(2), 303-308.
- Manfro, G. G., Heldt, E., Cordioli, A. V., & Otto, M. W. (2008). Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. Revista Brasileira de Psiquiatria, 30 (Supl. 2) s81-s87.
- Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. Journal of Affective Disorders, 88(1), 27-45.
- Rangé, B. P., & Borba, A. G. Informações ao cliente. In: Rangé, B. P., & Borba, A. G. (2008). Vencendo o pânico: Terapia integrativa para quem sofre e para quem trata o transtorno de pânico e a agorafobia. Rio de Janeiro: Cognitiva.
- Salum, G. A., Blaya, C., & Manfro, G. G. (2009). Transtorno do Pânico. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 31(2), 86-94.
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., Marín-Martínez, F., & Gómez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis. Clinical Psychology Review, 30(1), 37-50.
- Sanderson, W. C., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1989). The influence of an illusion of control on panic attacks induced via inhalation of 5.5% carbon dioxide-enriched air. Archives of General Psychiatry, 46(2), 157-162.
- Schmidt, N. B., & Trakowski, J. (2004). Interoceptive assessment and exposure in panic disorder: A descriptive study. Cognitive and Behavioral Practice, 11(1), 81-92.
- Shinohara, H. (2005, Julho/Dezembro). Transtorno de Pânico: Da teoria à prática. Revista Brasileira de Terapia Cognitiva, 1(2), 115-122.
- Yano, Y., Meyer, S. B., & Tung, T. C. (2003, Setembro/Dezembro). Modelos de Tratamento para o Transtorno do Pânico. Estudos de Psicologia, 20(3), 125-134.

Recebido em:	09/10/2013
Enviado para análise em:	24/10/2014
Texto revisado pelos autores em:	09/03/2014
Aprovado em:	12/03/2014
Editor responsável:	Vinícius Renato Thomé Ferreira