

Neuraci Gonçalves de Araujo ¹

Fobia específica: passo a passo de uma intervenção bem-sucedida

Specific phobia: step by step a successful intervention

RESUMO

O medo, por ser um mecanismo de proteção, é considerado como inerente a todo ser humano. No entanto, quando é persistente, desproporcional e irracional, passa a caracterizar um transtorno fóbico. Este artigo relata o caso de uma gestante com fobia específica a injeção, sangue e ferimento. Nele é possível observar toda a evolução do processo, bem como os resultados obtidos com o tratamento realizado em 13 sessões, utilizando técnicas da abordagem cognitivo-comportamental. O acompanhamento psicológico atingiu o objetivo terapêutico de proporcionar à cliente condições de submeter-se a uma cesariana sem apresentar respostas psicofisiológicas que prejudicassem o parto.

Palavras-chave: cognitivo, comportamental, fobia.

ABSTRACT

The fear, maybe a mechanism of protection, is considered as inherent to all human. However, when it is persistent, disproportionated and irrational, it characterize a phobic disorder. This article report a case of a pregnant woman with specific injection, blood and wound phobia. In it is possible observe all the evolution of the trial, as well as the results obtained with the handling carried out in 13 sessions, utilizing techniques of cognitive-behavioral therapy. The psychological accompaniment reached to the therapeutic objective of provide to the client conditions she submit to a Caesarean herself without psychological answers that injured the birth.

Keywords: cognitivo, comportamental, phobia.

¹ Especialista em Psicoterapia Cognitivo-comportamental - (coordenadora acadêmica, professora, supervisora clínica do curso de Especialização em TCC pelo Instituto Minerva de Educação Avançada/Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais/FELUMA) - ARA-CAJU - SE - Brasil.
Instituição: Centro de Estudos Superiores Silvio Romero e Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais/FELUMA.

Correspondência:

Rua Arnóbio Alves Nunes, nº 83, Conj. Alvorada Luzia. Aracaju - SE. CEP: 49045-090.
Tel: (79) 8801-4450/3043-3603.
E-mail: neuraciaraujo@yahoo.com.br;
neuracipsi@yahoo.com.br;
neuraci_fluir@yahoo.com.br

Recebido em 17/7/2011.

DOI: 10.5935/1808-5687.20110018

INTRODUÇÃO

Dar à luz é, para a mulher, um momento de grandes emoções, mas também de ansiedade. Em geral, as mulheres sentem medo quanto à anestesia e à dor que possam vir a sentir. No entanto, se esse medo vem associado a detalhes do procedimento cirúrgico (tais como injeção, ambiente hospitalar e sangue) e em grau elevado com angústia e respostas fisiológicas de ansiedade exacerbadas, pode caracterizar-se como fobia.

A fobia é definida como um medo persistente, desproporcional e irracional de um estímulo que não oferece perigo real ao indivíduo (Organização Mundial da Saúde, 1993). Ela envolve ansiedade antecipatória, medo dos sintomas físicos e esquiva e fuga. Quando o medo excessivo apresenta estímulo definido, denomina-se fobia específica (Lotufo Neto, 2011). Teóricos da abordagem cognitivo-comportamental consideram esse medo aprendido e o explicam com base na teoria do condicionamento clássico de Pavlov, do operante de Skinner e da modelação de Bandura (Piccoloto, Pergher, & Wainer, 2004).

O sujeito fóxico tem um pensar distorcido ao considerar algumas situações mais ameaçadoras do que realmente são. Essa forma de pensar leva o fóxico a frequentemente adotar os mecanismos de evitação e esquiva por acreditar ser incapaz de enfrentar e superar a situação (Piccoloto et al., 2004). A constante evitação impossibilita que ele cheque a validade de suas crenças e essas são cada vez mais reforçadas. Além disso, por ter consciência de que seu medo é irreal, o portador desse transtorno passa a escondê-lo, por vergonha e por temer a exposição pública (Roso, 1998).

Com o objetivo de promover a reestruturação cognitiva, estudos indicam a psicoeducação, a dessensibilização sistemática e a exposição ao vivo como as melhores estratégias para o sucesso no tratamento da fobia (Lotufo Neto, 2011).

A psicoeducação inclui o ensino sobre a terapia, seus pressupostos e sobre o transtorno (Knapp, 2004). A dessensibilização sistemática, baseada na extinção, no contracondicio-

namento e na habituação visa eliminar os comportamentos de medo e evitação com emissão de respostas assertivas (Turner, 2002). Nela, o cliente é levado à exposição gradativa ao objeto fóxico, precedida pelo relaxamento (Vera & Vila, 2002). Wright, Basco e Thase (2008) destacam que, para promover respostas contrárias à ansiedade, inicialmente é necessário aprender as técnicas de relaxamento e a respiração diafragmática.

A exposição ao vivo, normalmente usada após a dessensibilização, objetiva expor o cliente à situação temida direta e gradualmente, associada à respiração diafragmática para reduzir a ansiedade. Turner (2002) salienta que essa redução é favorecida quando o cliente sente segurança e confiança em relação ao terapeuta.

O tratamento visa a reestruturação cognitiva a partir da identificação por parte do cliente de seus pensamentos e crenças distorcidas que provocam falha na avaliação da situação, substituindo-os por cognições realistas e assertivas.

CASO CLÍNICO

IDENTIFICAÇÃO DA CLIENTE

Ana (nome fictício), 30 anos, engenheira, casada, no quinto mês de sua primeira gestação, buscou psicoterapia para tratamento de fobia a injeção, sangue e ferimentos ao descobrir, em uma das palestras do curso para gestante coordenado pela autora, que, no parto, não se aplica anestesia geral, exceto em casos extremos, cujo custo-benefício para a dupla mãe e bebê justifique seu uso. Ela relatou que, ao engravidar, pensava que poderia ser aplicada a anestesia geral, sendo assim, não vivenciaria todos os sintomas e dramas que costumava apresentar diante da situação fófica. Para melhor compreensão da dinâmica cognitiva da cliente, a seguir é apresentado o diagrama de conceitualização cognitiva formulado a partir da situação fófica.

Diagrama de conceitualização cognitiva.

Dados relevantes

- Apresenta saúde frágil desde a infância, decorrente de doença celíaca, na época não identificada, pois o diagnóstico só ocorreu na fase adulta.
- Submetida a aplicações diárias de injeção pelas frequentes crises respiratórias e de garganta, em função da baixa imunidade.
- Início dos sintomas fóxicos aos 10 anos.
- Sem história de doença psiquiátrica na família.
- Nunca fez tratamento medicamentoso para fobia, nem psicoterápico. Desconhecia a existência de tratamento para tal transtorno.
- Tem como pontos fortes: bom relacionamento familiar com os pais, irmãs e cônjuge; é bem-sucedida profissionalmente e determinada em muitas situações.

Crenças centrais

- Sobre si: "Sou incapaz de lidar com situações em que precise me deparar com agulhas, seringas, sangue e feridas"; "Não consigo ter controle".
- Sobre os outros (o mundo): "Vão me achar boba, ridícula"; "Todo mundo consegue e eu não".
- Sobre o futuro: "Nunca conseguirei passar por essa situação sem apresentar os sintomas e dar vexame"; "Sem controle tudo vai dar errado".

Continuação do Diagrama.

Crenças-regra	
"Se não tenho controle, as coisas podem dar errado"; "Se não sou capaz de lidar com a situação, então desmaiarei"; "Se eu desmaiar vão me achar ridícula"; "Se eu falar que estou passando mal, vão me achar uma boba"; "Se eu não me controlar, vou atrapalhar os médicos e posso prejudicar minha filha"	
Estratégias compensatórias	
Evitação, choro.	
<u>Situação 1</u>	<u>Situação 2</u>
Exame de sangue	Imaginando seu próprio parto
<u>Pensamento Automático</u>	<u>Pensamento Automático</u>
"Estou passando mal"; "Que sensação horrível!"; "Não consigo controlar os sintomas"; "Vou terminar desmaiando"; "Vou passar vergonha"; "Vão me achar boba"	"Não vou suportar"; "Não dou conta, é muito sangue"; "Vou perder o controle"; "Vou desmaiar; atrapalhar o parto"; "Não vou ver minha filha nascer"; "Vou dar vexame"
<u>Significado do PA</u>	<u>Significado do PA</u>
"Não consigo controlar"; "Sou incapaz"; "Vão me achar ridícula"	"Sou incapaz de controlar e de lidar com a situação"
<u>Emoção</u>	<u>Emoção</u>
Ansiedade; angústia; vergonha.	Angústia; ansiedade; medo; vergonha.
<u>Comportamento</u>	<u>Comportamento</u>
Chora; evita olhar as pessoas, não fala do seu medo.	Procura não pensar; evita a situação; decide solicitar anestesia geral.

CONSULTA INICIAL

Na primeira sessão, buscou-se identificar os objetos fóbicos, os sintomas, pensamentos e sentimentos a eles relacionados, a história da fobia e os fatores atuais que mantinham o temor.

Ana descreveu como objetos fóbicos, do menor grau de ansiedade ao maior, ampolas, agulhas, seringa, cicatrizes, cortes/ferimentos, sangue, ambiente hospitalar e cirurgias, sejam eles apresentados imaginariamente, por narração de fatos, em vídeo ou *in loco*. Ao fazer essa descrição, a cliente verbalizou: "Só de pensar nas situações já estou sentindo meu coração disparar, estou suando e com um pouco de náuseas"

Ao falar de seus sintomas, narrou uma situação em que, assistindo ao vídeo do parto de uma amiga, desmaiou. Disse não ter conseguido evitar o desmaio por vergonha de falar sobre sua fobia, corroborando com Roso (1998). Ainda falou: "Quando sinto o início dos sintomas, tento controlá-los para impedir o aumento e a sequência que sempre acontece, mas parece que, quando faço isso, fico mais agitada, pior". Observa-se que ela antecipa cognitivamente os avanços e a sequência sintomática.

A cliente, quando era obrigada a estar diante da situação fóbica, em geral para fazer exames, adia o máximo possível e só os fazia deitada, procurando sempre as clínicas de menor movimento. No dia anterior ao exame começava seu sofrimento, não dormia bem, apresentava taquicardia, inquietação e sudorese. Observa-se o uso do mecanismo de evitação, corroborando com a literatura (Piccoloto et al., 2004).

Na psicoeducação do modelo de tratamento baseado na TCC para o tratamento da fobia, a partir da análise da relação entre pensamento, emoção e comportamento, foi pontuado que,

ao evitar a situação, Ana reforçava seus medos e crenças e que a catastrofização, bem como sua tendência a antecipar as respostas de ansiedade, minimizam sua capacidade de reagir positivamente à situação fóbica.

Ana começou a apresentar os sintomas por volta dos 10 anos. Lembrou que, quando mais nova, tomava duas doses diárias de injeção. Acredita que esse fato possa ter contribuído para o posterior desenvolvimento do quadro fóbico. Durante a sessão, terapeuta e cliente concluíram que descobrir a origem não era relevante ao caso, pois o importante era eliminar a resposta psicofisiológica diante das situações desencadeadoras, uma vez que Ana, em um máximo de quatro meses, seria submetida à cesariana, durante a qual a ansiedade exacerbada poderia interferir de modo prejudicial ao parto, a ela e ao bebê.

Após a psicoeducação, ficou acordado que a dessensibilização sistemática seria a base do tratamento, partindo-se das situações menos ansiógenas e focadas na situação de parto, uma vez que a meta terapêutica era possibilitar à cliente vivenciar seu parto com o menor nível de tensão e de respostas psicofisiológicas de ansiedade.

Como parte da dessensibilização e para acompanhar a evolução do processo, foi solicitado a Ana que atribuísse valores aos sintomas descritos por ela e experimentados em situações similares vivenciadas anteriormente. Foi apresentada a ela a seguinte escala de intensidade: Nada = zero; Muito leve = valores 1 e 2; Leve = 3 e 4; Moderada = 5 e 6; Elevada = 7 e 8; e Intensa = 9 e 10, usada durante todo o tratamento.

Ana relatou 11 sintomas e, ao classificá-los quanto ao nível de ocorrência, descreveu taquicardia, alteração da pressão arterial, tontura, náusea, sudorese intensa, pressão

cefálica, boca seca, sensação de desfalecer e cefaleia pós-episódio com intensidade elevada, além de desmaio, vômito ou evacuação moderada (Tabela 1). Vale ressaltar que nem sempre a cliente vivenciava todos os sintomas; eles variavam de acordo com o objeto ansiógeno e a intensidade da ansiedade gerada por ele.

TRATAMENTO

Com base nos fatores ansiógenos e considerando o grau de intensidade de cada um deles, o tratamento foi dividido em três etapas, partindo do menos ansiógeno e passando para outra etapa quando as respostas fisiológicas eram reduzidas ou zeradas. Essa evolução era acompanhada pelo relato da cliente e por observação. O tratamento foi realizado em 10 sessões, além da consulta inicial, do acompanhamento na hora do parto e de uma entrevista de avaliação posterior ao procedimento cirúrgico.

Na primeira etapa, foram ensinadas as técnicas de respiração e relaxamento autógeno para iniciar a dessensibilização sistemática. Esse foi escolhido pela não exigência de se tensionar os músculos, como ocorre no relaxamento progressivo, uma vez que a cliente não poderia adotar esse comportamento na maioria das situações desencadeadoras da crise fóbica. O aprendizado dessas técnicas contribuiu para que a cliente, em poucos dias, tomasse a vacina antitetânica sem apresentar as respostas fisiológicas (tensão, sudorese, náusea e tontura) ocorridas nas doses anteriores, corroborando com Tuner (2002) e Vera e Vila (2002) acerca da eficácia dessas técnicas. Quando narrou esse sucesso, Ana relatou que conseguiu ficar tranquila no dia anterior à aplicação e se deu conta de que o processo durava menos tempo que o registrado por sua mente, verbalizando: "Eu achava que levava uma eternidade para acabar o líquido". Confirma-se, nessa fala, um dos pressupostos básicos da TCC: de que não é a situação em si que gera a ansiedade, mas a interpretação que se dá a ela (Beck, 1997).

Partindo do relaxamento corporal e usando a técnica de imaginação (Knapp, 2004), Ana foi guiada a imaginar uma pessoa na antessala do seu obstetra, narrando como havia sido seu parto. Na condução dessa vivência, buscou-se fornecer à cliente o maior número de detalhes para tornar a situação imaginada o mais real possível, preparando-a, também, para a terceira etapa - vivência da situação por meio de vídeo. Foram dadas informações acerca dos sinais de trabalho de parto, da recepção na clínica, da sala de pré-parto e dos procedimentos no centro.

Antes de iniciar a dessensibilização, seus batimentos cardíacos e sua pressão arterial foram aferidos, esta última para identificar se havia queda ou variação de picos, uma vez que a cliente apresentava pressão cefálica, comum em casos de hipertensão. Vale ressaltar que essa conduta não se caracteriza como exame físico exclusivo ao profissional da medicina, mas sim, como um procedimento necessário à avaliação do processo para posterior informação à equipe interdisciplinar que acompanharia a cliente (médico e obstetra). Além disso, era preciso verificar se ocorria a supervalorização do processo. Esse procedimento era realizado também quando eram notadas alterações fisiológicas de ansiedade e ao final da vivência. A cliente foi orientada a usar a respiração diafragmática para reduzir os sintomas que porventura surgissem.

Terminada a vivência, foi solicitado que Ana atribuísse valores aos sintomas (Tabela 2). Ela considerou a intensidade moderada para os sintomas de taquicardia, alteração da pressão arterial e náusea. Descreveu como leves a pressão cefálica e a sensação de boca seca. Nessa sessão, ela não apresentou os demais sintomas. A cliente comentou que já havia vivido essa situação no real e que, na época, a sintomatologia fora mais elevada. Na avaliação, considerou que o uso da respiração associado ao ambiente e às informações adquiridas no curso para gestantes pode ter contribuído para a redução dos sintomas. Em função do resultado positivo, esse tipo de vivência foi adotado apenas uma vez.

Tabela 1. Sintomas e nível de ansiedade - sessão inicial.

Sintomas	Nada (0)	Muito leve (1-2)	Leve (3-4)	Moderada (5-6)	Elevada (7-8)	Intensa (9-10)
1. Coração disparado/taquicardia						x
2. Alteração da pressão arterial						x
3. Pressão cefálica					x	
4. Tontura						x
5. Desmaio				x		
6. Náusea						x
7. Boca seca					x	
8. Sudorese						x
9. Sensação de desfalecer					x	
10. Vômito ou evacuação				x		
11. Cefaleia (após sair da situação)					x	

Tabela 2. Sintomas e nível de ansiedade durante a primeira vivência de dessensibilização.

Sintomas	Nada (0)	Muito leve (1-2)	Leve (3-4)	Moderada (5-6)	Elevada (7-8)	Intensa (9-10)
1. Coração disparado/taquicardia				x		
2. Alteração da pressão arterial				x		
3. Pressão cefálica			x			
4. Tontura	x					
5. Desmaio	x					
6. Náusea				x		
7. Boca seca			x			
8. Sudorese	x					
9. Sensação de desfalecer	x					
10. Vômito ou evacuação	x					
11. Cefaleia (após sair da situação)	x					

A segunda etapa foi baseada na vivência imaginária do próprio parto, durante quatro sessões. Ana chegou atrasada à primeira sessão e a vivência foi realizada com menos detalhes. Os valores atribuídos por ela foram os mesmos do parágrafo anterior.

Na sessão seguinte, a vivência foi repetida, e Ana apresentou elevação da ansiedade. Ela comentou: “Nossa! foi muito forte. Você colocou muitos detalhes e deu maior intervalo entre as informações. Ficou tudo muito real!” Sua fala demonstra a importância de se oferecer o máximo de informações sobre a situação, para facilitar a construção da imagem, bem como de dar intervalo suficiente para que a cliente sinta-se na cena. Entre os sintomas apresentados, Ana avaliou (Tabela 3) como intensa a taquicardia e como elevados os sintomas alteração da pressão arterial, tontura, náusea e sudorese. Considerou leve a sensação de desfalecer.

Na terceira sessão, as respostas psicofisiológicas foram reduzidas ao grau mais leve, mas, antes de passar para a etapa seguinte, se optou por realizar mais uma sessão,

acrescentando-se a informação de que o marido da cliente só entraria no centro cirúrgico após a aplicação da anestesia, e, fazendo uso da técnica de distração (Wright et al., 2008), foi dada ênfase maior ao comportamento do bebê e do pediatra e menor ao procedimento cirúrgico.

Ao término da vivência, a cliente relatou que a informação sobre a ausência do marido durante a anestesia elevou os sintomas, sentiu-se angustiada, pois se sente mais segura quando ele está por perto, mas que, quanto aos procedimentos cirúrgicos, estava mais tranquila. Ana percebeu que a narração dos acontecimentos relacionados ao bebê deixou-a mais serena, eliminando, por alguns instantes, toda a angústia que estava sentindo. Foi salientado que essa transferência de foco é real, costuma acontecer nas situações de parto com o aflorar da maternidade. Ficou combinado que a terapeuta estaria com ela durante todo o processo, o que a deixou mais tranquila. Tal postura foi adotada especialmente por considerar que o parto em si era mais que uma avaliação do tratamento, pois consistia em uma de suas etapas: a exposição ao vivo.

Tabela 3. Sintomas e nível de ansiedade experimentados na segunda vivência imaginária.

Sintomas	Nada (0)	Muito leve (1-2)	Leve (3-4)	Moderada (5-6)	Elevada (7-8)	Intensa (9-10)
1. Coração disparado/taquicardia						x
2. Alteração da pressão arterial					x	
3. Pressão cefálica	x					
4. Tontura					x	
5. Desmaio	x					
6. Náusea					x	
7. Boca seca		x				
8. Sudorese					x	
9. Sensação de desfalecer			x			
10. Vômito ou evacuação	x					
11. Cefaleia (após sair da situação)	x					

Iniciada a terceira etapa, Ana teve contato mais direto com a situação de parto por meio de um vídeo, pois a exposição ao vivo seria vivenciada apenas em seu próprio parto. O vídeo apresentado foi o do parto da terapeuta, uma cesariana realizada pelo mesmo obstetra de Ana. Considerou-se que, sendo as personagens pessoas com as quais a cliente tinha vínculo, seria favorável à aplicação da técnica. Na primeira sessão dessa etapa, a cliente assistiu a uma pequena parte da fita, viu apenas o procedimento de anestesia, não quis ver o restante por acreditar que não resistiria, em função do elevado nível de ansiedade experimentado. Ela expressou sua angústia dizendo: “Não, eu não consigo, é muito real, não vou olhar mais, não vou aguentar! Por favor, pare!”. Apesar de se dar por meio de um vídeo, a vivência funcionou como uma inundação. Embora a orientação quanto à aplicação da técnica mencione que se deve impedir que o cliente use a evitação (Piccoloto et al., 2004; Rourke & Levis, 2002), a terapeuta interrompeu a exibição do vídeo por considerar que promover um estado de ansiedade acima do vivido na sessão não ajudaria o processo, além de trazer prejuízos à gestação. Pela evolução do quadro sintomático, de acordo com o relato de situações anteriores, a cliente desmaiaria caso a terapeuta insistisse na exibição do vídeo, o que reforçaria sua crença de “Eu não consigo”. Ana foi orientada, durante toda a vivência, a fazer a respiração diafragmática. Ela necessitou beber água para acalmar-se mais. Ao classificar o nível dos sintomas (Tabela 4), pontuou a taquicardia e a náusea como intensas, a alteração da pressão arterial, a tontura, a boca seca e a sudorese em grau elevado e a sensação de desfalecer e a pressão cefálica como leve e muito leve, respectivamente. Não apresentou os demais sintomas (vômito, desmaio e cefaleia).

Notou-se que Ana considerou ter ocorrido grande alteração da pressão arterial, no entanto, durante a aferição, se observou que essa variação foi de 10,8 para 9 na sistólica, e de 7,8 para 6,0 na diastólica. Ao saber os valores dessa variação, Ana verbalizou: “Nossa! Eu senti como se tivesse

chegado a zero”. Mais uma vez se percebe a supervalorização dos sintomas, bem como falha na avaliação destes e tendência a catastrofização, citados por Piccoloto e colaboradores (2004).

Ana, comparando essa sessão com as da etapa anterior, concluiu que a sintomatologia havia sido mais intensa porque, segundo ela, o vídeo “é muito nítido, parece que está acontecendo tudo aqui e agora”. Disse que não se colocou no lugar da personagem em cena, pois a imagem, mesmo de outra pessoa, havia desencadeado os sintomas. Ao final da sessão, foi praticado o relaxamento e solicitado, como tarefa de casa, que ela buscasse visualizar a imagem assistida, observando suas reações.

Antes de iniciar a nova exibição do vídeo na segunda sessão dessa etapa, a cliente relatou, orgulhosa de si mesma, que havia conseguido fazer os exames laboratoriais pré-operatórios sem apresentar as respostas fisiológicas de ansiedade, não necessitou deitar e os fez na mesma sala que os demais pacientes. Informou também que conseguiu trazer à memória a cena da anestesia sem alterações fisiológicas, mas que pensar no que viria na sequência do vídeo deixou-a ansiosa e que, muito provavelmente, a imagem que fazia da cesariana, somada à crença de que não resistiria a ela, fez com que sua ansiedade na sessão anterior fosse tão elevada.

Nessa sessão, durante a exibição da reprise da parte referente à anestesia, Ana observou que as sensações foram bastante reduzidas, chegando a ser nulas em alguns itens (alteração da pressão, tontura, pressão cefálica, boca seca e sensação de desfalecer). Ela concluiu que, nesse caso, não havia mais o fator surpresa. A terapeuta reforçou o comportamento de análise da situação emitido pela cliente, que passou a buscar a relação entre pensamento, emoção e comportamento preconizada pela TCC (Beck, 1997) independentemente de ser solicitada.

Ao fim da cena referente à anestesia, Ana começou a ficar muito agitada, a transpirar excessivamente, ficando completamente banhada, com as mãos geladas, e solicitou

Tabela 4. Sintomas e nível de ansiedade - primeira sessão da terceira etapa: exibição de vídeo.

Sintomas	Nada (0)	Muito leve (1-2)	Leve (3-4)	Moderada (5-6)	Elevada (7-8)	Intensa (9-10)
1. Coração disparado/taquicardia						x
2. Alteração da pressão arterial					x	
3. Pressão cefálica		x				
4. Tontura					x	
5. Desmaio	x					
6. Náusea						x
7. Boca seca					x	
8. Sudorese					x	
9. Sensação de desfalecer			x			
10. Vômito ou evacuação	x					
11. Cefaleia (após sair da situação)	x					

água, pois estava com a boca seca. Algumas vezes, referindo a suas sensações, dizia: “Ai, que coisa horrível!, que náusea!” Sua ansiedade e seu mal-estar eram visíveis, mas, apesar disso, o vídeo foi totalmente exibido. Durante vários momentos, a cliente quis desistir, desviando o olhar repetidas vezes e dizendo que não iria conseguir assistir ao vídeo até o final. A terapeuta mesclou a respiração diafragmática com diálogos sobre o assunto, buscando tirar a cliente do foco da observação de suas respostas fisiológicas, para poder alcançar a meta de enfrentamento sem prejudicar a gestação com ansiedade exacerbada. Permitir a evitação total, mais uma vez, poderia por em risco a sequência do tratamento, cujo tempo restante estava reduzido, pois em breve seu parto seria realizado, além disso, estaria reforçando esse comportamento.

O “y” representa as sensações durante a parte reprisada, e o “x”, durante a sequência do vídeo.

Ao término da sessão, Ana não acreditava ter conseguido assistir ao vídeo até o final, e disse: “É diferente do que eu pensava. Eu imaginava que jorrava sangue, e isso não acontece”. Concluiu que a imagem real apresentada no vídeo era muito melhor que a idealizada e acrescentou que, ao ver o bebê nascendo, sentiu uma emoção tão grande que não notou mais as respostas fisiológicas. Disse: “Parece tudo tão mágico, é muito lindo”. Ana avaliou os sintomas de tontura, náusea e sudorese vivenciados com a cena do parto como intensos, a sensação de alteração da pressão arterial, a taquicardia e a boca seca sentidas em grau elevado. Classificou como moderadas a pressão cefálica e a sensação de desfalecer. Relatou cefaleia muito leve (Tabela 5).

Na sessão seguinte, o vídeo foi exibido novamente. Dessa vez, Ana raramente desviou o olhar, demonstrando maior controle da emoção. Constatou que o enfrentamento e a habituação realmente reduziam os sintomas, ratificando o que dizem Piccoloto e colaboradores (2004). Ana classificou (Tabela 6) como nula ou muito leve a maioria dos sintomas, dizendo que o de maior intensidade fora a taquicardia, pontuada por ela como

moderada. No controle de pulso, notou-se apenas um aumento de um batimento a cada 15 segundos. Os sintomas de náusea, boca seca e sudorese foram considerados de grau leve. Vale ressaltar que a vivência permitiu a Ana confirmar o pressuposto da TCC de que não era a situação em si que gerava ansiedade, mas a percepção distorcida que tinha dela.

A cliente levou como tarefa de casa o vídeo para assistir com o marido, uma vez que ele estaria com ela na sala de parto. O objetivo dessa tarefa era saber como ela reagiria ao vídeo sem a presença da terapeuta. Na sessão seguinte, a cliente relatou ter sido muito tranquilo e que percebeu detalhes não observados nas exibições anteriores.

Nessa sessão, devido à constatação de redução do líquido amniótico, a cliente estava um pouco tensa, pois isso significava a antecipação da cesariana. Avaliando a situação, Ana concluiu que a tensão era resultante do medo de haver sequelas para o bebê. O obstetra havia requisitado uma nova ultrassonografia, a ser realizada após 10 dias. Fazendo a análise de evidências (Knapp, 2004), concluiu-se que se o obstetra avaliou que proporcionar mais 10 dias de vida intrauterina traria um maior custo-benefício, porque o bebê suportaria sem sequelas. Tal análise deixou Ana mais tranquila.

A nova ultrassonografia constatou a necessidade de fazer o parto imediatamente. A terapeuta foi avisada e acompanhou a cliente desde a recepção na clínica até a conclusão do procedimento cirúrgico. Antes de entrar na sala de pré-parto, a cliente informou que estava ansiosa, pois não sabia como estava o bebê. Para entrar no centro cirúrgico, cliente e terapeuta se separaram para que ambas fossem vestir as roupas apropriadas e, em função disso, Ana entrou sem a presença da terapeuta.

Até que o marido pudesse entrar na sala, a terapeuta ficou ao lado da cliente, conversando com ela. Durante a aplicação da anestesia, Ana demonstrou elevação da ansiedade, apertando a mão da terapeuta e informando que estava com um pouco de náusea. Embora a náusea seja uma reação co-

Tabela 5. Sintomas e nível de ansiedade experimentados na segunda sessão da terceira etapa: vídeo.

Sintomas	Nada (0)	Muito leve (1-2)	Leve (3-4)	Moderada (5-6)	Elevada (7-8)	Intensa (9-10)
1. Coração disparado/taquicardia		y			x	
2. Alteração da pressão arterial	y				x	
3. Pressão cefálica	y			x		
4. Tontura	y					x
5. Desmaio	y x					
6. Náusea		y				x
7. Boca seca	y				x	
8. Sudorese		y				x
9. Sensação de desfalecer	y			x		
10. Vômito ou evacuação	y x					
11. Cefaleia (após sair da situação)	y	x				

Tabela 6. Sintomas e nível de ansiedade experimentados durante a reprise total do vídeo.

Sintomas	Nada (0)	Muito leve (1-2)	Leve (3-4)	Moderada (5-6)	Elevada (7-8)	Intensa (9-10)
1. Coração disparado/taquicardia				x		
2. Alteração da pressão arterial		x				
3. Pressão cefálica	x					
4. Tontura		x				
5. Desmaio	x					
6. Náusea			x			
7. Boca seca			x			
8. Sudorese			x			
9. Sensação de desfalecer	x					
10. Vômito ou evacuação	x					
11. Cefaleia (após sair da situação)		x				

um à medicação utilizada, foi lembrado ao anestesista que a cliente, às vezes, a apresentava como resposta à ansiedade. O anestesista considerou o nível de ansiedade comum à situação e adotou os mesmos procedimentos que adota com as demais pacientes em trabalho de parto delicado.

Após a chegada do marido e do obstetra, a terapeuta permaneceu na sala, porém afastada, fora do ângulo de visão da cliente. A cesariana ocorreu tranquilamente, e o obstetra elogiou a cliente, comentando que nem parecia que ela tinha fobia à situação. Tão logo lhe informaram que o bebê seria retirado, Ana perguntou pela terapeuta ao marido, que lhe informou de sua permanência na sala. Quando a criança nasceu e foi entregue ao pediatra, ela chamou novamente a terapeuta, pois queria ouvir dela a opinião sobre o estado do bebê. Tal fato revela que sua ansiedade, naquele dia, era realmente em função do estado de saúde da filha. Nota-se, ainda, a confiança estabelecida em relação à terapeuta, aspectos apontados por Tuner (2002) como fundamentais ao tratamento. Essa confiança, iniciada a partir dos primeiros contatos, ainda durante o curso para gestantes, favoreceu a busca por tratamento para sua fobia e o resultado terapêutico.

Ao sair do centro cirúrgico, a terapeuta foi ao encontro do marido de Ana, o qual relatou ter se surpreendido com a esposa. Ele disse: “Sabia que ela estava melhor quanto aos seus medos, mas não esperava que reagisse tão bem!”

ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO FINAL

Na avaliação terapêutica pós-parto, ao comentar sobre a entrada no centro cirúrgico, Ana fez o seguinte relato: “Parecia que não era real, parecia distante, que estava sonhando, que era com outra pessoa. Não acreditava que estava entrando no centro cirúrgico caminhando, imaginei que iria entrar numa maca.” Enquanto Ana dizia essas palavras, foram observadas uma grande alegria e surpresa por ter conseguido. Para ela, o momento crítico foi a colocação do soro, pois percebeu que a partir dali viria a anestesia, mas conseguiu manter o controle da situação.

Foi perguntado a ela como reagiria se tivesse de ser submetida a outra cirurgia. Depois de uma pausa, ela respondeu, de forma segura: “Vou ter um nível de estresse, mas algo normal, não como antes, pois senti que melhorei!” Quanto a sua reação ao ver as fotos do próprio parto, do bebê nascendo e a imagem de sangue nela, Ana respondeu que, quando as fotos chegaram, ela estava apenas com a filha e que inicialmente teve receio de olhar, temendo passar mal. Alguns minutos depois decidiu enfrentar a situação e olhou as fotos. Segundo ela, nem notou o sangue, estava focada na imagem da filha, e, ao olhar outras vezes, não apresentou nenhuma reação negativa ao sangue. Durante toda a entrevista, Ana demonstrou muita tranquilidade ao falar de todo o processo, o que antes era para ela motivo de ansiedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste artigo, foi observado que a cliente apresentava os sintomas e o pensar típicos do sujeito fóbico - respostas fisiológicas de ansiedade exacerbada, supervalorização dos medos, catastrofização das situações e comportamento de evitação, entre outros. Percebeu-se, também, que, durante o tratamento, seus sintomas fóbicos foram sendo reduzidos ante cada situação vivenciada, especialmente com o uso do enfrentamento, da habituação e com a reestruturação cognitiva.

Foi possível acompanhar toda a evolução do processo, inclusive a exposição ao vivo, que é considerada pelos teóricos uma das etapas mais difíceis, mas que, nesse caso, era inevitável, até porque a certeza de que teria de passar pela exposição ao vivo foi o que trouxe a cliente à psicoterapia. O tratamento, embora focado na cesariana, à qual a cliente foi posteriormente submetida, possibilitou a generalização dos resultados às situações de exame, injeção e de permanência em ambientes hospitalares. Tendo em vista a atenção que um recém-nascido requer, incluindo a amamentação, não houve consultas de prevenção à recaída, mas Ana foi orientada a

observar seu comportamento, atentando para o uso indevido da evitação. A terapeuta fez, durante o puerpério, duas visitas à cliente, constatando que ela estava bem.

Na época da entrevista final e nas duas visitas posteriores, o ganho terapêutico foi considerado temporário. Entretanto, a partir de eventos importantes na vida da paciente, como dois momentos de gestação, pode-se afirmar que o resultado do tratamento da fobia foi de longo prazo. Em sua segunda gravidez, a cliente buscou suporte psicológico, dessa vez não por conta de quadro fóbico, mas em função do diagnóstico de cardiopatia congênita grave no feto, que a levaria à antecipação do parto. O prognóstico era bastante desfavorável, segundo o obstetra, o que abalou significativamente a cliente. Nessa situação, todo o trabalho psicológico foi realizado com base no aqui e agora, favorecendo o direcionamento da cliente a ações que pudessem tornar o prognóstico mais favorável.

A constatação de que Ana não apresentava mais nenhum resquício de fobia a injeção, sangue e ferimentos se deu com base em suas vivências com o nascimento da segunda filha, a qual permaneceu na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) por mais de três meses e foi submetida a dois cateterismos e duas cirurgias cardíacas. Ana acompanhou todo esse processo, presenciando cenas em que a filha recebeu injeção, foi entubada, teve veia perdida e sangrou, sem apresentar os sintomas fóbicos, além de ver na UTIN outros bebês em situações críticas, inclusive de óbito, e de permanecer longos períodos no ambiente hospitalar na época das cirurgias.

Em mensagem de agradecimento à terapeuta, Ana faz referência à importância de ter sido tratada do quadro fóbico, dizendo: “Em muitos momentos na UTIN, imaginei como seria minha reação se não tivesse vencido a fobia. Não daria conta de ver tudo o que vi”. Em visita feita à psicóloga, narrou a situação em que sangue escorria pela perna da filha e de vê-la sendo “furada” tantas vezes, sem que esses fatos desencadeassem qualquer dos sintomas fóbicos apresentados no passado.

Este trabalho contribui com a comunidade científica ao mostrar a eficácia e a rapidez do tratamento baseado na abordagem cognitivo-comportamental e como essas são

favorecidas pelo modelo de tratamento que inclui planejamento prévio e sessões estruturadas, combinados antecipadamente com o cliente, pois ele é ativo em todo o processo. Mostra, ainda, a necessidade de o terapeuta ter um conhecimento mais aprofundado da situação desencadeadora dos sintomas, pois, para oferecer elementos que possibilitem a imaginação mais próxima da situação real, é preciso conhecê-la, e, nesse caso, a terapeuta conhecia todo o procedimento envolvido em um parto.

REFERÊNCIAS

- Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Knapp, P. (2004). Principais técnicas. In P. Knapp (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica* (pp. 133-158). Porto Alegre: Artmed.
- Lotufo Neto, F. (2011). Fobias específicas. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 19-310). Porto Alegre: Artmed.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Piccoloto, N. M., Pergher, G. K., & Wainer, R. (2004). Fobias específicas: Diagnósticos, etiológicos, mantenedores e terapêuticos. In P. Knapp (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica* (pp. 248-266). Porto Alegre: Artmed.
- Roso, M. C. (1998). Fobias específicas. In L. M. Ito (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos* (pp. 55-65). Porto Alegre: Artmed.
- Rourke, P. A., & Levis, D. J. (2002). A terapia implosiva (inundação): Uma técnica comportamental para a extinção da reativação da memória. In V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 197-223). São Paulo: Santos.
- Turner, R. M. A. (2002). Dessensibilização sistemática. In V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 167-195). São Paulo: Santos.
- Vera, M. N., & Vila, J. (2002). Técnicas de relaxamento. In V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 197-223). São Paulo: Santos.
- Wright, J. H., Basco, M. B., & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: Um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.