



UNIVERSIDADE
ESTÁCIO DE SÃ
PÓS-GRADUAÇÃO

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSQUIATRIA

FERNANDO LUIZ DE CARVALHO

**SÍNDROME DO PÂNICO
UMA PSICOPATOLOGIA CONTEMPORÂNEA**

**RECIFE
2011**

FERNANDO LUIZ DE CARVALHO

**SÍNDROME DO PÂNICO
UMA PSICOPATOLOGIA CONTEMPORÂNEA**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC,
que apresenta à Coordenação do curso de
Pós-Graduação *Lato Sensu* em
Psiquiatria da Universidade Estácio de Sá
como parte dos requisitos para obtenção
do certificado de especialista.

RECIFE – PE
2011

AGRADECIMENTOS

A Deus pela existência e direcionamento em todas as etapas da minha vida;

Aos meus familiares, pelo incentivo em todos os momentos;

Ao corpo docente do curso de especialização em psiquiatria, pela competência e responsabilidade com que transmitiram os ensinamentos, tornando possível o término deste curso.

A Saúde é a capacidade física, emocional, mental e social que o indivíduo tem de interagir com seu meio. É um conjunto de condições desejáveis e necessárias, e talvez o bem mais precioso que deve ser preservado, para que os outros bens sejam adquiridos e desfrutados.

Claudionor Mello Silva

RESUMO

O desenvolvimento deste estudo através de revisão bibliográfica tem por objetivo estudar o transtorno/síndrome do pânico, considerando seus aspectos clínicos, epidemiológicos, diagnósticos e etiológicos, bem como os avanços no tratamento, uma vez que o pânico é uma entidade nosológica acompanhada de importante prejuízo psíquico e funcional. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura nas principais bases de dados existentes (MEDLINE, PsychINFO e SciELO) e em livros. Devido à sintomatologia predominantemente física desse transtorno, os pacientes geralmente procuram vários atendimentos clínicos até que o diagnóstico seja feito. O tratamento pode ser feito com psicoterapia e/ou psicofármacos. Em virtude da cronicidade e morbidade da síndrome do pânico, pesquisas têm se voltado para o estudo de estratégias de prevenção já na infância. O pânico é um transtorno crônico e com baixas taxas de remissão dos sintomas em longo prazo. Sendo assim, sugere-se que sejam delineados novos estudos para tratamento precoce dos transtornos de ansiedade ou mesmo para prevenção em crianças de risco.

Palavras-chave: Síndrome do pânico. Transtorno do pânico. Ansiedade. Estresse.

ABSTRACT

The development of this study through literature review aims to study the disorder / panic disorder, considering their clinical, epidemiological, and etiologic diagnosis, as well as advances in treatment, once the panic is an illness accompanied by a significant loss psychological and functional. We conducted a narrative review of the literature on major existing databases (MEDLINE, SciELO and PsychInfo) and books. Due to the predominantly physical symptoms of this disorder, patients often seek various clinical treatments until the diagnosis is made. Treatment can be done with psychotherapy and / or psychoactive drugs. Because of the chronicity and morbidity of panic disorder, studies have been directed to study prevention strategies in childhood. Panic disorder is a chronic and low rates of remission of symptoms in the long term. Therefore, it is suggested that further studies are outlined for early treatment of anxiety disorders or for prevention in high risk children.

Key-words: Panic disorder. Panic disorder. Anxiety. Stress.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	09
2.1	PSICOPATOLOGIAS	09
2.2	PÂNICO	10
2.3	SINDROME OU TRANSTORNO DO PÂNICO	13
2.3.1	Prevalência	15
2.3.2	Etiologia	16
2.3.3	Diagnóstico	18
2.3.4	Tratamento	20
2.3.4.1	Psicoterapias	22
2.3.5	Prevenção	23
2.4	ESTRESSE	24
3	METODOLOGIA	29
4	CONCLUSÃO	30
	REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, com o novo estilo de vida da população, mais agitado, mais concorrido em seus diversos segmentos (trabalho/escola/família), além da violência que provoca indignação, desilusão e impotência em todos aqueles que se posicionam contra a injustiça, contra a degradação e a depredação do ser humano, a exigência e agitação passou a ser uma constante, sempre na expectativa de “dar conta” de todos os processos diários de vida.

Diante desse novo quadro que se apresenta para a população em geral, quer sejam adultos ou crianças, “a ansiedade passou a ser uma reação emocional natural que ocorre quando nos sentimos vulneráveis e na expectativa de um perigo”. (MENEZES, 2005).

De acordo com a autora acima citada, quando a resposta emocional de ansiedade é muito intensa e repentina “temos uma **crise de pânico**, que na verdade é um ataque agudo de ansiedade. Numa crise de pânico sofremos muito, achando que algo catastrófico pode nos acontecer a qualquer momento” (MENEZES, 2005).

Em 1921, Freud descreve o pânico como uma angústia neurótica provocada pelo rompimento dos laços emocionais que unem o indivíduo a um líder (ideal) e aos membros do grupo e, tal situação, libera um medo gigantesco e insensato.

O sofrimento psíquico, conhecido na atualidade como "ataque de pânico", ocupa um lugar de destaque nos debates contemporâneos no campo da psicopatologia. Em 1980, foi criada a categoria psiquiátrica "transtorno do pânico" ou "síndrome do pânico", de acordo com a American Psychiatric Association (1990,

p.91-3) e Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 / Organização Mundial de Saúde (1994, p.341-2)

Quando expostos a um estresse muito alto, todos estão sujeitos a ter uma eventual crise de pânico quando as emoções e sentimentos ficam sem controle ou diante de situações que levam o indivíduo a um estado extremo de vulnerabilidade e desamparo e entram em sofrimento de ordem psíquica.

Diante do quadro acima descrito sobre as questões em torno da síndrome do pânico, questiona-se: Quais as contribuições que o referencial psicanalítico pode dar a esse debate contemporâneo, através do desenvolvimento deste estudo?

Nesse sentido, será desenvolvida uma pesquisa bibliográfica com a finalidade de estudar os diversos aspectos do pânico como uma psicopatologia contemporânea e melhor compreensão dos sintomas, etiologia, tratamento e prevenção da doença.

De acordo com Menezes (2005), o termo "pânico", é difundido pelo mundo contemporâneo por meio da psiquiatria, como "síndrome do pânico" ou "transtorno do pânico", desses dois campos (psiquiatria e psicanálise), absolutamente distintas. Desse modo, este estudo, procurou ampliar o debate para uma vertente da psiquiatria contemporânea, principalmente no direcionamento do diagnóstico e tratamento desse quadro psicopatológico que implica o sujeito em relação a seu sofrimento.

Sob esse prisma, a proposta geral deste estudo é abordar o pânico como um processo de produção social, um dos efeitos do desamparo na contemporaneidade, descrito no desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 PSICOPATOLOGIAS

Psicopatologia é um termo que se refere tanto ao estudo dos estados mentais patológicos, quanto à manifestação de comportamentos e experiências que podem indicar um estado mental ou psicológico anormal. O termo é de origem grega; *psykhé* significa espírito e *patologia*, estudo das doenças, seus sintomas. Literalmente, seria uma patologia do espírito (TEIXEIRA, 2011).

No entanto, a identificação de problemas psicopatológicos contemporâneos supõe uma compreensão existencial perturbada como experiência individual contextualizada nas suas condições sociais e históricas. Ou seja, na atualidade surgem novas formas de subjetividade perturbada que, em certa medida, podem ser compreendidas em função de características da sociedade pós-moderna, em especial a partir da ideologia individualista presente na cultura do narcisismo e da chamada sociedade do espetáculo.

Giovanetti, (2002), identifica três tipos de problemas psicopatológicos: perda da unidade psicológica, perda do sentido da vida e transformação da intimidade. De acordo com Menezes (2005), certas formas de sofrimento psíquico podem ser consideradas psicopatologias da atualidade, no sentido de expressões dos modos de subjetivação promovidos pela sociedade contemporânea, conforme os autores abaixo citados:.

Há um estilo de sociedade em pauta que gera condições e possibilidades para produção de determinadas psicopatologias como típicas de sua época. Isso não quer dizer, necessariamente, que são psicopatologias inéditas, mas são novas formas de padecimento expressas por meio do pânico, da bulimia, da anorexia, das disposições depressivas, das toxicomanias, das psicossomatizações, dentre outras, que ganham espaço progressivo na cena social atual (GIOVANETTI, 2002, p.32).

"... *psicopatologia da pós-modernidade* se caracteriza por certas modalidades privilegiadas de funcionamento psicopatológico, nas quais é sempre o fracasso do indivíduo em realizar a glorificação do eu e a estetização da existência que está em pauta. Esta é justamente a questão da atualidade.(...) Quando se encontra deprimido e panicado, o sujeito não consegue exercer o fascínio de estetização de sua existência, sendo considerado, pois, um fracassado segundo os valores axiais dessa visão de mundo." (BIRMAN, 2001, p.168-9).

Desse modo, no que diz respeito à metapsicologia do pânico, a hipótese sugerida por Pereira (1999) é a de que o desamparo constitui base psicopatológica do fenômeno do pânico, segundo uma perspectiva psicanalítica. O entendimento do pânico como uma manifestação clínica do desamparo e como uma das expressões do mal-estar que marca, na atualidade, será abordado no item seguinte.

2.2 PÂNICO

O termo pânico, do grego *panikós*, «relativo a Pã», deus perturbador dos espíritos. Palavra do sexo masculino, definido como “terror súbito e violento, causado por uma ameaça de perigo, que desencadeia reações e comportamentos pouco racionais e por vezes perigosos”; tem como adjetivo: que assusta sem motivo; que provoca um comportamento irracional em face do medo (INFOPÉDIA, 2011).

O Transtorno do Pânico é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) constando da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), na classe dos Transtornos Mentais. E aparece no DSM IV-R (Diagnostic and Statistical of Mental Disorders, 4rd Edition Revised) da Associação Americana de Psiquiatria (MENEZES, 2005).

Há, portanto, no termo pânico, a condição de desamparo, estruturante do psiquismo e a situação de desamparo, como concretização dessa condição

instalada na situação traumática, relativa ao excesso pulsional que não pôde ser simbolizado, ou seja, no psiquismo, à instalação da angústia automática. Nesse sentido, o pânico é expressão da instalação de uma situação de perigo interna insuportável para o sujeito: a situação de desamparo, a situação de ausência de ajuda. O perigo é o de perder o amor do objeto, o perigo é o desabamento de todo o mundo simbolicamente organizado. Em outras palavras: o retorno para o desamparo (*Hilflosigkeit*)¹ original (MENEZES, 2005),

Sob esse prisma, o pânico diz respeito à angústia despertada pelo desabamento da ilusão de um ideal, da falta de garantias e de indefinições. O pânico é uma das possibilidades afetivas que o sujeito encontrou no enfrentamento da condição de desamparo e insuperável na constituição da vida psíquica. Ser tomado pelo pânico atesta que o sujeito não conseguiu subjetivar a condição de desamparo. Essa é a motivação básica do pânico: a perda do ideal protetor ou o medo da perda do amor (MENEZES, 2005).

Portanto, o pânico, na atualidade, é a expressão que o sujeito encontrou de se organizar na sociedade contemporânea, que a organização social atual oferece para que ele se sustente para além da cena familiar. Essa hipótese se refere ao fenômeno do pânico, por um lado, como um fenômeno do campo da angústia e, por outro, como algo advindo de uma estrutura de relação de grupo (FREUD, 1989).

Pereira (1999) afirma que a relação entre desamparo e pedido de amor que há no pânico "mostra-se de modo incontestável. Nesse sentido, quando o sujeito que sofre de pânico condiciona sua existência à presença em pessoa num

¹ A palavra *Hilflosigkeit*, é traduzida na língua portuguesa por "desamparo", significa "ausência de ajuda", "não ter ajuda", ou seja, não há mais ajuda possível, não tem mais a mãe nem o pai nem ninguém que proteja o indivíduo (Cf. Wahrig, *Deutsches Wörterbuch*).

pacto masoquista, transformando sua existência em assujeitamento na relação com o outro.

O sujeito acometido pelo pânico acaba por ocupar a posição de submissão como forma de refúgio contra o desamparo, contra a ameaça da perda do amor, buscando afastar a angústia que a experiência de desamparo lhe impõe. Nesse contexto, o pânico não poderia jamais ser compreendido, simplesmente, como uma resposta afetiva de angústia automática. Pelo contrário, ser tomado de pânico atesta a dimensão de desamparo fundamental sobre a qual se desenrola o funcionamento psíquico (MENEZES, 2005).

O pânico na contemporaneidade é tanto a expressão máxima do ponto a que pode chegar o sentimento de ausência de proteção que acomete as pessoas, como é expressão radical da submissão masoquista a que o sujeito pode chegar como forma de proteção contra as incertezas da vida. Desse modo, pode-se concluir que o pânico expressa o mal-estar na contemporaneidade, entendendo-o como um dos efeitos do desamparo do sujeito contemporâneo, para quem a experiência de impotência/desamparo é elevada a um ponto radical (MENEZES, 2005), daí a Síndrome do pânico.



Figuras 1 e 2 : Representações de situações e expressões de pânico
Fonte: <http://www.isaudebahia.com.br/noticias/quando-o-medo-vira-doenca>

2.3 SÍNDROME OU TRANSTORNO DO PÂNICO

O transtorno do pânico (TP) é caracterizado pela presença de ataques de pânico recorrentes que consistem em uma sensação de medo ou mal-estar intenso acompanhada de sintomas físicos e cognitivos e que se iniciam de forma brusca, alcançando intensidade máxima em até 10 minutos. Estes ataques acarretam preocupações persistentes ou modificações importantes de comportamento em relação à possibilidade de ocorrência de novos ataques de ansiedade (SALUM: BLAYA: MANFRO, 2009).

De acordo com Simpson et al (1994), os pacientes com TP antes do diagnóstico à procura de uma causa orgânica para seus sintomas, visitam inúmeras vezes as emergências, na opinião dos autores citados, além de psiquiatras, os médicos em geral e, aqueles profissionais que trabalham com serviços de emergência médica devem estar familiarizados com os critérios do transtorno de pânico.

Ao avaliar a alta prevalência dos ataques de pânico na população em geral e a importância de conseguir diferenciá-los em seus diversos aspectos, e de outros problemas médicos que podem se apresentar como uma crise de ansiedade, o conhecimento desses profissionais é de extrema importância no diagnóstico.

O sofrimento psíquico vivenciados pelos pacientes com Síndrome do Pânico, está associado a uma série de outros acontecimentos que, empiricamente, justificam seu tratamento como um problema de saúde pública. Pacientes com TP têm maiores taxas de absenteísmo e menor produtividade no trabalho (RAMAGEMORIM, 2004); maiores taxas de utilização dos serviços de saúde, procedimentos e testes laboratoriais (ROY_BYRNE et al, 1999); há ainda nesses paciente, um risco

aumentado de ideação de suicídio e de tentativas de suicídio(GOODWIN; ROY-BYRNE, 2006; SAREEN et al, 2005) ; em mulheres pós-menopáusicas, parece estar relacionado à morbidade e mortalidade cardiovasculares (SMOLLER et al, 2007). No entanto, cabe ressaltar que a associação com mortalidade cardiovascular ainda é controversa e pode se restringir a uma população específica (BULL BRINGAGER (2008).

Alguns Sintomas:

- Ir parar ao hospital porque pensou que estava a ter um ataque cardíaco, mas afinal era ansiedade;
- Medo de parar de respirar porque tem um aperto no peito e a respiração irregular;
- Medo de dirigir e ficar parada no trânsito, numa ponte ou num sinal vermelho;
- Medo de perder o controlo e ficar maluca;
- Pensamentos ansiosos que não consegue parar;
- Sente-se desconfortável em lugares fechados como shoppings, supermercados, cinemas, transportes públicos;
- Nervosismo e ansiedade em situações que nunca a perturbaram antes;
- Tonturas que levam ao pânico;
- Arrepios e calores seguidos de ansiedade;
- Falta de ar e apertos na garganta e no peito;
- Falta de conexão com o que se passa à sua volta;
- Preocupações obsessivas e pensamentos indesejados;
- Batimento cardíaco muito rápido e formigueiros no corpo.



Figura 3 - Sintomas

Fonte: <http://www.isaudebahia.com.br/noticias/quando-o-medo-vira-doenca>

2.3.1 Prevalência

A prevalência dos ataques de pânico é muito comum. Não existem dados com amostra representativa da população brasileira. Os transtornos de pânico é mais comum em mulheres e, geralmente, inicia no final da adolescência ou no início da vida adulta, com média de aparecimento entre os 20 e 30 anos; raramente, há casos de aparecimento na infância.

Considerando o TP com agorafobia, 95% têm ao menos algum outro transtorno de ansiedade, 64% têm ao menos um transtorno de humor, 63% têm algum transtorno de controle de impulsos e 31% apresentam quadros de abuso ou dependência de álcool e drogas. Dentre os transtornos de ansiedade, a fobia específica é a comorbidade mais comum (presente em 74% dos casos), seguida do transtorno de ansiedade social (66%), do transtorno de ansiedade generalizada (32%) e da ansiedade de separação (13%). Dentre os transtornos do humor, quase 50% preenchem critérios para depressão maior, 16% para transtorno do humor bipolar (tipos I e II) e 10% para distímia. Considerando dependência de álcool e drogas, 14% preencheram critérios para apenas dependência de álcool, e 11% para dependência de drogas (KESSLER et al, 2006).

A comorbidade psiquiátrica é regra no TP e não exceção. Quase 100% dos pacientes com TP com agorafobia e cerca de 83% dos pacientes com TP sem agorafobia apresentam ao menos uma comorbidade psiquiátrica (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

2.3.2 Etiologia

A síndrome ou transtorno de pânico é atribuído a diversos fatores dele eles os genéticos e os ambientais parecem contribuir para esse transtorno. Estudos de famílias com TP demonstraram um padrão familiar, com risco da doença em parentes de primeiro grau dos pacientes com esse transtorno, cerca de oito vezes maior do que o do grupo-controle. Estudos com gêmeos também corroboram esses achados (ROTH et al, 2004).

Outros estudo têm associado experiências traumáticas na infância ao desenvolvimento do TP na idade adulta e eventos estressantes na vida adulta também estão relacionados ao desenvolvimento de transtornos de ansiedade. Fatores socioeconômicos como etnia, estado civil, grau de escolaridade e renda não parecem ser fatores de maior importância na associação com o TP. O tabagismo e a dependência de nicotina na adolescência têm sido implicados como fatores de risco para o TP na vida adulta, mas a causalidade dessa associação ainda é questionável. (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

Os fenótipos intermediários dos transtornos de ansiedade na infância, pode-se citar o comportamento inibido (inibição do comportamento associado ao medo de pessoas não familiares) e a sensibilidade à ansiedade (medo e preocupações acerca de interpretações distorcidas de reações corporais normais).

Na vida adulta, o neuroticismo (ansiedade, depressão, tensão, irracionalidade, emoção, baixa autoestima e tendência a sentimentos de culpa) e alguns temperamentos específicos como a evitação de danos (tendência a evitar situações com algum tipo de risco, ou que causem ou possam causar danos) estão relacionados a quadros ansiosos (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

A interpretação é de perigo iminente, o que dispara ou intensifica as sensações corporais, confirmando o "perigo" e gerando, então, mais interpretações catastróficas e ansiedade em uma espiral crescente e rápida.

Pacientes com TP frequentemente se descrevem como crianças medrosas, nervosas e tímidas, e também referem desconforto com os sentimentos agressivos, sentimentos crônicos de baixa autoestima, frustração e ressentimento precedentes ao início do TP. A qualidade da relação parental é um fator de risco para o TP³². Por exemplo, os pacientes com TP frequentemente descrevem seus pais como pessoas brabas, críticas, amedrontadoras e controladoras (SHEACK, 1993).

A teoria psicodinâmica trabalha com a prerrogativa de que conflitos internos inconscientes se relacionam estreitamente com as manifestações ansiosas; portanto, as frustrações, ressentimentos e relações infantis tornam-se imperiosas para a abordagem terapêutica desse transtorno, assim como uma cuidadosa avaliação da estrutura de personalidade subjacente do indivíduo.

As bases biológicas, sejam elas genéticas ou neuroanatômicas, e as teorias psicológicas, tanto cognitivo-comportamentais quanto psicodinâmicas, não são estanques: elas estão em constante atualização e evolução conceitual e, ao contrário do que possa se pensar, não são excludentes e sim complementares (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

Um transtorno complexo como o TP só pode ser bem compreendido com um arcabouço teórico extenso que englobe aspectos de diversas linhas de pensamento.

2.3.3 Diagnóstico

Embora o diagnóstico do TP seja essencialmente clínico, uma série de situações clínicas e psiquiátricas têm apresentações que incluem ataques de pânico ou que se assemelham a ele. Assim, o algoritmo de avaliação dos ataques de pânico inclui: ataques secundários a uma condição clínica (por exemplo, hipertireoidismo, feocromocitoma), ao uso ou abstinência de substâncias (por exemplo, abuso de cocaína, abstinência de álcool), a transtornos de ansiedade (como o TP) e a outros transtornos psiquiátricos. Os critérios diagnósticos para TP segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision - DSM-IV-TR e são apresentados na tabela abaixo:

Tabela 1 – Critérios diagnósticos para transtorno do pânico segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision	
A.	São necessários os critérios 1 e 2: 1. Ataques de pânico recorrentes e espontâneos (inesperados). 2. Pelo menos um ataque foi seguido, durante um mês ou mais, das seguintes características: a) preocupação persistente em relação a ataques adicionais; b) preocupação em relação às implicações do ataque ou às suas consequências (perder o controle, ter um ataque cardíaco, enlouquecer, etc.); c) alteração significativa do comportamento relacionada às crises de pânico.
B.	Deve-se especificar se há ou não agorafobia associada.
C.	Os ataques de pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, abuso de droga ou medicamento) ou a uma condição médica geral (por exemplo, hipertireoidismo).
D.	Os ataques de pânico não são mais bem explicados por outro transtorno mental como fobia social (que ocorre, por exemplo, em situações de exposição a eventos sociais, como falar em público), fobia específica (por exemplo, na presença de um animal específico), transtorno obsessivo compulsivo (por exemplo, quando exposto à sujeira), transtorno de estresse pós-traumático ou transtorno de ansiedade de separação (por exemplo, em crianças, em resposta a estar afastado do lar).
<small>DSM-IV-TR = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Baseado no DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000.</small>	

Fonte: SALUM; BLAYA; MANFRO (2009).

Diversos autores propuseram subtipos de TP baseados na apresentação sintomática do ataque (tipo cardiorrespiratório, autonômico/somático, cognitivo), período do dia em que o ataque ocorre (diurno, noturno), idade de início (precoce e tardio), curso (limitado, crônico), etc. No entanto, ainda não há consistência na definição desses subtipos, especialmente pelo manejo semelhante do ponto de vista terapêutico. (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

Síndrome do pânico
Psiquiatra Luiz Vicente de Mello explica causas e sintomas da doença

O que é
É uma crise de ansiedade aguda e intensa, com duração de 15 a 30 minutos e manifestações físicas

- Pode ocorrer em qualquer lugar, contexto ou hora
- Situações de desafio e de dificuldade para "dominar" o ambiente favorecem os ataques. Pode ser multidão, metrô lotado, engarrafamento, espaços fechados, animais, fobias, acidentes ou catástrofes
- Problemas como TOC e hipertireoidismo também podem causar crises

Sintomas*
Aumento da pressão e da frequência respiratória e cardíaca (para até 120 batimentos por minuto)
Falta de ar e sensação de asfixia
Tontura
Náusea
Suor frio
Pernas bambas
Formigamento
Tremedeira
Calafrios ou onda de calor
Desconforto no peito
Sensação de estar diferente ou "fora do corpo"
Medo de morrer ou ficar louco
Desmaio ou vômito (no pico da crise)

*Se você tem quatro ou mais desses sinais ao mesmo tempo, procure um médico

Tratamento
Terapia
Antidepressivos

Como ocorre
A região central do cérebro, que controla as emoções, dispara um alarme para o corpo, que se prepara para fugir ou lutar

Há liberação de adrenalina, que acelera o coração e faz o sangue chegar mais rápido aos músculos

A respiração também acelera, o organismo recebe mais oxigênio e a pessoa fica mais ágil

A glândula suprarrenal é acionada e libera outro hormônio, o cortisol. Ele aumenta a produção de anticorpos e glóbulos brancos, reforçando o sistema de defesa

Após a crise, vem uma forte sensação de exaustão e sonolência. Isso porque o indivíduo fez um exercício físico e mental pesado, que incluiu um alto gasto de energia

G1.com.br

Figura 4 – Melo (2011)

2.3.4 Tratamento

As crises de pânico para o devido controle baseiam-se principalmente na tranquilização do paciente mediante a informação de que os seus sintomas são provenientes de um ataque de ansiedade, não configurando uma condição clínica grave com risco de morte iminente (no caso de ataques relacionados a transtornos psiquiátricos), no reforço de que a crise é realmente intensa, muito desagradável e causa mal-estar muito forte. . (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009):

- Deve-se reforçar o caráter passageiro (cerca de 10-30 minutos) do ataque e, especialmente;
- Instruir ao paciente para que ele respire pelo nariz e não pela boca, enfatizando a importância de ele tentar controlar a frequência de inspirações no intuito de não hiperventilar. Em grande parte das vezes, a tranquilização rápida e o caráter autolimitado dos sintomas são suficientes para terminar com a crise;
- Nos pacientes com sintomas predominantemente respiratórios, relacionados provavelmente a hiperventilação, o paciente é instruído a respirar com o diafragma e limitar o uso da musculatura intercostal. Deve-se estimulá-lo a respirar lentamente até que os sintomas de hiperventilação desapareçam;
- Algumas técnicas de relaxamento também podem ser utilizadas. Por exemplo, pode-se instruir o paciente a permanecer deitado, com os olhos fechados, respirando lenta e profundamente, tentando

relaxar os diferentes grupos musculares e concentrando-se em um cenário tranquilo;

- No entanto, se a crise for muito intensa ou de tempo prolongado, o uso de psicofármacos pode ser aconselhado. Os benzodiazepínicos de ação curta são a primeira escolha nesses casos e, apesar de carecerem de evidências que suportem afirmações mais encorajadoras, esses psicofármacos são bastante utilizados na prática clínica.

O tratamento precoce do TP é essencial no sentido de reduzir o sofrimento e prejuízo associado ao transtorno e no intuito de prevenir o surgimento de complicações e comorbidades, além dos custos sociais do transtorno. Além disso, tratar o TP reduz significativamente os gastos sociais, tendo em vista que, embora aumente os gastos diretos com consultas e medicações psiquiátricas, há uma redução importante nas visitas aos serviços de emergência e nas consultas médicas não psiquiátricas (LIN, 2009).

De forma geral, existem três formas de tratamento do TP: o tratamento psicofarmacológico, o psicoterapêutico e o combinado, recomendado de acordo com o perfil de cada paciente.

2.3.4.1 Psicoterapias

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é a terapia com os resultados mais consistentes para o TP, sendo superior a terapias de controle de atenção psicossocial e a placebo na maioria dos estudos e apresentando uma boa aceitabilidade e aderência, rápido início de ação e uma boa relação de custo-efetividade.

O tratamento consiste em psicoeducação sobre o TP, no intuito de corrigir interpretações errôneas acerca da doença, treinamento de técnicas para diminuir a ansiedade, como respiração diafragmática e relaxamento muscular, reestruturação cognitiva, para identificar e corrigir distorções no pensamento, exposição interoceptiva, no intuito de que o paciente aprenda a lidar com os sintomas físicos do ataque de pânico, e exposição *in vivo*, a fim de estimulá-lo a enfrentar as principais situações que teme por medo de passar mal e não encontrar saída ou ajuda. . (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

Há evidências preliminares de eficácia de tratamentos breves de base psicodinâmica focados para o TP. Embora com poucas evidências, o tratamento psicanalítico e a psicoterapia de orientação psicanalítica são muito utilizados na prática clínica em determinados centros.

Dentre os motivos para a falta de evidências encontram-se: o formato de longa duração, o foco em outros desfechos e não nos sintomas e nos diagnósticos estruturados do DSM-IV-TR. Esse tipo de psicoterapia parece oferecer resultados duradouros, com menores taxas de recaídas e vantagens em desfechos não convencionais, como o uso de estilos defensivos mais maduros, melhora nas relações interpessoais e nos conflitos intrapsíquicos e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida em termos gerais de funcionamento psicossocial.

2.3.5 Prevenção

Para uma grande parcela dos pacientes, o TP tem o prognóstico de um transtorno crônico com recaídas e agudizações frequentes, em geral associadas aos eventos estressores de vida, e possui fases de remissão parcial ou completa dos sintomas. A descontinuação de medicações resulta em recaída em um substancial número de pacientes, com taxas de cerca de 25-50%, dentro de 6 meses.

Em virtude da cronicidade dos transtornos mentais, a psiquiatria tem se voltado para estudar estratégias de prevenção. Algumas estratégias recentes encontraram resultados promissores com protocolos de terapia em sujeitos com sintomas subclínicos do transtorno. Outro fator que contribui consideravelmente para a Síndrome/Transtorno do pânico é o estresse, abordado em seguida

2.4 ESTRESSE

O termo estresse tem outros significados, cabendo a Seyle (1985) utilizar esse termo para denominar ao conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço de adaptação. A palavra estresse é um termo emprestado da física significando a quantidade de carga que um corpo é capaz de suportar.

Conforme Moreno (1998 p.23).

O termo estresse é freqüentemente apresentado de forma parcial e distorcida. Tem-se responsabilizado o estresse por inúmeros acontecimentos, desde a úlcera do executivo, ao acidente de automóvel de uma personalidade, ao baixo rendimento de um atleta, ou mesmo de uma equipe esportiva, da incapacidade de uma pessoa em desfrutar uma relação íntima com sua (seu) parceira (o), e assim por diante.

Ouve-se que a situação na sociedade está cada vez pior e, em conseqüência disso têm-se um incremento importante do estresse com uma dramática diminuição da qualidade de vida e grande parcela de contribuição na Síndrome do Pânico. “Sem dúvida, sofremos estímulos estressantes, freqüentemente diferentes dos de outras épocas, mas é impossível dizer que não são maiores ou menores, ou que o dano tem sido de maior ou menor intensidade” (COUTO, 1987).

O número de agentes estressores é interminável: físicos, químicos, viróticos, bacterianos, biológicos e inter-humanos. Na sociedade, os conflitos interpessoais constituem os estressores mais comuns e, em sua maioria, manifestam-se verbal ou simbolicamente, afetando a homeostase. “Além disso, convém lembrar que o homem é um animal que pode sofrer por antecipação, simplesmente através de seus mecanismos psíquicos” (BAUK, 1995).

A cada dia o ser humano se depara com grande número de situações cujo potencial estressor é função da própria situação e do próprio indivíduo. Os fatores de contexto podem ser definidos como aqueles originados do ambiente em que o indivíduo vive, ambiente esse que pode variar de amplitude, constituindo em uma família, uma empresa, uma nação ou o mundo todo. Podem ser consideradas as condições de vida em termos de padrões morais e sociais, política empresarial, condições econômicas, segurança etc.

A vulnerabilidade individual a agentes estressores é exatamente variável e constitui o fator mais importante na intensidade do estresse. A vulnerabilidade, entre outras coisas, depende da personalidade, da idade, do sexo, do nível de educação, do tipo de atividade que o indivíduo exerce e da hereditariedade (ALBRECHT, 1990).

Esclarece o autor citado que o estresse depende, portanto, da interação entre contexto, vulnerabilidade e estressar. Isso explica o porquê de um agente ser estressor para um indivíduo e não o ser para outro.

De acordo com Moreno (1998), desde que Hans Selye (1936) publicou sua célebre comunicação na revista *Nature* sobre uma síndrome produzida por diversos agentes nocivos, dezenas de milhares de publicações e artigos (além de um sem número de livros pseudo-científicos) têm sido dedicados ao assunto. Hoje o termo não está somente restrito à Medicina, mas também ao campo das ciências básicas (Fisiologia, Bioquímica entre outras), de comportamento e até à própria filosofia.

Na verdade, os conceitos contemporâneos de estresse evoluíram de idéias já presentes desde a era clássica grega: Hipócrates associou saúde ao balanço harmônico dos elementos e qualidades da vida enquanto que na doença

estaria a desarmonia. Thomas Sydenham (apud GOLDSTEIN, 1999) expandiu a noção de doença hipocrática sugerindo que as respostas individuais de adaptação às forças desarmônicas poderiam por si só serem capazes de produzir a patologia; Claude Bernard, já no século XIX, introduziu o conceito do *milieu intérieur* - haveria a necessidade de constância do ambiente interno para a manutenção da vida livre e independente; Walter Cannon, no início deste século, cunhou o termo homeostase para descrever os processos fisiológicos coordenados que manteriam constantes o meio interno (GOLDSTEIN, 1999).

Seyle, na década de 30, elaborou o conceito de estresse definindo-o como “a resposta inespecífica do corpo a qualquer demanda que se exerça sobre ele”. O estressor seria o agente que produz o estresse a qualquer momento. Ao desenvolvimento cronológico desta resposta chamou de síndrome geral de adaptação que consistiria de três fases, a saber: a reação de alarme; a fase de resistência e a fase de exaustão (SEYLE, 1985).

Goldstein (1999, p.29) tentando endereçar algumas destas divergências propôs conceituação mais abrangente:

Estresse é uma condição onde as perspectivas - sejam genericamente programadas, estabelecidas por aprendizado prévio, ou inferidas pelas circunstâncias - não condizem com as percepções presentes ou antecipadas do ambiente interno ou externo. Esta discrepância entre o que é observado ou sentido e o que é esperado ou programado gera um padrão de respostas compensatórias.

Desta maneira, prossegue Goldstein (1999), o organismo ao perceber a perturbação ou ameaça à homeostase lança mão de uma série de respostas que vão de modificações no metabolismo a estratégias definidas de comportamento, até:

- Aumento e facilitação de funções cognitivas, atenção e vigilância;
- Supressão de funções vegetativas inadequadas para o aumento como sono, alimentação e reprodução;
- Prontidão para o agir e estado de alerta com elevação do tônus cardiovascular, redistribuição do fluxo sanguíneo e aporte de oxigênio e nutrientes privilegiando o sistema nervoso central, órgãos nobres (coração, rins) e aparelho muscular, aumento da frequência respiratória, gliconeogênese, lipólise, midríase, aumento de plaquetas, imunossupressão.

Cunha (2001), explica que fisiologicamente, o sistema coordenador do estresse é regido por dois fatores bioquímicos de ações sinérgicas e complementares (em *feedback* positivo):

- O hormônio liberador da corticotrofina (CRH) que ativa o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) e inibe funções vegetativas além de possuir ações centrais ansiogênicas, ligadas à hiperexcitação e condicionamento aversivo;
- O sistema nervoso simpático que ao liberar noradrenalina provoca estado de vigilância e maior ansiedade, sendo o responsável pelo componente periféricos das reações de estresse.

Ao conjunto de modificações não específicas que ocorrem no organismo, diante de situações de estresse, Seyle (1985) deu o nome de Síndrome Geral de Adaptação que consiste em três fases: Reação de Alarme, Fase de Resistência e Fase de Exaustão. Não é necessário que ela se desenvolva até o final

para que haja o estresse e, evidentemente, só nas situações mais graves é que se atinge a última fase.

Reforçando o conceito de Síndrome Geral de Adaptação que foi desenvolvido por Seyle (1985): um conjunto de respostas inespecíficas que surgem no organismo diante de qualquer situação que exija da pessoa esforço para adaptação, inclusive psicossociais.

As reações de estresse resultam, segundo Maddoni (1999), dos esforços de adaptação. No entanto, se a reação ao estímulo agressor for muito intensa ou se o agente do estresse for muito potente e/ou prolongado, poderá haver, como consequência, doença ou maior predisposição ao desenvolvimento de doença. Visto que a Síndrome provoca uma série de reações no organismo e estas situações podem deixá-lo mais suscetível a várias doenças como a síndrome do pânico.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo estudar sobre a síndrome de pânico, considerando seus aspectos clínicos, de prevalência, diagnóstico e etiologia, bem como os avanços no tratamento. Para tanto, foi realizada uma revisão narrativa da literatura nas principais bases de dados existentes (MEDLINE, PsychINFO e SciELO) e em livros-textos.

È um estudo de caráter qualitativo, teve como enfoque representar de forma descritiva os principais aspectos da Síndrome/Transtorno do pânico. A primeira etapa da pesquisa incidiu no levantamento bibliográfico, com o intuito de gerar um maior entendimento sobre o assunto. Sua principal finalidade é relacionar o tema estudado com os efeitos psicológicos deletérios promovidos pela patologia, considerando-se a indubitável importância do pânico na saúde do ser humano.

A pesquisa dividiu-se em tópicos para melhor compreensão dos assuntos apresentados. Apoiada nas literaturas denominou-se primeiramente a introdução: item que revela as argumentações do tema focado, abordando a caracterização do assunto, formulação do problema, a descrição dos objetivos e a justificativa da pesquisa. No item seguinte a fundamentação teórica, versando sobre um breve estudo do pânico e as manifestações clínicas. Segue-se com a fundamentação teórica e em sequência, as considerações finais e referências bibliográficas.

O trabalho está estruturado pelas normas da ABNT, conforme as orientações recebidas nas aulas de metodologia científica e orientação da instituição.

4 CONCLUSÃO

De todos os transtornos ansiosos, o de pânico foi o transtorno mais estudado nos últimos 25 anos; no entanto, ainda existem lacunas importantes em termos de diagnóstico e classificação, etiologia e tratamento dessa condição clínica.

A prevenção de novas crises e a diminuição das complicações associadas a elas, como a ansiedade antecipatória e a evitação fóbica, são os pontos-chaves no tratamento do TP. Deve-se dar especial atenção para as comorbidades como os transtornos de humor e o uso de substâncias.

Além disso, é sabido que um dos principais fatores de risco para transtornos de ansiedade na vida adulta é a presença de transtornos ou traços de ansiedade durante a infância e a adolescência. Nesse sentido, de forma cada vez mais precoce, pesquisas atuais vêm se focando no tratamento precoce dos transtornos de ansiedade ou mesmo na prevenção em crianças de risco, como os filhos de pais com transtornos de ansiedade, por exemplo. Há poucas pesquisas investigando a eficácia dessas estratégias de prevenção; no entanto, este é um campo promissor de pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1990) *Breviários de critérios diagnósticos do DSM-III-R*. São Paulo: Manole, p.91-93.
- BAUMAN, Z. (1998) *O mal-estar na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar.
- BIRMAN, J. (1997) *Estilo e modernidade em psicanálise*. São Paulo: Editora 34.
- _____. (2001) *O mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- _____. (2001a) "Subjetividades contemporâneas", *Psychê – Revista de Psicanálise*, ano V, n.7, São Paulo, p.151-69.
- BULL, BRINGAGER C. et al A long-term follow-up study of chest pain patients: effect of panic disorder on mortality, morbidity, and quality of life. **Cardiology**. 2008;110(1):8-14.
- FORTES, I. (2003) "O masoquismo: uma figura da servidão", in: *Soberanias* (org. ÁRAN, M.). Rio de Janeiro: Contra Capa, p.75-80.
- FREUD, S. (1989) *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro, Imago Editora.
- GIOVANETTI, J. P. (1999). Desafios do terapeuta existencial hoje. In V. A. Angerami-Camon (Ed.), *A prática da psicoterapia* (pp. 163-180). São Paulo: Editora Pioneira.
- GOODWIN, R.D.; ROY-BYRNE, P. Panic and suicidal ideation and suicide attempts: results from the National Comorbidity Survey. **Depress Anxiety**. 2006;23(3):124-132
- KESSLER, R.C. et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(4):415-24.
- LIN HC, Healthcare utilization patterns before and after contact with psychiatrist care for panic disorder. **J Affect Disord**. Mar 9 2009

MENEZES, L.S. (2004) **Pânico**: efeito do desamparo na contemporaneidade. Um estudo psicanalítico. São Paulo, Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

_____. Pânico e desamparo na atualidade. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, dez. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982005000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 set. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (1994) *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde CID-10*, São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, p.341-2.

PEREIRA, M.E.C. (1999) **Pânico e desamparo**: um estudo psicanalítico. São Paulo: Escuta.

RAMAGE-MORIN PL. Panic disorder and coping. **Health Rep.** 2004;15 Suppl:31-43.

ROY-BYRNE, P.P. et al. Panic disorder in the primary care setting: comorbidity, disability, service utilization, and treatment. **J Clin Psychiatry.** 1999; 60(7):492-9; quiz 500.

SALUM, Giovanni Abrahão; BLAYA, Carolina; MANFRO, Gisele Gus. Transtorno do pânico. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 set. 2011.

SAREEN, J. et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. **Arch Gen Psychiatry.** 2005;62(11):1249-57.

SHEAR, M.K. A psychodynamic model of panic disorder. **Am J Psychiatry.** 1993;150(6):859-66.

SMOLLER, J.W. et al. Panic attacks and risk of incident cardiovascular events among postmenopausal women in the Women's Health Initiative Observational Study. **Arch Gen Psychiatry.** 2007;64(10):1153-60.

SIMPSON, R.J. Controlled comparison of the characteristics of patients with panic disorder. **Br J Gen Pract.** 1994;44(385):352-

TEIXEIRA, J.A.C. **Problemas psicopatológicos contemporâneos:** uma perspectiva existencial. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v24n3/v24n3a17.pdf>>. Acesso em: 20 de ago. 2011.

WAHRIG, G. (1980) *Deutsches Wörterbuch*. Munique: Mosaik Verlag]