



Boletim Academia Paulista de Psicologia

ISSN: 1415-711X

academia@appsico.org.br

Academia Paulista de Psicologia

Brasil

Montiel, José Maria; Bartholomeu, Daniel; Machado, Afonso Antonio; Pessotto, Fernando  
Caracterização dos sintomas de ansiedade em pacientes com transtorno de pânico  
Boletim Academia Paulista de Psicologia, vol. 34, núm. 86, enero-junio, 2014, pp. 171-185  
Academia Paulista de Psicologia  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94632921012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

• **Caracterização dos sintomas de ansiedade em pacientes com transtorno de pânico**

*Anxiety symptoms characterization in patients with panic disorder*  
*Caracterización de los síntomas de ansiedad en pacientes con trastorno de pánico*

José Maria Montiel<sup>1</sup>

Daniel Bartholomeu<sup>2</sup>

*Centro Universitário FIEO – UniFIEO/SP*

Afonso Antonio Machado<sup>3</sup>

*Universidade Estadual Paulista - Unesp*

Fernando Pessotto<sup>4</sup>

*Centro Universitário Salesiano de Americana - UniSal*

**Resumo:** Pacientes com transtorno de pânico no início dos sintomas, tendem a procurar diversas especialidades médicas, como neurologistas, cardiologistas e outros, submetendo-se a diversos procedimentos a fim de solucionar seus sintomas. Este estudo tem como objetivo caracterizar os tipos sintomas ansiosos mais prevalentes em pacientes com transtorno de pânico e caracterizar a frequência de idas a especialidades médicas decorrentes dos sintomas ansiosos, visando caracterizar os processos de resposta/cognitivas dos pacientes. Participam desta pesquisa 20 indivíduos que apresentam o diagnóstico de Transtorno de Pânico segundo os critérios da Associação Psiquiátrica Americana - DSM-IV-TR (2002) e diagnóstico estabelecido por um psiquiatra e um psicólogo. Administra-se a escala BAI e é feita uma descrição dos principais sintomas de pânico presentes nestes pacientes. As distorções cognitivas e medo de morte são as mais características e primordiais aos sintomas físicos. Sintomas ansiogênicos tendem a ocasionar em seus portadores frequentes idas a serviços de saúde em diferentes especialidades médicas, ocasionando-lhes prejuízos no funcionamento e na qualidade de vida destes pacientes. A confirmação e elucidação de características que possam auxiliar em maior compreensão deste transtorno são de grande valia para amenizar os comprometimentos psicológicos característicos de tal quadro sintomatológico.

**Palavras-chave:** ansiedade, transtorno de pânico, BAI.

<sup>1</sup> Doutor em Avaliação Psicológica pela Universidade São Francisco – USF. Professor do Centro Universitário FIEO – UNIFIEO/SP. Contato: Av. Franz Voegeli, 300 Vila Yara – Osasco/SP – Brasil – (11) 99251-2640. E-mail: montieljm@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutor em Avaliação Psicológica pela Universidade São Francisco – USF. Professor do Centro Universitário FIEO – UNIFIEO/SP. Contato: Av. Franz Voegeli, 300, Vila Yara – Osasco/SP – Brasil – (11) 98385-4762. E-mail: d\_bartholomeu@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Doutor em Educação, pela UNICAMP. Pós-Doutorado pela Faculdade de Lisboa e na Universidade do Minho. Livre-docente pelo Instituto de Biociências, UNESP - Rio Claro. Contato: Av. Franz Voegeli, 300 Vila Yara – Osasco/SP – Brasil - Fone: (11) 2606-4026. E-mail: afonsoa@gmail.com

<sup>4</sup> Doutorando em Avaliação Psicológica pela Universidade São Francisco – USF. Professor do Centro Universitário Salesiano de São Paulo – Brasil e Núcleo de Pesquisa em Saúde e Desempenho Humano – UniFIEO/SP. Contato: Av. Franz Voegeli, 300 Vila Yara – Osasco/SP – Brasil - Fone: (11) 2606-4026. E-mail: fpessotto@yahoo.com.br

**Abstract:** *Patients with panic disorders at the beginning look for medical assistance in many specialties such as neurologists, cardiologists among others and are submitted to many procedures to try to minimize symptoms impact. This study aimed to characterize the most prevalent types of anxiety symptoms in patients with panic disorder and characterize the frequency of visits to medical specialties in order to characterize the response / cognitive processes in these patients. 20 individuals diagnosed with panic disorder according to the DSM-IV-TR TM (2002) criteria by a psychiatrist and a psychologist, were studied. We administered the BAI scale and a description of the main panic symptoms in these patients was made. We ascertain that cognitive distortions and fear of death are the most primordial characteristics. Ansiogenic symptoms make patients attend health services in different medical specialties, producing impairments in their life quality and general functioning. The confirmation and elucidation of these features are of great value to mitigate the psychological impairments of such symptomatology.*

**Keywords:** *anxiety, panic disorder, BAI.*

**Resumen:** *Al inicio de la enfermedad, los pacientes con trastorno de pánico tienden a buscar diferentes especialistas médicos, como neurólogos, cardiólogos y otros sometiéndose a muchos procedimientos para intentar resolver los diversos síntomas. Este estudio visa caracterizar el tipo de síntomas de ansiedad que más prevalecen en pacientes con trastorno de pánico para observar la frecuencia de visitas a especialidades médicas para caracterizar los procesos de respuestas cognitivas de estos pacientes. Participan de este estudio 20 personas que presentan los síntomas asociados con el trastorno de pánico, según los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría - DSM-IV-TR (2002) y diagnosticados por un psiquiatra y un psicólogo. Se administró la escala BAI y se hizo una descripción de los principales síntomas de pánico en estos pacientes. Las distorsiones cognitivas y el miedo a la muerte son las más características, así como los síntomas físicos. Los ansiosos tienden a ocasionar las frecuentes visitas a diferentes servicios de salud y diversas especialidades médicas, igualmente generan más pérdidas en el funcionamiento y en la calidad de vida de estos pacientes. La confirmación y la elucidación de características que puedan ayudar a una mejor comprensión de este trastorno son de gran valor para suavizar las alteraciones psicológicas de esta sintomatología.*

**Palabras Claves:** *Ansiedad, desorden de pánico, BAI.*

## **Introdução**

Os distúrbios de ansiedade estão relacionados a um grupo de respostas emitidos pelo organismo diante de estímulos ou situações. Estas respostas emitidas pelo organismo incluem aumento da pressão sanguínea e de batimentos cardíacos, transpiração excessiva e aumento da atividade motora com agitação e rigidez muscular, alterações respiratórias, por exemplo, superficiais e rápidas,

entre outras alterações fisiológicas (Lundin, 1977). Tess (1996) aponta que a ansiedade representa um sinal de alerta que adverte sobre perigos iminentes, capacitando o indivíduo a gerar e tomar medidas para enfrentar uma ameaça, caracterizando-se por ser uma resposta a uma ameaça vaga, sem uma origem objetiva e voltada para o futuro.

Para Marks (1987), a ansiedade faz parte dos sentimentos normais de uma pessoa, tornando-se patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione. Assim, é considerada um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, sendo caracterizada por sensações subjetivas de antecipação, medo ou apreensão associadas com graus de grande excitação e reatividade autônoma (Sharma, Andriukaitis & Davis, 1995). Os distúrbios de ansiedade são definidos em função de diferentes características, de acordo com o tipo de suas manifestações episódica ou persistentes, sobre os fatores desencadeantes, problemas físicos ou psicológicos e se estão ou não associados a outros transtornos mentais ou comportamentais (Andrade & Gorenstein, 2000).

A incidência dos transtornos de ansiedade varia em função dos critérios de avaliação diagnósticos utilizados (Hoehn-Saric & Mcleod, 1988). Para Antai-Otong (2003), as manifestações dos transtornos de ansiedades são os mais prevalentes e incapacitantes dos transtornos psiquiátricos, tendendo a ocasionar em seus portadores frequentes idas a serviços de saúde em diferentes especialidades médicas, os quais comumente ocasionam prejuízos no funcionamento e na qualidade de vida destes pacientes.

Para Beck e Alford (2000) a compreensão dos distúrbios de ansiedade pela psicologia cognitiva está fundamentada no processamento de informações e atribuição de significados, sendo estes os aspectos precursores para o entendimento de comportamentos mal adaptativos. O medo, que é útil evolutivamente, para organizar e preparar o indivíduo diante de situações que exijam ataque ou fuga é inadequado em pacientes com distúrbios de ansiedade devido às suas percepções mal adaptativas, em que situações não perigosas são processadas como sendo perigosas e em que tais pensamentos perseveram com alusões a possíveis danos físicos ou psicológicos (Beck, Emery & Greenberg, 1985). De fato, expressões inadequadas de medo são as principais características dos distúrbios de ansiedade (Bear, Connors & Paradiso, 2002).

Estudos sugerem que as pessoas que desenvolvem transtornos ansiosos mantêm elementos vulneráveis cognitivos catastróficos pré-existentes e relativamente estáveis, que possivelmente as predispõem em direção ao transtorno (Dobson & Franche, 1996). Ou seja, as pressuposições de não-adequação, que levam o indivíduo a estabelecer regras inapropriadas, ativam elementos de

vulnerabilidade (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982). Assim, os padrões de pensamentos inadequados precedem os comportamentos desadaptativos (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997) e leva a alteração na percepção da intensidade ou duração de um estímulo, o que pode paralisar o indivíduo ou fazê-lo agir de maneira caótica, ocasionando dificuldades na adaptação em situações diversas.

A ansiedade intensa prejudica a capacidade de discriminação, levando o sujeito a fazer generalizações e a considerar dicas ambientais de forma excessiva e mal-adaptada (Sharma, Andriukaitis & Davis, 1995). Nos distúrbios de ansiedade a auto-imagem é distorcida, o meio ambiente é considerado como apresentando situações de risco, o futuro é caracterizado como algo incerto, fora de seu controle e como estando além das suas habilidades em lidar com tais situações (Beck & Alford, 2000). A manifestação patológica da ansiedade pode acarretar prejuízos na socialização, aquisição de conhecimentos e memória do indivíduo (Cabrera & Sponholz Jr., 2002), bem como alterações no apetite, sono e sexualidade (Kennerley, 1995). Seguindo tais apontamentos, esta manifestação patológica tende conduzir também a uma resposta não adaptativa a uma percepção ou um estímulo, seja em relação à sua intensidade ou duração; resposta essa que pode paralisar o indivíduo ou fazê-lo agir de maneira caótica, ocasionando dificuldades na sua adaptação em situações diversas.

Segundo Breitholtz, Johansson e Öst, (1999) pacientes com distúrbios de ansiedade ainda apresentam preocupação excessiva com determinadas situações (e.g., pacientes com transtorno de pânico têm grande preocupação com problemas físicos), o que comumente compromete de forma acentuada a qualidade de vida e o ajustamento pessoal do indivíduo (Mendlowicz & Stein, 2000, ; Lépine, 2001; Antai-Otong, 2003). As manifestações de sintomas ansiosos de modo paroxístico são denominadas ataque de pânico (Bernik, 1999), sendo que os sintomas surgem de forma súbita tendo um tempo estimado de aproximadamente 10 minutos. A Organização Mundial de Saúde (1993) também caracteriza ataques de pânico individuais como tendo duração de apenas alguns minutos, podendo por vezes ser mais prolongados, sendo que a frequência dos ataques e o curso do transtorno podem ser variáveis. O ataque de pânico pode ocorrer, segundo Lunoyekman (2000), devido ao estado de alerta do indivíduo, sendo mantido por circunstâncias e pelos padrões de pensamentos.

Almeida Filho e outros. (1992) relatam que os transtornos de ansiedade, especialmente o transtorno de pânico, é um dos principais problemas de saúde mental dos brasileiros que moram em centros urbanos. A manifestação sintomatológica ocorre entre adolescência e 50 anos na maioria dos diagnósticos realizados (Bear, Connors & Paradiso, 2002). De fato, a faixa etária considerada de risco para o desenvolvimento do transtorno é situada entre 15 e 54 anos no

estudo de Eaton, Kessler, Wittchen e Magee (1994) e entre 25 e 44 anos no estudo de Tucker (1997). Estudos brasileiros de incidência sugerem um risco ao longo da vida de 1,6% para esse transtorno em centros urbanos (Ribeiro, Kapezinski & Busnello, 1998). Conforme a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1993), os aspectos essenciais do transtorno de pânico são ataques recorrentes de ansiedade grave, os quais não estão restritos a qualquer situação, ou conjunto de circunstâncias em particular, sendo imprevisíveis e com os sintomas variando de pessoa para pessoa.

Assim como nos ataques de pânico, o transtorno de pânico pode estar relacionado à interpretação errônea e catastrófica feita pelo indivíduo sobre certas reações fisiológicas ou sobre eventos externos (Clark, 1986; Beck, 1987;). Ou seja, diante de reações somáticas ou psicológicas normais ou diante de determinados estímulos, o indivíduo produz uma interpretação excessivamente negativa, isto é, relacionando as sensações ou os estímulos a situações ameaçadoras. Esta avaliação da realidade como mais perigosa do que realmente é gera aumento na preocupação e na ansiedade, o que, por sua vez, ocasiona ainda maior hipersensibilidade às sensações corporais e aos estímulos externos (Breitholtz, Westling & Öst, 1998; Clark, 1988).

Em relação aos sintomas e as sensações corporais Lunoyekman (2000), aponta que no ataque de pânico ocorre uma quebra da homeostasia do indivíduo, desencadeada por experiências que ocasionem perturbações ou sensações de ameaça, gerando aumento de força e da energia para lidar com essas situações. Tais alterações na homeostase são acompanhadas de respostas orgânicas de várias partes do sistema nervoso, tais como o sistema nervoso somático, que aumenta a tensão muscular através da atividade dos motoneurônios, do sistema nervoso autonômico, que aumenta a atividade simpática promovendo maior fluxo sanguíneo em direção à musculatura e diminuindo o fluxo da pele, dos rins e do trato digestivo, e, finalmente, do sistema neuroendócrino, que, através da estimulação dos nervos simpáticos da medula adrenal, faz com que ocorra acentuada liberação de epinefrina na corrente sanguínea, ocasionando aumento da frequência cardíaca e da contração cardíaca, do fluxo sanguíneo e aumento do metabolismo. Tais alterações somáticas relacionadas aos ataques de pânico apresentam similaridades em diferentes culturas, tendo operações conducentes em sua forma tipográfica (Weissman, Bland & Canino, 1997).

Em outra vertente, estudos indicam que portadores do transtorno de pânico tendem a fazer uma associação excessiva entre estímulos relevantes e medos aversivos, sendo estes um modo poderoso de confirmação as suas expectativas

de perigo (e.g., Wiedemann, Pauli & Dengler, 2001). Ou seja, pacientes com transtorno de pânico especificamente exageram a associação entre estímulos relevantes de pânico (e.g., taquicardia, hiperventilação) e as suas consequências negativas (e.g., infarto, sufocação). Esta expectativa de contingência distorcida é específica a sintomas de pânico, não sendo observada em relação a outras sensações, e é consequência do valor ameaçador exagerado atribuído, pelo indivíduo, àquela sensação, o que tende não somente a causar o transtorno, mas também a mantê-lo. Em outro apontamento Ito (2001), descreve que a atenção e a concentração estão significativamente afetadas em pacientes com diagnóstico de Transtorno de Pânico. Acrescenta que as distorções de interpretação que ocorrem no Transtorno de Pânico podem interferir diretamente no aprendizado do indivíduo, baixando a concentração, reduzindo a geração e a percepção da fala, levando a prejuízos na capacidade de relacionar-se com o meio ambiente, à adaptação mais lenta a estímulos repetidos, e a respostas excessivas a estímulos restritos (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997).

Conforme a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1993), os aspectos essenciais do transtorno de pânico são ataques recorrentes de ansiedade grave, os quais não estão restritos a qualquer situação, ou conjunto de circunstâncias em particular, sendo imprevisíveis e com os sintomas variando de pessoa para pessoa. As características essenciais para diagnosticar o transtorno de pânico de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR<sup>tm</sup> (Associação Psiquiátrica Americana, 2002) são condizentes com a presença de ataques de pânico recorrentes e inesperados, seguidos por, pelo menos, um mês de preocupação acerca das possíveis implicações ou consequências de tais ataques, ou por uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques; os ataques de pânico não devem ser devidos aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral e não devem ser mais bem explicados por um outro transtorno mental.

Segundo os descritos por Matuzas, Jack, Andriukaitis, Olson e Hernadez (1993), o perfil psicopatológico dos pacientes com Transtorno de Pânico tem influências diretas no modo e na condução do tratamento, seja ele psicológico ou farmacológico. Roso (1997) acrescenta que, quando existem sintomas psicopatológicos agregados ao Transtorno de Pânico, o tratamento tem um prognóstico não favorável, existindo frequentemente dificuldades no tratamento. Ainda a esse respeito, Andrade, Eaton e Chilcoat (1994) reforçam que a presença de comorbidades torna o transtorno mais grave tanto em relação aos sintomas presentes, quanto em relação ao início da manifestação, que ocorre mais precocemente.

O diagnóstico do transtorno de pânico é realizado principalmente por outros profissionais que não psiquiatras ou psicólogos. Aproximadamente 10% dos indivíduos são diagnosticados quando em consultas por profissionais de saúde mental; de 10 a 30%, em clínicas médicas de neurologia, otorrinolaringologia e doenças respiratórias; e até 60% dos pacientes têm seu diagnóstico estabelecido em consultórios de cardiologia (Associação Psiquiátrica Americana, 2002). Isso ocorre porque pacientes com transtorno de pânico, no início dos sintomas de pânico, tendem a procurar diversas especialidades médicas, como neurologistas, cardiologistas e outros, submetendo-se a diversos procedimentos a fim de solucionar seus sintomas. Segundo Huffman e Pollack (2003), 25% desses pacientes procuram serviços de emergência em hospitais gerais, ocasionando procedimentos terapêuticos sem êxito, o que tende a gerar gastos incalculáveis, tanto pessoais como institucionais.

Nesse contexto, a compreensão sobre os tipos característicos de sintoma de ansiedade presentes em pacientes com transtorno de pânico bem como caracterizar a frequência de idas à médicos pode favorecer aos profissionais uma compreensão mais específica dos acometimentos de saúde decorrentes deste transtorno. Assim, este estudo teve como objetivo caracterizar os tipos sintomas ansiosos mais prevalentes em pacientes com transtorno de pânico e caracterizar a frequência de idas a especialidades médicas decorrentes dos sintomas ansiosos, visando caracterizar os processos de resposta/cognitivos dos pacientes.

## **Método**

### *Participantes*

Participaram desta pesquisa 20 indivíduos, oito do sexo masculino e trinta e dois do sexo feminino, com idade que variou de 21 a 52 anos, sendo a média de idade dos participantes de 32 anos. Os participantes apresentavam o diagnóstico de Transtorno de Pânico segundo os critérios da Associação Psiquiátrica Americana - DSM-IV-TR tm (2002) e diagnóstico estabelecido por um psiquiatra e um psicólogo.

## **Material**

### *Avaliação de ansiedade*

Para a avaliação da ansiedade foi usado o Inventário de Ansiedade de Beck - BAI (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988), que avalia sintomas característicos de ansiedade. O inventário é composto de vinte e um itens relacionados à presença de sintomas ansiosos (Cunha, 2001). Para cada item o sujeito deve escolher um dentre quatro níveis de ansiedade e a soma dos escores obtidos pode variar de 0 a 63 pontos. Um escore total de até 10 pontos indica



ausência de sintomas ansiosos; um escore variando entre 11 e 19 pontos indica uma ansiedade leve a moderada; entre 20 e 30 pontos, uma ansiedade moderada; e, entre 31 e 63 pontos, uma ansiedade grave, sendo considerado o escore de 21 pontos como indicativo da existência de ansiedade clinicamente significativa (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988). O inventário encontra-se adaptado para a população brasileira, com dados de precisão e validade (Cunha, 2001), tendo sido mantidos os mesmos escores do original para classificar os diferentes níveis de intensidade dos sintomas ansiosos.

O inventário encontra-se adaptado para o português, com dados de precisão e validade (Cunha, 2001), tendo sido mantidos os mesmos escores do original para classificar os diferentes níveis de intensidade dos sintomas ansiosos. Segundo Alchieri, Noronha e Primi (2003), a correlação entre teste e reteste variou de 0,53 a 0,56 e há evidências de validade de conteúdo por concordância com os critérios para o distúrbio de ansiedade segundo o DSM-IV-TR tm (Associação Psiquiátrica Americana, 2002). A validade convergente por correlação com o IDATE foi significativa, com  $r = 0,78$  na correlação com o aspecto Traço e com  $r = 0,76$  na correlação com o aspecto Estado. O instrumento discriminou entre grupos de indivíduos com sintomas psiquiátricos, com queixas físicas e sem queixas específicas, mostrando evidências de validade discriminante.

### **Procedimento**

Foi elucidado o objetivo do estudo e após a leitura e assinatura do termo de consentimento os participantes foram avaliados individualmente. A avaliação dos participantes ocorreu em uma sessão de avaliação para aplicação da entrevista de anamnese e do Inventário de Ansiedade de Beck - BAI (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988) que apresentassem sintomatologia como tendo transtorno de pânico com ou sem agorafobia segundo os critérios do DSM-IV-TR tm (Associação Psiquiátrica Americana, 2002), conforme dados coletados na entrevista de anamnese. Os participantes foram instruídos a julgar dentre os sintomas descritos no Inventário de Ansiedade de Beck, identificando o quanto tais sintomas incomodaram-no na última semana, incluindo na data de aplicação. O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética da Anhanguera Educacional sob o número 1038/2006.

### **Resultados e Discussão**

Os resultados obtidos após avaliação dos participantes deste estudo demonstraram que a pontuação média obtida no Inventário Beck de Ansiedade (BAI) foi de 42,15 pontos e desvio padrão 7,48. Um dos dados obtidos por meio da entrevista de anamnese refere-se ao tempo de início dos sintomas de ansiedade

os quais geravam incômodos e/ou desconfortos. Os dados indicam que a média de tempo de acometimentos dos sintomas foi de 57 meses sendo 8 meses o menor tempo e 180 meses o maior tempo de incidência sintomatológica.

Com o objetivo de verificar quais os sintomas de ansiedade mais prevalentes em pacientes com Transtorno de Pânico uma vez que esses sintomas tendem a propiciar maior comprometimento no quadro sintomatológico, foram comparados as escolhas dos itens dos participantes no preenchimento do Inventário Beck de Ansiedade – BAI, ou seja, na indicação de sintomas característicos e relacionados à ansiedade. Segundo o arrazoado teórico, as manifestações dos transtornos de ansiedades são os mais prevalentes e incapacitantes dos transtornos psiquiátricos.

Foi conduzida análise descritiva do desempenho do grupo no Inventário Beck de Ansiedade – BAI, a saber: escore total no inventário e frequência de respostas para cada item. A Tabela 1 demonstra as estatísticas. Os níveis de significância foram obtidos pela prova  $X^2$  com nível de significância de 0,05. Foi ainda feita uma simulação pela prova de Monte Carlo para testar a significância nestas condições igualmente. Esses dados sugerem que a concordância dos pacientes com pânico com as categorias mais baixas de todos os itens do BAI não difere significativamente entre os níveis 0 e 1 e 1 e 2, mas sim entre os níveis 2 e 3, refletindo uma alta e significativa incidência de concordância com níveis mais elevados nos sintomas de forma geral. Também as categorias 0 e 3 apresentaram diferenças significativas de concordância entre si. Tais dados sugerem que todos os sintomas, de modo geral na escala, foram avaliados como altamente significativos para as manifestações graves de ansiedade. Desta feita, análise item a item tende a caracterizar a importância desses sintomas nesta amostra. Assim, inverteu-se a matriz de itens e analisou-se as diferenças entre os níveis de concordância entre os itens.

Os resultados evidenciaram que sete sintomas foram considerados graves pela maioria dos participantes com transtorno de pânico. Estes foram, incapacidade de relaxar (66,67%), medo que aconteça o pior (76,19%) e nervoso (66,67%), sensações de sufocação (42,86%), tremor nas mãos (33,33%), medo de perder o controle (61,90%), medo de morrer (66,67%), assustado (66,67%) e suor não devido ao calor (33,33%). Os sintomas considerados moderados aos participantes (muito desagradável mas suportáveis) foram tremor nas pernas (61,90%), atordoado ou tonto (38,10%), palpitação ou aceleração do coração (42,86%), aterrorizado (38,10%), trêmulo (33,33%), dificuldade de respirar (38,10%), sensação de desmaio (47,62%) e rosto afoqueado (33,33%). Nenhum dos itens (sintomas) absolutamente não incomodaram os pacientes. Já os sintomas considerados leves (que não incomodaram muito) foram 4, dormência ou formigamento (57,14%), sensações de calor (42,86%), sem equilíbrio (47,62%) e

**Tabela 1** - Frequência dos sintomas do BAI em pacientes com transtorno de pânico

ITENS		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
BAI		0	0	1	1	2	2	3	3
5	Medo que aconteça o pior	0	0,00	1	4,76	3	14,29	16	<b>76,19</b>
14	Medo de perder o controle	0	0,00	1	4,76	6	28,57	13	<b>61,90</b>
4	Incapaz de relaxar	0	0,00	1	4,76	5	23,81	14	<b>66,67</b>
10	Nervoso	0	0,00	0	0,00	6	28,57	14	<b>66,67</b>
16	Medo de morrer	4	19,05	0	0,00	2	9,52	14	<b>66,67</b>
17	Assustado	0	0,00	3	14,29	3	14,29	14	<b>66,67</b>
11	Sensação de sufocação	0	0,00	6	28,57	5	23,81	9	<b>42,86</b>
7	Palpitação ou aceleração do coração	0	0,00	3	14,29	9	<b>42,86</b>	8	38,10
6	Atordoado ou tonto	2	9,52	3	14,29	8	<b>38,10</b>	7	33,33
9	Aterrorizado	1	4,76	4	19,05	8	<b>38,10</b>	7	33,33
12	Tremor nas mãos	3	14,29	5	23,81	5	23,81	7	<b>33,33</b>
21	Suor (não devido ao calor)	2	9,52	6	28,57	5	23,81	7	<b>33,33</b>
15	Dificuldade de respirar	0	0,00	7	33,33	8	<b>38,10</b>	5	23,81
13	Tremulo	0	0,00	7	<b>33,33</b>	7	<b>33,33</b>	6	28,57
18	Indigestão ou desconforto no abdômen	2	9,52	8	<b>38,10</b>	4	19,05	6	28,57
2	Sensação de calor	2	9,52	9	<b>42,86</b>	5	23,81	4	19,05
8	Sem equilíbrio	2	9,52	10	<b>47,62</b>	4	19,05	4	19,05
19	Sensação de desmaio	4	19,05	3	14,29	10	<b>47,62</b>	3	14,29
20	Rosto afogueado	4	19,05	6	28,57	7	<b>33,33</b>	3	14,29
1	Dormência ou formigamento	3	14,29	12	<b>57,14</b>	4	19,05	1	4,76
3	Tremor nas pernas	1	4,76	5	23,81	13	<b>61,90</b>	1	4,76
p		0,154		0,864		0,021			
p (Monte Carlo)		0,141		0,878		0,016			
p 0-3		0,038							
p (Monte Carlo) 0-3		0,036							

indigestão ou desconforto no abdômen (38,10%). Chama à atenção a análise do padrão de concordância entre os itens que demonstrou significância estatística pela prova de  $X^2$ . Evidenciou-se maior dificuldade de equilíbrio em detrimento do sentimento de aterrorização ( $p=0,043$ ) com altas concordâncias de um em detrimento do outro. O mesmo se observou entre tremor nas mãos e sensação de palpitação ( $p=0,035$ ). Ainda, observou-se mais relatos de sensações de calor em detrimento de dormência ( $p=0,023$ ) e de tremor nas pernas ( $p=0,039$ ). Nesse sentido, pode-se sugerir que a sensação de calor, palpitação e dificuldades de equilíbrio são os sintomas de maior relevância destacados por estes pacientes.

Conforme a bibliografia, expressões inadequadas de medo são as principais características dos distúrbios de ansiedade (Bear, Connors & Paradiso, 2002) padrões de pensamentos inadequados precedem os comportamentos desadaptativos (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997) e levam a alteração na percepção da intensidade ou duração de um estímulo, o que pode paralisar o indivíduo ou

fazê-lo agir de maneira caótica, ocasionando dificuldades na adaptação em situações diversas como apresentados nos casos graves e moderados. Nos pacientes com o transtorno de pânico, evidenciou-se uma frequência maior de sintomas que envolvem distorções cognitivas como medo de acontecer o pior, de perder o controle, dentre outros, enquanto os sintomas moderados para estes pacientes foram os físicos e os leves envolvem formigamentos e sensações de calor.

Nesses termos, o principal aspecto que incapacita tais pacientes tende a ser as distorções cognitivas, mais especificamente medos em detrimento de sintomas físicos de ansiedade. Tais resultados corroboram os apontamentos de Weissman, Bland e Canino (1997) e Lunoyekman (2000) ao mencionar a quebra da homeostasia do indivíduo, especialmente por serem desencadeadas em decorrência de experiências que ocasionem perturbações ou sensações de ameaça, gerando aumento de força e da energia para lidar com essas situações compreendidas como ameaçadoras. É importante considerar que essas alterações são corriqueiramente acompanhadas de respostas orgânicas de várias partes do sistema nervoso, tais como o sistema nervoso somático, por exemplo, aumento da tensão muscular, do sistema nervoso autonômico, por exemplo, com aumento da atividade simpática promovendo maior fluxo sanguíneo em direção à musculatura e diminuindo o fluxo da pele, dos rins e do trato digestivo. Finalmente, é oportuno mencionara a implicação do sistema neuroendócrino, com a estimulação dos nervos simpáticos da medula adrenal, conseqüentemente com a liberação de epinefrina na corrente sanguínea, ocasionando aumento da frequência cardíaca e da contração cardíaca, aumentando o fluxo sanguíneo e possibilitando aumento do metabolismo).

Tais resultados corroboram a hipótese de que indivíduos com transtornos de pânico apresentam como aspectos essenciais ataques recorrentes de ansiedade grave (Organização Mundial da Saúde, 1993) sendo especialmente sensíveis a sensações ansiogênicas, as quais tendem a prejudicar a capacidade de discriminação, levando o sujeito a fazer generalizações e a considerar dicas ambientais de forma excessiva e mal-adaptada (Sharma, Andriukaitis & Davis, 1995) e o meio ambiente é considerado como situações de risco, o futuro é caracterizado como algo incerto, fora de seu controle e como estando além das suas habilidades em lidar com tais situações (Beck & Alford, 2000).

Em outra perspectiva, o medo de estar sendo acometido por uma doença grave e não saber o que vem ocorrendo física e psicologicamente, faz com que os pacientes comumente frequentam serviços diversos da área de saúde; é sabido que um dos fatores desencadeantes de desta preocupação esta associado a duração das crises ansiosas. Neste estudo o tempo médio de duração das crises

foi de 57 minutos, estes dados podem estarem associados aos comprometimentos ocasionados pelas crises ou ataques. Tais dados corroboram com Breitholtz, Johansson e Öst, (1999) que apontam que pacientes com distúrbios de ansiedade apresentam preocupação excessiva com problemas ocasionados pelas crises e que tendem a comprometer de forma acentuada a qualidade de vida e o ajustamento pessoal dos portadores destes transtornos (Mendlowicz & Stein, 2000; Lépine, 2001; Antai-Otong, 2003).

Em relação à frequência dos participantes a serviços de saúde, a média foi de 22 vezes variando de nenhuma vez a 50 vezes. Os dados em relação aos serviços de saúde frequentados pelo participantes desde o início dos sintomas ansiosos obteve-se que 55% procuraram serviços de cardiologia; 95% de clínica geral; 5% endocrinologistas; 20% gastroentereologistas; 30% ginecologistas; 25% neurologista; 10% procuraram ortopedista e fisioterapeutas; 5% otorrinolaringologia e doenças respiratórias; 30% serviços de pronto atendimento; 70% psicólogos; 75% psiquiatras e uma pessoa nunca procurou auxílio ou atendimento médico. Esses dados demonstram que os sintomas ansiogênicos tendem a ocasionar em seus portadores frequentes idas a serviços de saúde em diferentes especialidades médicas, os ocasionando prejuízos no funcionamento e na qualidade de vida destes pacientes (Birchall, Brandon, & Taub, 2000; Antai-Otong, 2003).

### **Considerações finais**

O transtorno de pânico é definido como um distúrbio de ansiedade caracterizado por ataques de pânico recorrentes e imprevisíveis, incluindo mal-estar súbito e sensações de perigo ou morte iminente. Os resultados deste estudo demonstraram que os sintomas mais significativos neste pacientes são incapacidade de relaxar, medo que aconteça o pior, ser nervoso, sensações de sufocação, tremor nas mãos, medo de perder o controle, medo de morrer, assustado e suor não devido ao calor. Assim a maior prevalência de sintomas observados pode ser considerado como sendo um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, caracterizados por sensações subjetivas de antecipação, medo ou apreensão associadas com graus de grande excitação e reatividade autônoma (Sharma, Andriukaitis & Davis, 1995). Sendo estes componentes tendem a ocasionar desajustes e complicações pessoais e sociais como observado no tempo de duração das crises de ansiedade, ocasionando idas frequentes a especialidades médicas e serviços de saúde.

Pesquisas futuras devem ser conduzidas com maior número de sujeitos de forma a evidenciar com maior propriedade os dados obtidos neste estudo. Assim, a confirmação e elucidação de características que possam auxiliar em uma maior

compreensão deste transtorno são de grande valia para amenizar os comprometimentos psicológicos característicos de tal quadro sintomatológico.

### **Referências**

- Alchieri, J. C., Noronha, A. P. P. & Primi, R. (2003). *Guia de referência: testes psicológicos comercializados no Brasil*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo: FAPESP.
- Almeida Filho, N., Mari, J. J., Coutinho, E., França, J. F., Fernandes, J. G., Andreoli, S. B. & Busnello, E. D. (1992). Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em Áreas Urbanas Brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-APAL*, 14(3), 93 – 104.
- Andrade, L., Eaton, W. W. & Chilcoat, H. D. (1994). Lifetime Comorbidity of Panic Attacks and Major Depression in a population-based study: Symptom Profiles. *British Journal Psychiatry*, 165, 363-369.
- Andrade, L. & Gorenstein, C. (2000). Aspectos gerais das Escalas de Avaliação de Ansiedade. Em: C. Gorenstein, L. H. S. G. Andrade & A. W. Zuardi (Org.). *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. (pp. 139-144). São Paulo, SP: Lemos Editorial.
- Antai-Otong, D. (2003). Anxiety disorders: treatment considerations. *Nursing clinics of North America*, 38(1), 35–44.
- Associação Psiquiátrica Americana, (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV-TR tm*. (C. Dornelles trad.). (4ª ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Bear, M. F., Connors, B. W. & Paradiso, M. A. (2002). *Neurociências: desvendando o sistema nervoso*. (J. A. Quillfeldt, trad.). (2ª ed.). Porto Alegre, RS: ArtMed.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1982). *Terapia cognitiva da depressão*. (V. Ribeiro trad.). Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York, NY: Basic Books, Inc. Publishers.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive approaches to panic disorder. Em: S. Rachaman & J. Maser. *Panic: psychological perspectives*. Hillsdale: Erbaum.
- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck, A. T. & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. (M. C. Monteiro trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas do Sul.
- Bernik, M. A. (1999). Ansiedade Normal e Patológica. Em: Bernik, M. A. (Org.). *Benzodiazepínicos*. São Paulo: Edusp: 59 – 67.

- Birchall, H., Brandon, S. & Taub, N. (2000). Panic in a general practice population: prevalence, psychiatric comorbidity and associated disability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35(6):235-41.
- Breitholtz, B., Westling, B. E. & Öst, L. G. (1998). Cognitions in generalized anxiety disorder and panic disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(6), 567-577.
- Breitholtz, E., Johansson, B. & Öst, L. G. (1999). Cognitions in generalized anxiety disorder and panic disorder patients. A prospective approach. *Behaviour Research and Therapy*, 37(6), 533-544.
- Cabrera, C. C. & Sponholz Jr., A. (2002). Ansiedade e insônia. Em: N. J. Botega (Org.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. (pp. 251–268). Porto Alegre, RS: ArtMed.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to Panic. *Behavior Research and Therapy*, 24(4), 461–470.
- Clark, D. M. (1988). A cognitive model of panic attacks. Em: S. Rachman & J. D. Maser (Orgs.). *Panic: Psychological perspectives*. (pp. 71–89). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. Tradução e adaptação Brasileira. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Dobson, K. S. & Franche, R. L. (1996). A prática da terapia cognitiva. Em: V. E. Caballo (Org.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 493-526). São Paulo, SP: Santos Editora.
- Eaton, W. W., Kessler, R. C., Wittchen, H. U. & Magee, W. L. V. (1994). Panic and panic disorder in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 151(3), 413-420.
- Hoehn-Saric, R. & Mcleod, D. R. (1988). Panic and generalized anxiety disorders. Em: C. G. Last & M. Hersen (Orgs.). *Handbook of anxiety disorders*. New York, NY: Pergamon Press.
- Huffman, J. C. & Pollack, M. H. (2003). Predicting panic disorder among patients with chest pain: an analysis of the literature. *Psychosomatics*, 44(3), 222–236.
- Ito, L. M. (2001). Abordagem cognitivo-comportamental do transtorno de pânico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28(6), 313-317.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. (7ª ed.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Kennerley, H. (1995). *Managing anxiety. A training manual*. New York. Oxford University Press.

- Lépine, J. P. (2001). Epidemiology, disability and burden in anxiety and depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(3), 4–10.
- Lundin, R. W. (1977). *Personalidade: uma análise do comportamento*. (R. R. Kerbauy, trad.). (2ª ed.). São Paulo, SP: EPU.
- Lunoyekman, L. (2000). Neurociência – Fundamentos para a Reabilitação (C. A. Esbérard, trad.). Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. New York, NY: Oxford University Press.
- Matuzas, W., Jack, E., Andriukaitis, S., Olson, D. & Hernadez, G. G. (1993). Transtorno de Pânico, Fobias e Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Em: Flaherty, J. A., Davis, J. M. & Janicak, P. G. *Psiquiatria: Diagnóstico e Tratamento*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas. 174 – 182.
- Mendlowicz, M. V. & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 669–682.
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação internacional das doenças. Classificação dos transtornos mentais e comportamentais da CID-10*. (10ª ed.). Porto Alegre, RS. Artes Médicas.
- Ribeiro, L., Kapezinski, F. & Busnello, E. D. (1998). Uso da mirtazapina no tratamento de transtorno de pânico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(4), 194–195.
- Roso, M. C. (1997). Características do Transtorno do Estresse Pós-Traumático (PTSD) em Dez Vitimas de Acidentes e Violência em São Paulo. *Dissertação de Mestrado*. Instituto de Psicologia da USP.
- Sharma, R., Andriukaitis, S. & Davis, J. M. (1995). Estados ansiosos. Em: J. A. Flaherty, J. M. Davis & P. G. Janicak (Orgs.). *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. (2ª ed.). (pp. 148–153). Porto Alegre, RS. Artes Médicas.
- Tess, V. L. C. (1996). *Disfunções sexuais em pacientes com transtorno de pânico com e sem agorafobia*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Tucker, G. J. (1997). Distúrbios psiquiátricos na prática clínica. Em: J. C. Bennett & F. Plum (Orgs.). *Cecil tratado de medicina interna*. (20ª ed.). (Vol. 2, pp. 2204–2214). Rio de Janeiro, RJ: Ed. Guanabara Koogan.
- Weissman, M. M., Bland, R. C. & Canino G. J. (1997). The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen. Psychiatry*. (54): 305 - 309.
- Wiedemann, G., Pauli, P. & Dengler, W. (2001). A priori expectancy bias in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(5), 401–412.

Recebido: 11/09/2013 / Corrigido:14/04/2014 / Enviado a Parecerista: 20/04/2014 / Aceito: 23/04/2014.