



**INSTITUTO ESPERANÇA DE ENSINO SUPERIOR**

**BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**ELLEN LIMA FEITOSA  
SUÉLLEM PATRYCIA DA CRUZ  
TYLLARA ROCHA SOARES**

**TRANSTORNO DO PÂNICO: Fatores predisponentes nos pacientes do Centro  
de Atendimento Psicossocial em Santarém-Pará**

**SANTARÉM – PARÁ  
Outubro – 2013**

**ELLEN LIMA FEITOSA  
SUÉLLEM PATRYCIA DA CRUZ  
TYLLARA ROCHA SOARES**

**TRANSTORNO DO PÂNICO: Fatores predisponentes nos pacientes do Centro  
de Atendimento Psicossocial em Santarém-Pará**

Trabalho Acadêmico Orientado apresentado ao Instituto  
Esperança de Ensino Superior- IESPES, como requisito  
para obtenção de grau em Bacharel em Enfermagem.

Orientadora:  
Professora Alda Lima Lemos.

**SANTARÉM-PARÁ**  
Outubro – 2013

**ELLEN LIMA FEITOSA  
SUÉLLEM PATRYCIA DA CRUZ  
TYLLARA ROCHA SOARES**

**TRANSTORNO DO PÂNICO: Fatores predisponentes nos pacientes do Centro  
de Atendimento Psicossocial em Santarém-Pará**

Trabalho Acadêmico Orientado apresentado ao Instituto  
Esperança de Ensino Superior- IESPES, como requisito  
para obtenção de grau em Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_de\_\_\_ de\_\_\_\_\_.

**Comissão Examinadora**

---

Instituto Esperança de Ensino Superior-IESPES-Presidente Enf. Alda Lima Lemos

---

Instituto Esperança de Ensino Superior- IESPES - 2º Membro

---

Instituto Esperança de Ensino Superior-IESPES - 3º Membro

*Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, por me presentear com uma família maravilhosa, por me dar saúde e dedicação para concluir meu curso. A minha mãe Elenilza Maria por me apoiar em todas as fases da minha vida e não deixar-me desistir e nem fraquejar em nenhum momento, ao meu pai Joaquim Neto que me deu incentivo para estudar sempre e nunca desistir dos meus sonhos, por me apoiar financeiramente durante toda a minha vida de ensino. A minha irmã Juliana Feitosa por ter me dado conselhos quando eu mais pensei em desistir. A Enfermeira Alda Lemos por nos acompanhar durante toda a construção do meu trabalho acadêmico, à Enfermeira Veridiana Nascimento que sempre esteve ao meu lado dando-me apoio psicológico, conselhos e compreensão quando mais precisei você sempre acreditou em meu potencial.*

Ellen Lima Feitosa

*O Deus pelas oportunidades que ele vem me dando e pela força e coragem de seguir em frente. A família maravilhosa que tenho por me conceder força para não desistir e por estar presente em cada etapa dessa jornada, a minha mãe Maria Aparecida da Cruz, pelo amor, carinho, compreensão, sabedoria, paciência porque foi graças a ela consegui conquistar um dos mais belos sonhos da minha vida. Ao meu filhotinho Arthur da Cruz C. Quaresma, pelo companheirismo, carinho, amor, paciência de vim todos os dias desse ultimo semestre para faculdade com a mamãe, a minha irmã Angel Mikaely da Cruz, pelo apoio, pelos conselhos e força para eu nunca desistir do curso. Ao meu irmão Maycon Barbosa da Cruz que foi o homem da casa que me apoiou psicologicamente para enfrentar todos os obstáculos que se passaram ao decorrer do curso. A minha amiga Erika Camila Miléo que me ajudou e contribuiu no cuidar do Arthur meu filho. E claro as minhas amigas Ellem Feitosa e Tyllara Rocha pela paciência, dedicação e compreensão que estiveram comigo. Ao meu amigo Enf. Brayan Almeida Ferreira pela ajuda que nos deu ao decorrer desse trabalho. A Prof. Enf. Alda Lemos nossa orientadora por compartilhar seus conhecimentos e orientação para minha carreira profissional. E a todos contribuíram para realização desse trabalho.*

Suéllem Patricia Da Cruz

A Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada. A minha família, a minha mãe Celita Soares, ao meu Pai Odemir Soares e minha Irma Talytha Sousa que de forma especial e carinhosa me deram forças e muita coragem para prosseguir nesta longa caminhada. Ao meu primo Deputado Antonio Rocha que me apoiou nos meus deveres a ser cumpridos. A enfermeira Alda Lemos, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste TAO. As minhas amigas Francinelia Castro e Ediane Travassos pelo carinho e muito incentivo, e a todos os amigos pelo apoio constante que contribuíram direta e indiretamente.

Tyllara Rocha Soares

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos, primeiramente, a Deus, por ter nos dado a felicidade de alcançar este tão esperado sonho maravilhoso, dando-nos saúde, força, fé, dedicação nos momentos de necessidades.

Agradecemos a todos os nossos familiares, por sempre estarem ao nosso lado, apoiando-nos e motivando-nos sempre a não desistir.

Aos nossos amigos de infância, que mesmo distante, continuam vibrando com nossas conquistas; aos nossos amigos da faculdade, que nos ajudaram em todos os tempos ao decorrer do curso.

A todos os professores que passaram, no decorrer do nosso curso, obrigada pelos conhecimentos adquiridos e suas orientações em todos os trabalhos, tendo de saber ensinar e ter toda a paciência quando as dúvidas eram muitas.

Em especial a Prof<sup>a</sup>. Enf<sup>a</sup>. Alda Lemos por ter nos dado essa oportunidade para desenvolver nossos conhecimentos em Saúde Mental.

Ao nosso amigo Enf. Brayan Almeida Ferreira pela ajuda para desenvolver este trabalho e por toda a dedicação e paciência que ele teve por nós.

Enfim, agradecer a todas aquelas pessoas que, direta ou indiretamente, nos ajudaram dando aquela palavra amiga e fortificando assim ainda mais este trabalho.

*“Ser feliz é encontrar força no perdão,  
esperança nas batalhas, segurança no  
palco do medo, amor nos desencontros. É  
agradecer a Deus a cada minuto pelo  
milagre da vida”.*

*Fernando Pessoa*

## RESUMO

A síndrome do Pânico é uma doença que distingue por crises inesperadas de medo, desespero, sensação de morte como se se estivesse tendo um ataque cardíaco. Esta pesquisa teve como objetivo geral investigar os fatores predisponentes do Transtorno do Pânico nos pacientes em tratamento no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) em Santarém – Pará, no período de janeiro a junho de 2013. O Transtorno do Pânico (TP), é uma subdivisão do transtorno da ansiedade, caracteriza pela presença de ataques súbitos e recorrentes de pânico, onde envolve fatores predisponentes, sinais e sintomas característicos da doença (RANGÉ, 2010). A metodologia aplicada foi de maneira quantitativa com tipo de abordagem descritiva/documental, tendo como instrumento um formulário com 11 perguntas fechadas. A pesquisa é direcionada aos pacientes. Dos entrevistados, 76% são mulheres, a maioria constitui família, apresenta como fator predisponente a doença: 56% fator ambiental, 96% não tinham conhecimento da doença e 52% tiveram ajuda dos familiares para a busca de tratamento. Os resultados mostraram a falta de conhecimento da doença e como os fatores que desencadeiam estão ligados à vida familiar, depressão e o medo. Ressalta-se a importância da promoção à saúde para diagnóstico precoce da doença e a melhor forma de buscar o tratamento.

**Palavras-chave:** Transtorno do Pânico (TP), fatores predisponentes, Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS).

## ABSTRACT

Panic Syndrome is a disease that distinguish by unexpected crises of fear, despair, death feeling like he was having a heart attack. This research aimed to investigate the predisposing factors of Panic Disorder in patients at the Center for Psychosocial Care (CAPS) in Santarém - Pará periode in January-June 2013. Panic Disorder ( PD) is a subdivision of anxiety disorder characterized by the presence of recurrent sudden attacks of panic, which involves predisposing factors , signs and symptoms of the disease ( range , 2010) . The methodology applied was a quantitative approach with descriptive / documentary, with the instrument in a form with 11 questions semi-open / closed. The research is directed to patients and their medical records. 76% of respondents are women, most is family, presents a factor predisposing to disease 56% environmental factor, 96% had no knowledge of the disease and 52% had help from their families to seek treatment. The results showed a lack of knowledge of the disease and how the factors that trigger are attached to family life, depression and fear. We emphasize the importance of health promotion for early diagnosis of the disease and the best way to seek treatment.

**Keywords:** Panic Disorder (PD), predisposing factors, Centre for Psychosocial Care (CAPS).



## ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CAPS. AD	Centro de Atendimento psicossocial de dependentes de álcool e drogas ilícitas
CID	Classificação Internacional de Doenças
IESPES	Instituto Esperança de Ensino Superior
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizado
TAO	Trabalho Acadêmico Orientado
TAS	Transtorno de Ansiedade Social
TEPT	Transtorno de Estresse Pós Traumático
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TP	Transtorno do Pânico

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	Gênero dos Entrevistados.....	42
Gráfico 02	Idade dos Entrevistados.....	43
Gráfico 03	Perfil da Escolaridade dos Entrevistados.....	44
Gráfico 04	Estado Civil dos Entrevistados.....	45
Gráfico 05	Atividade Renumerada dos Entrevistados.....	46
Gráfico 06	Renda Familiar .....	47
Gráfico 07	Número de Filhos.....	48
Gráfico 08	Fatores Predisponentes do Transtorno do Pânico.....	49
Gráfico 09	Sinais e sintomas.....	50
Gráfico 10	Conhecimento sobre o Transtorno do Pânico.....	52
Gráfico 11	Meio de Comunicação usado para Informar sobre o CAPS.....	53

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>1 O TRANSTORNO DA ANSIEDADE</b> .....	<b>14</b>
1.1 As divisões do Transtorno da Ansiedade .....	15
1.2 O Transtorno do Pânico.....	16
1.3 Fatores Causais da Doença.....	18
1.3.1 Fatores Genéticos .....	20
1.3.2 Fatores Ambientais .....	22
1.3.3 Fator Socioeconômico .....	23
1.3.4 Fatores Familiar .....	24
1.3.5 Epidemiologia da Doença.....	25
<b>2 POLITICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL</b> .....	<b>27</b>
2.1 Centro de Atendimento Psicossocial .....	28
<b>3 TRATAMENTO DA DOENÇA</b> .....	<b>30</b>
3.1 Sinais e Sintomas do Transtorno do Pânico .....	30
3.2 Tratamento Medicamentoso.....	31
3.3 Tratamento Terapêutico .....	32
3.4 Assistência de Enfermagem no Transtorno do Pânico .....	34
<b>4 ASPECTOS METODOLOGICOS</b> .....	<b>36</b>
4.1 Tipo de Estudo e Abordagem.....	36
4.2 Local/ Contexto .....	37
4.3 Fonte de Informação .....	38
4.4 Técnicas de Coleta de Dados.....	38
4.5 Apresentação e Interpretação do Material Coletado .....	39
4.6 Aspectos Éticos .....	40
<b>5 APRESENTAÇÃO E RESULTADOS DAS ANÁLISES</b> .....	<b>41</b>
5.1 Gênero dos Entrevistados.....	42
5.2 Perfil dos Entrevistados sobre a idade .....	43
5.3 Perfil dos Entrevistados sobre a Escolaridade .....	44
5.4 Estado Civil dos Entrevistados.....	45
5.5 Atividade Remunerada dos Entrevistados.....	46
5.6 Perfil dos Entrevistados sobre a Renda Família .....	47
5.7 Perfil dos entrevistados Relacionado ao Número de Filhos .....	48
5.8 Fatores Predisponentes do Transtorno do Pânico .....	49
5.9 Sinais e Sintomas.....	50

<b>5.10 Conhecimentos sobre o Transtorno do Pânico.....</b>	<b>52</b>
<b>5.11 Meio de comunicação usado para informar sobre o CAPS.....</b>	<b>53</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>62</b>

## INTRODUÇÃO

O chamado Transtorno de Ansiedade está em grande evidência na população e provoca diversos transtornos, tanto na família quanto no próprio paciente. Este transtorno é mais conhecido por ter elevado índice de acontecimento dentre os outros transtornos psiquiátricos e causa bastante sofrimento, pois causa sensações vagas e desagradáveis.

O transtorno de ansiedade é dividido por categorias que são elas: transtorno de ansiedade generalizada (TAG); transtorno de ansiedade social (TAS) ou fobia social, fobias específicas; transtorno de estresse pós-traumático (TEPT); transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, por fim, o transtorno de pânico (TP), que é a categoria que irá ser explorada neste trabalho.

O transtorno da ansiedade está associado a comportamentos que se caracterizam por atitudes desproporcionais do ser humano. A pessoa que apresenta esta síndrome tem sintomas inesperados, apresentando falta de ar, tonturas, palpitações, suor, tremores, boca seca, sensações de asfixia, dor ou desconforto no peito, visão embaçada ou borrada, entre outros que interfere direta e indiretamente na vida desta pessoa.

O papel da enfermagem nessa pesquisa é avaliar os pacientes atendidos pelo CAPS, em Santarém, que apresentam transtorno de pânico, seus sinais e sintomas e verificar os fatores causais que proporcionaram o desenvolvimento da doença.

O objetivo central é investigar os fatores predisponentes do transtorno do pânico nos pacientes em tratamento no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), em Santarém, no período de janeiro a junho de 2013. E como específicos: relatar Conhecimentos científicos dos fatores predisponentes do transtorno do pânico; evidenciar os fatores predisponentes do TP nos pacientes em atendimento no CAPS; citar os sinais e sintomas que afligem no transtorno do pânico; relacionar o conhecimento do paciente em relação o Transtorno do Pânico e as informações emitidas sobre local de tratamento; apresentar o perfil de pacientes em tratamento do TP no CAPS.

O desenvolvimento da pesquisa tem como enfoque sobre o conhecimento dos fatores predisponentes, sinais e sintomas do transtorno do pânico, relacionando à

forma de atendimento do CAPS e o tratamento adequado para se corrigir a doença. O Centro de Atendimento Psicossocial em Santarém tem como objetivo oferecer atendimento à população, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalhador, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento laços familiares e comunitários. O tratamento inicia logo após avaliação e diagnóstico confirmado. Quanto mais cedo iniciar o tratamento, mais eficácia. Por isso, é importância identificar os sinais e sintomas e procurar com urgência o CAPS ou outro local que disponha de serviços para a melhoria deste.

No primeiro capítulo, enfatiza-se sobre os tipos de transtornos, aborda sobre a síndrome da ansiedade e suas divisões, sendo uma dessas divisões o transtorno do pânico, que apresenta, no decorrer da evolução da doença, indicativos para um possível diagnóstico e tratamento, sendo muito importante averiguar os fatores predisponentes para se avaliar o paciente como um todo.

Dando sequência, o segundo capítulo relata sobre as políticas de saúde mental, abordando sobre a reforma psiquiátrica. No Centro de Atendimento Psicossocial em Santarém - CAPS, as formas de comportamento da síndrome do pânico no contexto de vida do paciente, os possíveis sinais e sintomas no decorrer da doença, formas de tratamento indicado pelo CAPS e a assistência do enfermeiro na vida desse paciente.

O terceiro capítulo reporta-se à metodologia, cuja pesquisa e estudos foram de forma documental, com abordagem descritiva e pesquisa de campo com a abordagem quantitativa. Nossa pesquisa foi realizada no CAPS, onde obtivemos acesso aos prontuários e a pacientes cadastrados em tratamento, aplicamos um formulário direcionado aos clientes e profissionais da unidade como forma de coletar os dados. O trabalho foi desenvolvido de acordo com as normas éticas de pesquisa.

No quarto capítulo, expõe-se sobre a análise e interpretação dos resultados, através de gráficos e tabelas, em que o instrumento de pesquisa, o formulário, foi aplicado sobre dados dos prontuários e direcionado aos pacientes e enfermeiros da unidade caso não respondidos.

## 1 O TRANSTORNO DE ANSIEDADE

A ansiedade é um estado que o ser humano pode apresentar no decorrer de sua vida por vários fatores distintos. Podendo ser uma ansiedade espontânea ou provocada, dependendo do seu nível pode ocorrer de se tornar uma síndrome que se denomina de “Transtorno de Ansiedade”. Grande parte da população mundial apresenta esse transtorno, no entanto, não o percebe e/ou não tem informações quanto ao tratamento.

Segundo Kaplan (1995), a ansiedade é um estado caracterizado por uma sensação que vem acompanhada por sinais somáticos indicativos de hiperatividade do sistema autônomo. A ansiedade é um sintoma inespecífico comum que freqüentemente representa uma emoção normal.

Entende-se que o transtorno da ansiedade está associado a comportamentos que se caracterizam por atitudes desproporcionais do ser humano. A pessoa que apresenta esta síndrome tem sintomas inesperados, apresentando falta de ar, tonturas, palpitações, suor, tremores, boca seca, sensações de asfixia, dor ou desconforto no peito, visão embaçada ou borrada, entre outros que interfere direta e indiretamente na vida desta pessoa.

Sobre o transtorno da ansiedade, Sadock e Grebb (1997, p.547) consideram que:

Dentro da teoria psicanalítica, a ansiedade é vista em termos de quatro categorias principais, dependendo da natureza das conseqüências temidas: ansiedade desuperego, ansiedade de castração, ansiedade de separação e ansiedade do id ou pulsional.

Enfatiza-se que essas variedades estão em desenvolvimento, à ansiedade do id era vista como estando relacionada ao desconforto e difuso do bebê ao sentir-se esmagado por necessidade se estímulos sobre as quais seu estado de importância não lhe oferece controle. Já a ansiedade de separação refere-se ao estágio da criança um pouco mais velha, que teme a perda de amor ou mesmo abandono por seus pais.

Aponta-se que as fantasias de castração são as que caracterizam as crianças edipiana, particularmente em relação a seus impulsos sexuais em desenvolvimento que refletem na ansiedade de castração do adulto e o superego têm a função de

julgar criticamente as outras funções mentais em termos de um padrão moral de certo e errado, bom e mau, recompensa e castigo; assim como o ego, o superego é em parte consciente e em parte inconsciente.

No passado, os transtornos mentais não eram vistos como uma doença que deveria ter alguns cuidados importantes, com isso, elas se agravavam e o diagnóstico não era conhecido facilmente.

Segundo Rangé (2001, p.217):

A ansiedade patológica não foi reconhecida como uma entidade diagnóstica independente até o final do século passado. Ao contrário, era considerada comum e sem grande importância em várias doenças cardiopulmonares e gastrintestinais.

Menciona-se que o transtorno da ansiedade era comum nos pacientes, no entanto, era considerada uma doença em que não havia complicações. Com a gravidade do transtorno, começava-se a prejudicar outros órgãos do paciente e com isso o caso ia se tornando quase irreversível. A doença não era diagnosticada corretamente, com isso, era confundida com outras doenças consideradas irrelevantes, até o momento em que se tornava irreversível.

### **1.1 As divisões do Transtorno de Ansiedade**

Destaca-se que a insônia é um dos sintomas mais frequentes no transtorno do pânico de ansiedade. Observa-se que o indivíduo fica nervoso, levanta várias vezes à noite, não tem um sono tranquilo, seja por preocupação de fazer algo e que não dê certo, seja por resposta satisfatória de alguma coisa esperada, e juntando com os outros sintomas a pessoa se desgasta e se não procurar ajuda pode chegar à evoluir tal patologia.

O transtorno de ansiedade caracteriza-se por ataques de ansiedade espontâneos e pode desencadear outros transtornos que são diretamente ligados ao transtorno de ansiedade. Esse transtorno afeta o emocional do paciente, fazendo com que ele tenha sensações ruins, de medo, desespero. E esse transtorno tem varias subdivisões que são consequências da ansiedade.

Segundo Timby e Smith (2005, p. 130), alguns exemplos de transtornos de ansiedade incluem o transtorno de ansiedade generalizada, o transtorno do pânico, transtornos fóbicos, transtorno do estresse pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo.



Considera-se que o transtorno de ansiedade tem diversas divisões. Ele dá origem a vários outros transtornos que têm os mesmos princípios, mas com um bom diagnóstico, percebe-se a diferença das doenças. Porém, todos têm seu surgimento e consequência direta do transtorno de ansiedade.

A ansiedade tem uma resposta fisiológica. Ansiedade é um sinal de alerta, que serve para avisar sobre um perigo iminente e possibilita a tomada de medidas para enfrentar a ameaça. Com isso vem o medo, que tem um sinal de alerta similar, que se distingue da ansiedade por ser uma resposta a uma ameaça conhecida. A ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida, interna, vaga ou conflituosa.

## **1.2 O Transtorno do Pânico**

A Síndrome do Pânico é uma doença que se distingue por crises que chegam, sem avisar, inesperadas, de medo e desesperos. A pessoa tem a sensação de morte no momento de uma crise, como se estivesse tendo um ataque cardíaco, o coração dispara, sente falta de ar e tem sudorese abundante. O indivíduo que sofre com a síndrome do Pânico vive momento de terror durante as crises, ainda mais nos intervalos entre uma a outra.

Em relação ao Transtorno do Pânico Rangé (2010, p.28) relata que:

A síndrome do pânico é um transtorno de ansiedade que se caracteriza obrigatoriamente pela presença de ataques súbitos e recorrentes de pânico. Contudo, pode se também que alguns desses ataques ocorram em lugares ou situações em que já aconteceram anteriormente, ou até mesmo que sejam disparados a partir de alguma situação específica, o que é muito comum nos quadros de fobia.

Ressalta-se que, no Pânico, o corpo reage como se estivesse frente a um perigo, porém não há nada visível que possa justificar esta reação. A pessoa reage com ansiedade frente às sensações de seu próprio corpo, há um estranhamento e um grande susto em relação ao que é sentido dentro da pele. É comum a pessoa passar a restringir a sua vida a um mínimo, limitando toda forma de estimulação para tentar evitar que o ataque volte. Assim, a pessoa pode evitar sair de casa, ir a lugares específicos, evitar algumas atividades, privando-se de muitas experiências, o que começa a comprometer a sua vida pessoal e profissional.

O paciente que sofre com transtorno do Pânico costuma ter tendência de preocupações excessivas com problema do cotidiano, têm um bom nível de criatividade, excessiva e necessidade de estar em controle da situação, ele tem expectativas altas, pensamentos rígidos, são competentes e confiáveis.

O Transtorno do Pânico (TP) caracteriza-se por ataques espontâneos e inesperados de pânico que pode vim a acontecer várias vezes ao dia ou até mesmo poucas vezes ao ano, dependendo da gravidade do transtorno presente no paciente. (Sadock e Sadock, 2007).

Considera-se que, nessa apresentação do transtorno do pânico, os pacientes vivem ansiosos com medo dessas graves crises. Por serem ataques inesperados, então eles não sabem em qual proporção e quantas vezes podem manifestar. O Transtorno do Pânico vem a ser uma forma de ansiedade, porém mais grave. O diagnóstico se torna mais complicado, pois os sinais e sintomas variam de pessoa para pessoa, e isso influencia na forma de diagnosticar a doença e acaba sendo diagnosticada de forma errada.

Segundo Dalgalarondo (2008, p.305) “as crises são de início abrupto (chegam ao pico em 5 a 10 minutos) e de curta duração (duram geralmente não mais que uma hora)”.

Entende-se que quando está acontecendo o ataque, o paciente fica com a sensação de que sua cabeça está muito leve, que o seu próprio corpo é algo desconhecido. Com isso o medo e o desespero aumentam, no entanto essas crises são rápidas e não ultrapassam uma hora de acontecimento nos casos mais graves, mas poderão ocorrer várias vezes ao dia.

Sobre a síndrome do pânico Range (2000, p.30) relata que:

A síndrome do pânico é um transtorno de ansiedade que se caracteriza obrigatoriamente pela presença de ataques súbitos e recorrentes de pânico. Contudo, pode ser também que alguns desses ataques ocorram em lugares ou situações em que seja disparado a partir de algumas situações específicas, o que é muito comum nos quadros da fobia.

Destaca-se que o transtorno do pânico é um problema sério de saúde. Este distúrbio é nitidamente diferente de outros tipos de ansiedade, caracterizando-se por crises súbitas, sem fatores desencadeantes aparentes e, frequentemente, incapacitantes. Depois de ter uma crise de pânico, por exemplo, enquanto dirige, fazendo compras em uma loja lotada ou dentro de um elevador - a pessoa pode

desenvolver medos irracionais (chamados fobias) destas situações e começar a evitá-las.

Outro aspecto levantado que se nota é que o nível de ansiedade e o medo de uma nova crise podem atingir proporções maiores, a pessoa com o transtorno do pânico pode se tornar incapaz de dirigir ou mesmo pôr o pé fora de casa. Quando chega a esse estágio, pode-se dizer que a pessoa tem transtorno do pânico com agorafobia. Com isso, o distúrbio do pânico pode ter um impacto tão grande na vida cotidiana de uma pessoa como outras doenças mais graves, a menos que ela receba tratamento eficaz e seja compreendida pelos demais.

O transtorno do pânico apresenta-se de forma repentina, com a presença de alguns sinais ou sintomas, que até o momento vêm a ter diferentes explicações para seus surgimentos. Com a frequência desses episódios, alguns pacientes ficam assustados, no entanto se acomodam. Outros, por sua vez, procuram ajuda médica, realizam diversos exames, mas não conseguem encontrar uma resposta exata, pois a causa desses sinais e sintomas vem a ser um transtorno mental.

De acordo com Rangé e Borba (2008), o transtorno do pânico apresenta-se inicialmente de forma gradual, com poucos ataques e intensidades baixas, no entanto, com o passar do tempo pode gerar um progressivo aumento na insegurança relacionada à possibilidade de controlar ataques futuros.

Salienta-se que o pânico inicialmente é igual a outras doenças: começa de forma lenta, com poucas complicações, sem muitos ataques e quando acontecem é de forma quase imperceptível e pouco prejudicial. Quando não há o tratamento no princípio, a situação começa a se complicar e os pacientes ficam com pânico até de ficarem sozinhos em um ambiente ou com pessoas desconhecidas.

A respeito disso, afirma-se que com a progressão da doença, os ataques podem tornar-se frequentes e graves, que os pacientes são orientados a não saírem sozinhos, pois poderá até ocorrer o fato de suicídio.

### **1.3 Fatores Causais da Doença**

Por ser um ataque súbito, o paciente encontra-se sempre com medo de ficar sozinho, sair nas ruas, por isso ele sempre procura a presença de alguém com o pensamento e esperança de que esse acompanhante o ajude em caso de alguma

crise para levá-lo ao médico, tirá-lo do ambiente em que se encontra, tomar alguma providência ou até mesmo acompanhá-lo até sua casa. Porém, em crises mais graves, torna-se mais difícil de controlar os ataques, como simples atos de passar por túneis, andar de ônibus e/ou trens, elevador, nesses casos é melhor evitar os riscos de ataques.

Conforme Cordeiro (2007), alguns pacientes desenvolvem ansiedade antecipatória e esquiva fóbica em consequência de repetidos ataques. Eles passam a ter novos episódios e acabam evitando todas as situações e ou locais que possam desencadear as crises. O transtorno do pânico pode vir acompanhado de agorafobia, que é o medo de estar sozinho em locais públicos, de onde uma rápida saída é difícil, caso ocorra um ataque de pânico.

O cérebro humano começa a se desenvolver no decorrer das experiências de vidas vividas. Uma criança começa a desenvolver sua personalidade ligada às experiências vividas e apresentadas pelas pessoas que a acompanham diariamente.

As crianças necessitam das mães para desenvolver suas necessidades mentais e rotineiras. Crianças que não têm um bom acompanhamento dos pais no momento do desenvolvimento, futuramente se tornarão adultas ansiosas, inquietas, com pensamento centralizado, muito agitado, sintomas principais de um início de um transtorno do pânico.

Segundo Davidoff (2001), no transtorno do pânico, o fator genético e familiar tem grande destaque nos principais fatores causais. No entanto, com a modernidade, novas causas estão surgindo, “pesadas cargas de estresse, talvez separação dos pais, conflitos traumáticos, combates ou prisão”, causas que estão aumentando e agravando os casos de transtornos do pânico diagnosticados.

Enfatiza-se que com a modernidade, os casos de TP têm aumentado exageradamente. A correria do dia-a-dia faz com que as pessoas tenham seus dias mais cheios e assim o aumento de estresse se torna presente e, conseqüentemente, alguns transtornos começam a se manifestar com o passar do tempo.

Segundo Sadock e Sadock (2007, p.640) "vários estudos verificaram que os parentes de primeiro grau de pacientes afetados têm um risco de 4 a 8 vezes maior para transtorno de pânico do que os parentes de primeiro grau de outros pacientes psiquiátricos".

Entende-se que a ligação genética para o transtorno do pânico é muito mais forte do que para outros transtornos psiquiátricos. Ou seja, a probabilidade de um filho herdar o TP dos pais é grande, e isso irá manifestar-se em algum momento da vida. Porém, com o diagnóstico do TP nos pais, podem ser tratados e administrados os sintomas do transtorno, e com a criação no desenvolvimento da criança o TP poderá não se manifestar no filho ou vim a acontecer de forma lenta.

Segundo Teixeira *et al.* (2001,p.105), “as primeiras crises podem surgir numa situação de estresse ou por doenças físicas, quando os mecanismos de defesa encontram-se debilitados”.

Destaca-se que existem várias causas para o surgimento das primeiras crises do TP, muitas vezes elas estão relacionadas umas as outras. Doenças de saúde, psicológicas, família, trabalho, ambiente do dia-a-dia são alguns exemplos que com o agravo pode evoluir para o transtorno do pânico.

### **1.3.1 Fatores Genéticos**

O transtorno do pânico ainda não tem uma explicação científica concreta para seu surgimento. Muitas teorias e estudos foram feitos e alguns comprovados. O fator genético é uma teoria que é levada muito a sério, pois bastantes casos foram detectados em mais de uma família.

Segundo Kaplan,Sadock e Grebb (1997 p.555), “Vários estudos descobriam um aumento de quatro a oito vezes no risco para transtorno de pânico entre os parentes em primeiro grau de outros pacientes psiquiátrico”.

Considera-se que transtorno do pânico estar cada vez mais diagnosticado nos casos, o fator genético é um principal fator predisponente desse tipo de transtorno. Casos mais frequentes são observados em pessoas com grau de parentesco próximo normalmente de 1ª grau. Sabemos que o fator genético é muito importante para ter um transtorno do pânico. Apesar de não haver um fator específico para prevenir o problema, algumas mudanças podem ajudar o indivíduo a evita-lo. O fator genético vem se aumentando cada vez mais devido o aumento de pessoas que vem adquirindo qualquer tipo de transtorno.

Segundo Filho, Bueno e Narde (2001), a ocorrência do TP em parentes de primeiro grau do paciente afetado é de aproximadamente 15% a 17%. A ocorrência

para parentes de segundo grau já é uma possibilidade mais distante, ou seja, pouco provável de ocorrer, no entanto, não é um caso impossível, pois não se tem uma explicação exata de como acontece geneticamente a doença.

Menciona-se que até o momento ainda não se sabe qual a origem real para o TP, se é erro cromossômico, ou qual a transmissão. No entanto, sabe-se que a probabilidade de consequência do TP em gêmeos idênticos é muito maior do que em irmão não gêmeos.

A respeito disso, nota-se que quanto mais aproximação familiar de parentesco existir mais será a probabilidade de herdar o transtorno do pânico. Em casos de gêmeos monozigóticos, a probabilidade torna-se muito maior, a aproximação genética dos dois é grande, com isso, a chance de adquirir a doença também aumenta.

Segundo Espínosa (2000, p. 26), “A herança genética é, sobretudo, uma potencialidade que desenvolve num ou noutro sentido após o nascimento, conforme sejam as relações entre crianças e pessoas que o rodeiam”.

Relata-se que a herança genética desenvolve sempre após o nascimento da criança. Tudo isso irá influenciar se alguém dos seus familiares teve ou tem algum tipo de transtorno mental e se essa criança poderá também ter algum tipo de transtorno ou não. O bom relacionamento com seus familiares são necessários, pois essa criança tem que ter um bom apoio familiar como o adulto também, pois, sem o apoio da família, o paciente que sofre com algum transtorno não consegue fazer seu tratamento adequado.

### **1.3.2 Fatores Ambientais**

Se levarmos uma história de vida de um paciente que sofre da síndrome do TP, há muitas relações complexas que quando sozinho o indivíduo pode-se desenvolver a doença devido qualquer alteração ambiental. Imagine-se ainda que no passado essa resposta possa adquirir a função do estímulo sinalizador para que o indivíduo emita resposta (encobertas); resposta juntamente com as encobertas podem adquirir a função do estímulo sinalizador para que o indivíduo emita resposta de desculpas. Os fatores que mais desenvolvem são os genéticos, familiares, socioeconômico, social e ambiental; eles contribuem muito para o aparecimento dos

sintomas de ansiedade, muitas vezes durante a infância e com manifestações variáveis durante o ciclo vital.

Conforme Espínosa (2000, p. 30), “Considera-se aqui todos os fatores do ambiente que supõem crises ou mudanças para o indivíduo que poderiam desencadear uma perturbação”.

Salienta-se que o fator ambiental desencadeia qualquer tipo de transtorno envolvendo a TP, esses fatores não produzem os mesmos efeitos em todas as pessoas, de forma que se repercute vai depender da vulnerabilidade do indivíduo, devido as condições pessoais prévias, o seu equilíbrio pessoal e os recursos com que conta numa situação concreta com que se envolve também ao longo do tempo, a sua realidade física, a sua estrutura psicológica e a sua interação com o meio ambiente.

“Quando as pessoas mudam do meio onde vivem, estão sujeitas a alguns agravos que podem resultar em problemas de saúde” (ESPÍNOSA, 2000, p. 30).

Destaca-se que as mudanças de meio ambiente pode prejudicar demais o psicológico de uma pessoa, os agravos podem ser estendidos pelo fato de o psicológico estar tão abalado. Podemos analisar que não pode ser suficiente um só aspecto da realidade de um indivíduo para desencadear uma perturbação psíquica, mais sim um conjunto de fator que confluem num momento da sua vida. Embora dependendo do tipo de meio ambiente, pode ser mais evidente a influência de um ou de outro.

Para Borba, Schwartz e Kantorski (2008, p. 482), a sobrecarga financeira é expressa pela dificuldade do paciente em manter vínculo empregatício ou mesmo ingressar no mercado de trabalho após a manifestação da doença, este encontra muita dificuldade para produzir economicamente.

Ressalta-se que a dificuldade do portador de sofrimento mental em conseguir inserir-se no mercado de trabalho está muito próximo das questões do preconceito. Hoje em dia quando um chefe faz entrevista com seu futuro secretário, ele analisa tudo até mesmo o seu jeito ansioso. A pessoa que tem o transtorno quando consegue ter direito a um benefício financeiro, pode até minimizar os problemas gerados pela impossibilidade do grupo família, para isso à família tem que dar apoio a essa pessoa, porque ela já está se sentindo descartada no mercado de trabalho e se a família não apoiar e ajudar ele vai entrar em vários outros transtornos.

Podemos analisar que algumas pessoas podem passar por um problema financeiro em sua vida, mas há pessoas que já estão com seu psicológico afetado por problema, com isso os problemas vão acumulando e os sintomas e crises podem aparecer. O paciente que não consegue emprego pelo preconceito ou por outros motivos poderá ter o apoio do CAPS. Salienta-se, então, a importância do CAPS e das iniciativas de oficinas de geração de renda, uma vez que estas resgatam a autoestima dos usuários, mostrando que são capazes de aprender e produzir.

### **1.3.3 Fator Socioeconômico**

Nos dias atuais, os seres humanos estão expostos a muitos tipos de perigos e ameaças, relacionamentos e a vida em sociedade. Em situação como essas, embora o perigo seja real, ele não vem sob a forma de uma ameaça física, mais sim de ameaça ao bem-estar subjetivo de uma forma geral. Nesse caso, a reação de ansiedade acaba sendo disfuncional, já que a que a forma adequada de lidar com tais perigos não resolve fuga nem luta física, mais o emprego de habilidades sociais e de raciocínio, que podem ser inibidas pela ansiedade.

“As desavenças conjugais, as dificuldades financeiras e alguns sintomas depressivos, como suicídio, podem ser compreendidos pela “síndrome de desvalorização” que estes pacientes sofrem”. (FILHO; PORTELA, 2001 p.135).

Considera-se que os problemas conjugais podem interferir bastante nos transtornos psicológicos assim como a questão financeira, as pessoas que passam por esses problemas em casa, no trabalho ou em outro lugar podem ter várias complicações psicológicas, por isso, se o paciente que estiver em acompanhamento com um psicólogo, poderá diminuir a possibilidade de ter algum tipo de transtorno; isso não implica a todos mais pode minimizar. Com esses problemas afetivos e financeiros, o paciente pode se sentir muito desvalorizado, sem vontade de sair, de fazer as coisas, pensa que tudo não dá certo para ele. Então há que se trabalhar com esse paciente, orientá-lo de que tudo passa e que isso é só um momento na sua vida e todos podem passar por esse processo.

Segundo Borba, Schwartz e Kantorski (2008, p. 482), “A sobrecarga financeira é expressa pela dificuldade do paciente em manter vínculo empregatício



ou mesmo ingressa no mercado de trabalho após a manifestação da doença, pois este encontra muita dificuldade para produzir economicamente”.

Menciona-se que a dificuldade financeira para o paciente que sofre de transtorno do pânico dificulta muito o paciente a ter vínculo empregatício, hoje em dia um chefe de empresa não quer contratar uma pessoa que ta em algum tipo de transtorno. A sobre carga financeira em casa com sua família envolve muito porque esse paciente irá carregar essa carga financeira todo tempo na cabeça. Se sua condição financeira estiver boa esse paciente não vai ficar com seu psicológico tão abalado.

#### **1.3.4 Fatores Familiares**

Com o impacto do diagnóstico, a necessidade de adaptação à nova situação, o estigma social, a dependência e as implicações do quadro clínico podem produzir sobrecarga, conflitos, sentimentos ruins, perda de controle e medo, com tudo isso a família vivencia uma situação de desgaste. Nos últimos anos, vem se agitando a respeito do peso da influência que a família tem, direta e indiretamente, nas atitudes e nos comportamentos dos jovens em sociedade, bem como sua organização e estruturas internas, sendo assim foco ou interesse nos estudo da ciência humana e social.

Ao analisarmos a convivência com o transtorno mental implica várias dificuldades como: problemas no relacionamento com familiar, estresse por conviverem com o humor instável e a dependência dos portadores de sofrimentos psíquicos, bem como o medo de recaídas e comportamentos no período da crise. Então a família é primordial; ela é o ponto seguro desse paciente, pois sem os familiares a pessoa que sofre desse transtorno terá dificuldade de conseguir um bom sucesso em seu tratamento.

Para Borba, Schwartz, Kantorski (2008, p. 508). “Com relação à situação conjugal, a TP e a Depressão parece ser mais frequentes entre pessoas divorciadas ou separadas, do que entre solteiro e casado”.

Menciona-se que podemos analisar em estudos que as pessoas que sofrem mais de dois eventos vitais de ansiedade têm duas vezes mais chances de apresentar transtorno psiquiátrico maior do que a que não tiveram nenhum evento

no último ano. A maioria desses eventos foi causada pela separação conjugal, perda por morte de um ente querido, perda de emprego, acidente com lesão corporal, assalto.

A família é o primeiro sujeito que referencia e totalizada a proteção e a socialização dos indivíduos, independente dos múltiplos. Uma separação conjugal pode trazer muitas complicações, com isso a pessoa pode apresentar vários tipos de transtorno e um deles vem ser o Transtorno do Pânico.

### **1.3.5 Epidemiologia da Doença**

O transtorno do pânico é uma doença crônica que afeta um número significativo na população mundial e acomete principalmente em mulheres na idade entre 21 a 40 anos. O TP tem início tipicamente na fase final da adolescência ou início adulta, mas pode se manifestar na infância. O início é raro após os 45 anos de idades. Parentes em primeiro grau de indivíduos portadores de TP apresentam uma chance de quatro a sete vezes maiores de desenvolvimento da síndrome do TP.

Para Filho e Portela (2001, p. 133),

O transtorno de pânico tem prevalência de 1,5% a 2% da população. A proporção entre os sexos é de duas mulheres para um homem. Desenvolver-se mais frequentemente em adultos jovens, com idade média de apresentação em torno dos 25 anos de idade, podendo iniciar-se em qualquer idade.

Ressalta-se que o transtorno do pânico manifesta-se normalmente entre o final da adolescência e o início da vida adulta, e o primeiro ataque acostuma ocorrer fora de casa. É rara a manifestação na infância e depois dos 45 anos. É interessante notar que as pessoas com transtorno de pânico têm uma oportunidade de quatro a sete vezes maior de desenvolver esse transtorno. Podemos analisar que a população que mais atinge são mulheres e que esse transtorno poderá se iniciar em qualquer idade de sua vida.

Segundo Kaplan (1995, p. 318), “A prevalência vitalícia do transtorno do pânico está entre 1,5 e 2 % da população”.

Afirma-se que os estudos epidemiológicos esta entre 1,5 e 2% da população. Sabe-se que as mulheres têm uma propensão de duas a três vezes maiores do que em homens. O transtorno do pânico desenvolve-se mais comumente na idade a adulta jovem e inicia por volta de 25 anos de idade, mas esse transtorno pode desenvolver em qualquer idade, porém ele também tem sido descrito em crianças e adolescentes, sendo provavelmente subdiagnosticado sabendo que a idade mais fácil de diagnosticar é a partir de 25 anos.

## 2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL

Em 1990, o Brasil torna-se signatário da Declaração de Caracas a qual propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica, e em 2001, é aprovada a Lei federal 10.216 que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2013).

Enfatiza-se que dessa lei origina-se a Política de Saúde mental a qual, basicamente, visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando, assim, a lógica das intervenções de longa permanência que trata o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade como um todo.

A política de Saúde Mental no Brasil promove a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se deem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração. Além disso, essa política visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território, a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos e, ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho da cultura e lazer

Segundo Alves (2013), a partir da promulgação da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras mentais e redirecionada a modelo assistencial em saúde mental, o Brasil entrou para o grupo de países com uma legislação moderna e coerente com a diretrizes da Organização Mundial da Saúde.

Concorda-se com o autor, que se a lei indica uma direção para a assistência psiquiátrica e estabelece uma gama de direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, regulamenta as internações involuntárias, colocando-as sob a supervisão do Ministério Público. A Reforma Psiquiátrica é entendida como processo social completo, que envolve a mudança na assistência de acordo com os novos pressupostos técnicos e éticos, a incorporação cultural desses valores. As Políticas Públicas de Saúde Mental visam a elaborar leis que contribuam para a melhoria no

atendimento dos serviços e benefícios para os usuários, transformando aquilo que é individual em ações coletivas, garantindo, assim, seus direitos sociais.

As práticas em saúde mental são responsabilidade social e devem se relacionar ao desenvolvimento histórico da sociedade. Na Conferência Nacional, são discutidas Políticas Públicas que têm como objetivos a melhoria dos serviços, construções de novos CAPS.

## **2.1 Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS)**

O CAPS I: São serviços para cidades de pequeno porte, que devem dar cobertura para toda clientela com transtornos mentais severos durante o dia (adultos crianças/adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas). Caps II: São serviços para cidades de médio porte e atendem durante o dia clientela adultas. CAPS III: São serviços 24 horas, geralmente disponíveis em grandes cidades, que atendem clientela adulta. CAPSi: São serviços para crianças e adolescentes, em cidades de médio porte, que funcionam durante o dia. CAPS ad: São serviços para pessoas com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas, geralmente disponíveis em cidades de médio porte. Funciona durante o dia. Esses são os tipos de CAPS e a função de cada um deles.

Conforme Brasil (2013). Os CAPS podem ser de tipo I,II,III, CAPSi e CAPSad, é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, é o local de referência e tratamento para as pessoas que sofrem de transtornos mentais.

Entende-se que existem três tipos de CAPS, diferentes cada um com seu tipo de clientela diferenciada (adultos, crianças, adolescentes e usuários de álcool e drogas) a dependente do contingente populacional a ser cobertos (pequeno, médio e grande porte) e do período de funcionamento (diurno ou 24 horas).

De acordo com Brasil (2004, p. 29), “Um dos objetivos dos CAPS é incentivar que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano do serviço”.

Menciona-se que os familiares são muitas vezes o elo mais próximo que os usuários tem com o mundo e por isso são pessoas muito importante para o trabalho no CAPS. Os familiares podem participar do CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também praticando diretamente das atividades do serviço, tanto interna como nos projetos de trabalho e ações

comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelo CAPS como parceiros no tratamento.

A presença no atendimento oferecido aos familiares e nas reuniões e assembleia, trazendo dúvida e sugestões, também é uma forma de os familiares participarem, e conhecerem o trabalho do CAPS, e passarem a envolver de forma ativa no processo terapêutico. Os familiares também têm criado associações, com os outros familiares ou usuários que podem ser importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos.

Se os CAPS não forem implantados em 90 dias, os recursos recebidos deverão ser devolvidos ao MS. Os incentivos serão transferidos, em parcelas únicas, aos respectivos fundos dos Estados, municípios e do Distrito Federal, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média e alta complexidade (BRASIL, 2013)

Relata o autor que a verba que será enviada para abertura do CAPS não for aplicada em 90 dias terá que ser devolvida novamente ao Ministério da Saúde em apenas uma só parcela, que será transferido novamente para o Estado, municípios e do Distrito Federal. Sabendo que essa verba será própria apenas para abertura do CAPS, para atender melhor todos os pacientes que necessitam de um bom tratamento mental.

### **3 TRATAMENTO DA DOENÇA**

#### **3.1 Sinais e Sintomas do Transtorno do Pânico**

Os primeiros sinais e sintomas frequentemente são espontâneos e não estão relacionados a qualquer estressor identificado, embora um maior estresse durante os períodos anterior do início dos sintomas frequentemente possa ser identificado. O ataque de pânico inicia rapidamente com sintomas físicos, levando a uma progressão de medo intenso seguido de um comportamento de abandono e busca de ajuda.

Os sinais e sintomas mais frequentes em pessoas com o transtorno do pânico são: a palpitação, coração batendo mais forte ou acelerado; a sudorese; tremores e abalos; sensações de aperto; dor ou desconforto no peito; náuseas ou dor abdominal; sentir-se atordoado, tonto, inseguro; desrealização (sensação de irritabilidade); medo de perder o controle; medo da morte; sensações de ouvir zumbidos e calafrios (GARDNER; BELL, 2004, p.37).

Considera-se que o paciente que tem o TP tem pensamentos assustadores também acompanhados com todas essas sensações físicas. Os pensamentos normalmente definem-se como uma ideia ou um processo que elabora ideias, têm uma atuação muito grande no plano real. E carrega a possibilidade de transformar-se em ação e de modificar diretamente a realidade. Esses sintomas fazem com que o paciente que sofre desse transtorno tenha vários pensamentos assustadores como os de não mais conseguir controlar as suas sensações, desmaiar, estar tendo ataque cardíaco. Com todos esses sintomas, o paciente que sofre da síndrome do pânico acha que está com outro problema, mas nunca imaginam que poderá ser um transtorno, o primeiro profissional que ele procura é o cardiologista pelo fato de achar que esta tendo um ataque cardíaco.

Para Kaplan e Sadock (1995, p.319), “Após múltiplos ataques, o paciente aprende a prevê-los e evitar as situações que podem precipitá-los (agorafobia)”.

Entende-se que com vários ataques do TP o paciente começa a ficar excluído da sociedade devido ao medo do ataque, com isso ele irá aprender e evitar qualquer

tipo de situação. O paciente que passa por esse problema normalmente tem o TP e Agorafobia.

“Assim como os sintomas de ansiedade, os ataques de pânico podem ou não estar associado a estímulos adequados” (GARDNER; BELL, 2004, p.35).

Relata o autor que os sintomas de ansiedade podem ser de um estímulo adequado de pânico tirado de uma experiência pessoal. Então podemos analisar que a ansiedade pode vir a qualquer momento seja ela avançada ou não, dependendo do tipo de compromisso. Hoje em dia é difícil um ser humano não ter ansiedade pode ser ela leve ou grave.

### **3.2 Tratamento Medicamentoso**

O transtorno do pânico por se caracterizar pela presença de ataques súbitos, espontâneos, inesperados, muitas vezes pode ser confundido com outras doenças. Com isso, diversos exames devem ser realizados para descartar a possibilidade de serem outros transtornos ou síndromes.

Segundo Rangé (2011, p.251), “o objetivo do tratamento do transtorno do pânico não é apenas suprimir os ataques de pânico, mas também reduzir a esquiva fóbica, a ansiedade antecipatória e a hipervigilância em relação a sintomas corporais de ansiedade”.

Comenta-se que a TP, por ser um transtorno que envolve vários sintomas relacionados ao humor e a ansiedade do paciente, o tratamento medicamentoso não agirá somente para tratar o pânico, mas também ira controlar a ansiedade, os ataques de fobias, reduzir os sinais e sintomas. Esse tratamento deve ser realizado corretamente ligado à prescrição medica, não podendo ser interrompido, pois caso venha acontecer, a interrupção do tratamento terá que ser reiniciado e deve durar no mínimo um ano.

Segundo Egidio e Nardi (2000, p.136) considera que

Os benzodiazepínicos (clonazepam, alprazolam, clonazepam, lorazepam, etc), inicialmente eram considerados ineficaz. Apenas na década de 80 observou-se que a eficácia depende da potência em miligramas e da dose. Teoricamente, todos os benzodiazepínicos são eficazes no tratamento do transtorno do pânico, mas, se, por exemplo, tratarmos de um paciente com um medicamento de benzodiazepínico, pouco potente em miligramas (clonazepam, clordiazepóxido ou diazepam) necessitaremos de doses altas e os efeitos indesejáveis não serão suportados.



Nota-se que os benzodiazepínicos não eram eficazes para os tratamentos de transtorno de pânico. A partir da década de 80, foi constatado que o funcionamento deles para garantir eficácia necessitava-se de doses elevadas para realizá-la o tratamento que se mostrou eficaz com esse tipo de tratamento.

### **3.3 Tratamento Terapêutico**

O tratamento terapêutico é uma ferramenta clínica que é utilizada para reabilitar o psicológico dos pacientes envolvendo diretamente paciente, família, vida social e equipe multidisciplinar.

Esse tratamento para o transtorno do pânico é indicado para pacientes em crises aguda e crônicas, pois junta o tratamento com o cotidiano do paciente, concilia o dia-a-dia com o auxílio da família principalmente.

Segundo Diehl et al. (2011), o tratamento terapêutico tem fundamental importância para o desenvolvimento e progresso do TP. Sua função para o desempenho está ligado à intensidade da doença auxilia da família e vida social.

Aponta-se que o tratamento terapêutico é uma forma de tratamento muito eficaz e de alto nível de sucesso ao objetivo. A terapia para cada paciente depende fundamentalmente da gravidade do transtorno do paciente atendido. Deve estar ciente de que para que haja uma grande excelência nesse tratamento, a família tem a função mais importante na ajuda e superação do paciente com o transtorno do pânico.

Para Espinosa (2000, p.135), “o ambiente terapêutico é o marco ideal e dinâmico em que se trabalha com os pacientes”.

Considera-se que o ambiente para terapia do paciente tem que ser ideal e dinâmico para que seu tratamento seja evoluído cada vez mais com mais melhora. Ele tem que ter um espaço seguro para que possa proporcionar cuidados para todos os pacientes que estiver em tratamento terapêutico.

Entende-se que o tratamento terapêutico se caracteriza por procura do aproveitamento de todos os recursos humanos e materiais de cada unidade assistencial, que se deve caracterizar por oferecer aos pacientes um bom acolhimento, compreensão, apoio e tratamento pessoal, atividades de reestruturação e inclusão desse paciente em dinâmicas.

Esse tratamento terapêutico faz com que os pacientes do Caps, ou de outro centro de tratamento psiquiátrico, evitem que fiquem vegetando, dia após dia, pelas salas e corredores, com essa atitude passiva, sem nenhuma ocupação e sem qualquer tipo de comunicação.

Para isso o tratamento terapêutico é necessário para esses pacientes têm um melhor resultado em seu tratamento. A família também é necessária para ajudar no tratamento terapêutico e na evolução de sua melhora.

Segundo Espinosa (2000, p.136) Comenta que:

É aquela que estabelece cada membro da equipe terapêutica (entre eles, o enfermeiro) com o paciente e sua família, e com todos os grupos de pacientes, como uma intervenção importante ou uma ferramenta terapêutica imprescindível, na qual o profissional utiliza o seu autoconhecimento, a sua habilidade pessoal e a sua formação técnica para procurar alteração no paciente.

Ressalta-se que cada membro da equipe terapêutica tem sua ferramenta importante no tratamento de ansiedade. Na relação terapêutica, os fatores que intervêm são menos variáveis, ela é realizada em um ambiente estável, seguro, com definições de limites comodidades e uma maior intimidade, com padrões estabelecidos para melhor atender esses pacientes.

Entende-se que a relação terapêutica estabelece uma relação terapêutica, ou seja, uma relação humanamente saudável, o paciente será ajudado para adquirir uma reestruturação mais adequada do seu pensamento, assim como uma perspectiva mais realista de si mesmo e dos seus problemas, tanto nas suas limitações como nas suas possibilidades. Estabelece também formar maior capacidade de adaptação e de relação pessoal, que resultará numa maior competência.

Então todos os membros dessa equipe são essenciais desde o enfermeiro e o psiquiatra até os familiares desses pacientes para o melhor desempenho do tratamento do paciente que sofre com o transtorno do pânico.

### **3.4 Assistência de Enfermagem no transtorno do Pânico**

A pessoa que sofre hoje com o transtorno de pânico poderá amanhã apresentar um quadro clínico satisfatório. Por isso, devemos tratá-lo sem discriminação, conversando, apoiando, mostrando a realidade de que a vida não é

como eles pensam um “bicho de sete cabeças”, e ajudando no que for preciso para não piorar a situação clínica que poderá levar a loucura. Incentivando-o também a falar a cerca dos seus sucessos, mas sem falar dos seus problemas, evitando sempre situações que lhe provoquem ansiedade gerando o pânico.

Segundo Gentil e Lotufo (1996, p.173), “Dada à alta prevalência de sintomas depressivos em pacientes com pânico, é importante caracterizar clinicamente o transtorno antes de decidir qual é primário”

Destaca-se que no que rege o CID 10, F. 41, não foi recomendado que o diagnóstico do transtorno do pânico seja realizado no momento da ocorrência, pois o mesmo pode estar tendo um ataque subsequente de uma possível depressão. No diagnóstico, deve-se levar em consideração que a crise pode estar associada diretamente à vulnerabilidade genética e à estrutura cognitiva dos pacientes.

De acordo com Kaplaw (2006), o tratamento mais efetivo é a combinação da terapia comportamental e a farmacoterapia, os tratamentos são indicados pelos médicos e podem ser de forma medicamentosa ou terapêutica dependendo do caso, tipo e nível que se encontra a doença.

Enfatiza-se que o relacionamento terapêutico entre enfermeiro e paciente é uma experiência de aprendizado mútuo e uma experiência emocional corretiva para o paciente. Nessa correlação, sabe-se que a enfermagem utiliza a si próprio e a técnica única específica no trabalho com os pacientes para gerar alteração comportamental nos pacientes.

Afirma-se que a doença mental e a adaptação – inadaptção são conceitos distintos. Cada uma existe em um contínuo separado. O contínuo saúde/doença deriva de uma visão do mundo do ponto de vista médico. O contínuo adaptação–inadaptação origina-se em uma visão do mundo do ponto de vista da enfermagem, assim, uma pessoa considerada doente do ponto de vista médico, seja físico, seja psiquiátrica, podem estar bem adaptada a isso, em contrapartida, uma pessoa que não tem doença clinicamente diagnosticada pode apresentar muitos aspectos de inadequação.

Entende-se que podem ajudar os pacientes afetados e suas famílias a se ajudarem dos transtornos e dificuldades psicossociais com doses baixas de antidepressivos inibidores da receptação de serotonina que elevadas de acordo com o quadro clínico e respostas do paciente. Muitas vezes são associadas a terapias,

medicações ansiolíticas com objetivos de um maior controle dos ataques de Pânico. Esses contínuos tratamentos de modelos médicos e de enfermagem se completam para a melhora dos pacientes.

Os portadores de Pânico não tratados apresentam um alto grau de prejuízo funcional, como: faltas de emprego e diminuição da produtividade do trabalho em casa consequente dependências financeiras e altas taxas de utilização de serviços públicos (KIPPER, 2003).

Menciona-se que a vida pessoal, profissional e afetiva dos pacientes é gravemente afetada, os pacientes acometidos pelo transtorno do Pânico não conseguem mais sair sozinho. Atividade simples como viajar, fazer compras, ir ao cinema, perde a sua conotação cotidiana, trabalha para que essa pessoa torna-se muitas vezes uma execução penosa.

A prática em enfermagem psiquiátrica se baseia em ações que visam a melhorar a condição da qualidade de vida do paciente e de sua família, a contribuir no controle do surto da doença, torná-la estabilizada, a ajudar na integração social após o aparecimento da doença, e a cooperar na adesão ao tratamento e a adaptação de sua nova condição (Giacon e Galera, 2006).

Ressalta-se que a Assistência de Enfermagem para com esses pacientes tem um papel muito importante, ou seja, o profissional de enfermagem tem o dever de, primeiramente, conhecer a história do seu paciente, avaliando seu comportamento, o porquê do pânico, o que o está causando para ele ficar nessa situação, conhecendo a família e dando as orientações necessárias. Entende-se para que o paciente obtenha ajuda, primeiramente ele deve assumir o transtorno e aceitar a ajuda dos familiares para chegar a um tratamento satisfatório.

## 4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 Tipo de Estudo e Abordagem

A pesquisa foi desenvolvida de forma bibliográfica e pesquisa de campo com a abordagem quantitativa. Em relação à pesquisa bibliográfica, ela é aquela realizada em livros, artigos, documentos e constitui uma técnica importante na obtenção de informações, esse método buscar descrever ideias, tópicos, ou fragmentos de autores que enriquecem o trabalho.

Sobre a pesquisa bibliográfica, Leopardi (2002, p. 121) assim menciona:

É utilizada quando o tema implica na análise de publicações, para reconhecer sua frequência, regularidade, tipos, assuntos examinados, métodos empregados, em textos. Requer o acesso à bibliografia prevista para a análise do tema, tempo e precaução sobre a uniformidade dos registros.

A despeito disso, considera-se que trabalhos e pesquisas precisam de um embasamento teórico, relatos de autores que deem fundamentos às ideias do pesquisador, dessa forma, podendo realizar uma discussão sadia sobre o tema em questão.

Uma pesquisa de campo busca conhecimentos amplos sobre a realidade, podem-se aplicar questionários ou formulários para limitar o ambiente de pesquisa, quando se usa desta técnica, basicamente a abordagem da amostra é quantitativa.

Segundo Santos e Clos (1998 *apud* Teixeira, 2012, p.133), “A opção pelo método e técnica de pesquisas depende da natureza do problema que preocupa o investigador, ou do objeto que se deseja conhecer ou estudar”.

Argumenta-se que os trabalhos de pesquisas envolvem técnicas distintas; a pesquisa de campo busca, através de instrumentos de coletas de dados, filtrar a amostra de interesse do pesquisador. A mesma aborda, de forma quantitativa na pesquisa, com intuito mostrar a quantidade de doentes relacionando aos fatores e sinais e sintomas que aborda este trabalho.

## 4.2 Local/ Contexto

O Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) localiza-se na Travessa Dom Amando, 1057 – Santa Clara. Em Santarém, existem duas unidades do CAPS, uma que atende dependentes de álcool e drogas ilícitas (CAPS AD) e a outra a pessoas transtornos mentais (CAPS II).

Para Marconi e Lakatos (2006, p.54), “É possível que, depois de fichada uma obra, haja necessidade de voltar a consultá-la. Assim, é também importante à indicação do local em que se acha disponível o material”.

Enfatiza-se que após a aplicação do questionário o pesquisador poder ter a necessidade de voltar ao local de pesquisa, tendo a necessidade de complementar algum recurso em falta, a importância de descrever o local de endereço do ambiente de pesquisa pode ajudar a encontrá-lo caso necessário.

O Centro de Atendimento Psicossocial CAPS II, em Santarém, possui em sua equipe de assistência ao tratamento aos pacientes com transtorno do pânico, 07 enfermeiros, 02 psicólogos, 02 terapeutas ocupacionais, 01 nutricionista, 01 psiquiatra, 03 assistentes sociais, 02 médicos clínico-gerais, 03 agentes administrativos, 03 agentes de portaria, 01 coordenação, 03 serviços gerais, 02 agentes de artes praticas (cozinheiras), 14 técnico de enfermagem, 01 farmacêutico, 01 motorista e 01 auxiliar de informática.

A estrutura do CAPS II consta com sala de arquivo: 01 para guardar os documentos, 01 coordenação, 01 sala administrativa, 01 copa (Cozinha), 01 salão, 01 mini-auditório (reunião dos servidores, grupos familiares, capacitação e outros eventos), 01 maloca (para realizar oficinas), 01 quadra esportiva, 07 salas de atendimentos (psicólogo, nutricionista, enfermagem, médicos, etc.), 03 sala de oficinas (artesanatos, miçangas, costuras, etc.), 01 sala de processamento ou produção (Frequência se o paciente esta vindo ao CAPs ou não), 04 banheiro (servidores), 04 banheiro (paciente).

Os pacientes com Transtorno do Pânico ativo são 49 em tratamento, 59 abandonos, consideram-se abandono quando a paciente falta mais de 6 meses. Se o paciente não aparecer durante esse tempo, a equipe do CAPS II irá fazer visita domiciliar para ver o que está acontecendo com esse paciente. Número de óbito: 01, transferidos: 20 e números de alta: 14 pacientes que já foi liberado do tratamento.

A capacidade que o CAPS II atende em Santarém e 19 municípios vizinhos, ele atende mais ou menos mensal 869 pacientes, sendo que o paciente irá passar por um acolhimento ai depois será analisado se o próprio ficará no CAPS. Todos os pacientes que são encaminhados ao CAPS ou não serão acolhidos se estiverem com o transtorno avançado casos simples o CAPS não acolhe.

A capacidade que o CAPS II deve atender e abrangente, os pacientes que precisam de ajuda ele estará acolhendo. Pacientes que têm algum tipo de transtorno mental e que têm seus vícios como bebidas, drogas, etc., o CAPS II não atende. O CAPS II não faz perícia médica e nem exame de sanidade mental.

### **4.3 Fontes de Informações**

As informações do estudo foram direcionadas aos pacientes em tratamento da síndrome do transtorno do pânico, sendo que, como se tratava de um formulário, podia ser respondido pelas pesquisadoras através das informações contidas nos prontuários e pelos pacientes. O formulário dar liberdade ao pesquisador de fazer a pergunta ao entrevistado e o próprio marcar a opção, sendo que, para facilitar o achado na pesquisa os prontuários são consultados como um auxílio ao pesquisador.

Na pesquisa, foram consultados livros, artigos e manuais, além de, abordar o histórico do centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) em Santarém. Do total foram 25 entrevistados que realizam tratamento do transtorno do pânico na unidade.

### **4.4 Técnica e Coleta de Dados**

Foi realizado, na primeira etapa, um projeto de pesquisa, aplicado no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), onde teve-se conhecimento do assunto e suporte para realizar a pesquisa que fundamentou o Trabalho Acadêmico Orientado TAO. As acadêmicas de enfermagem, através de ajuda de nossa orientadora escolheram um formulário, pois deferente do questionário, os pesquisadores têm acesso livre a resposta do paciente, podendo obter informações diretas dos entrevistados internados no caps, quanto de arquivos, prontuários de saúde, fornecidos pelo mesmo. Na segunda etapa foram feitas pesquisas bibliográficas, leituras detalhadas, para dar conteúdo e desenvolvimento da pesquisa. Na disciplina

de metodologia, foi desenvolvido o instrumento de pesquisa e delimitada a amostragem do estudo.

Terceira etapa: Aplicação do formulário de pesquisa contendo 11 questões abertas e fechadas, no qual foi essencial para coleta dos dados. Realizada a tabulação, interpretação e análise dos dados para construção de gráficos e conclusão da pesquisa.

Conforme Marconi e Lakatos (2006, p.167), a coleta de dados é parte fundamental da pesquisa onde inicia a aplicação dos instrumentos elaborados e das técnicas selecionadas, a fim de se efetuar a coleta dos dados previstos. Exige do pesquisador paciência, além do cuidadoso registro dos dados e de um bom preparo anterior.

Salienta-se que a coleta de dados busca meio de obter valores, informações que fornecem baseamento ao trabalho, através dela, pode-se identificar e gerar um perfil da amostra, utilizando para isso questionários ou formulários como instrumento de coleta de dados. Menciona-se ainda que o pesquisador necessita de paciência e uma boa pesquisa resulta em qualidade dos dados coletados e nem sempre a quantidade.

#### **4.5 Apresentação e Interpretação do Material Coletado**

Os resultados apresentados a partir da tabulação e análise dos dados coletado dos formulários. Após a aplicação da pesquisa no CAPs, os formulários foram recolhidos para organização e descrição dos dados, sendo assim atribuídos em gráficos para facilitar a visão do resultado do estudo. Os gráficos foram feitos a partir do programa Microsoft Office Excel 2007.

Em relação à organização e interpretação do material coletado, Leopardi (2002, p. 237), relata que na pesquisa quantitativa ou qualitativa, os elementos descritos devem passar por uma fase de agrupamento por sua semelhança ou por sua diferença, os dados classificados, facilitam o trabalho em números estatísticos da pesquisa.

Ressalta-se que o dado coletado deve ser trabalhado de maneira a não ser desprezada antecipadamente, qualquer informação é válida e necessita de resguardo, o material organizado passar por análise e tabulação para atribuir qualidade e um perfil visual de estudo e interpretação sobre a pesquisa.



## 4.6 Aspectos Éticos

O projeto quando direcionado a pesquisas de enfermagem, que envolva pessoas e animais necessita ser avaliado pelo conselho de ética, o mesmo precisa de autorização da Secretaria de Saúde do local da pesquisa, quando direcionado a ambiente clínico. Há uma preocupação das instituições de ensino quando os projetos são aplicados com pessoas e preocupação, também, pelas organizações, hospitais e institutos de saúde com seus pacientes, a questão de não expor o mesmo ao público.

A pesquisa aplicada refere-se a pacientes portadores do transtorno do pânico, uma subdivisão da síndrome da ansiedade, sendo a amostra os pacientes em tratamento no CAPs, a questão ética possibilita aplicar essa pesquisa no sentido de obter dados e não expor a vida e problemas dos pacientes em tratamento.

Conforme Vieira e Hossne (2001, p. 24), toda pesquisa clínica que está sendo feita no Brasil deve ter sido aprovada, e deve estar sendo monitorada por um Comitê de Ética de Pesquisa, que também assessora os pesquisadores, quando isso se faz necessário.

Enfatiza-se que a pesquisa que envolva a questão de privacidade da pessoa requer um meio de avaliação. Retrata que o comitê de ética e pesquisa é responsável em averiguar a síntese dos projetos de pesquisas, autorizando ou não a aplicação para coleta de informações. As Instituições de Ensino exercem um importante papel de avaliar o pré-projeto através comitê de ética de pesquisa antes de pôr em execução.

Em relação à ética na pesquisa, Polit e Beck (2011, p. 146), menciona:

Os pesquisadores têm a obrigação de evitar, prevenir ou minimizar danos (não maleficência) em estudos com humanos. Os participantes não podem ser submetidos a riscos de dano ou desconforto desnecessário, e sua participação na pesquisa tem de ser essencial para o alcance de objetivos importantes para a ciência e a sociedade.

Entende-se que os estudos envolvendo pessoas precisam ser avaliados com cautela, uma vez que a pesquisa busca um sentido de ajudar, somar conhecimentos científicos para o bem da sociedade, trazendo novas oportunidades de curar doenças, de procedimentos de assistências em ambiente clínico, nunca a pesquisa tem como intuito prejudicar o indivíduo ou a sociedade como um todo.

## 5 APRESENTAÇÃO E RESULTADOS DAS ANÁLISES

Este capítulo tem como objetivo analisar e interpretar os dados coletados na pesquisa, aplicada em gráficos proporciona apresentar e discutir sobre o estudo no sentido de expor as ideias de autores e do próprio pesquisador. A amostra foram os pacientes com transtorno do pânico que estão em tratamento no Centro de Atendimento Psicossocial em Santarém do Pará.

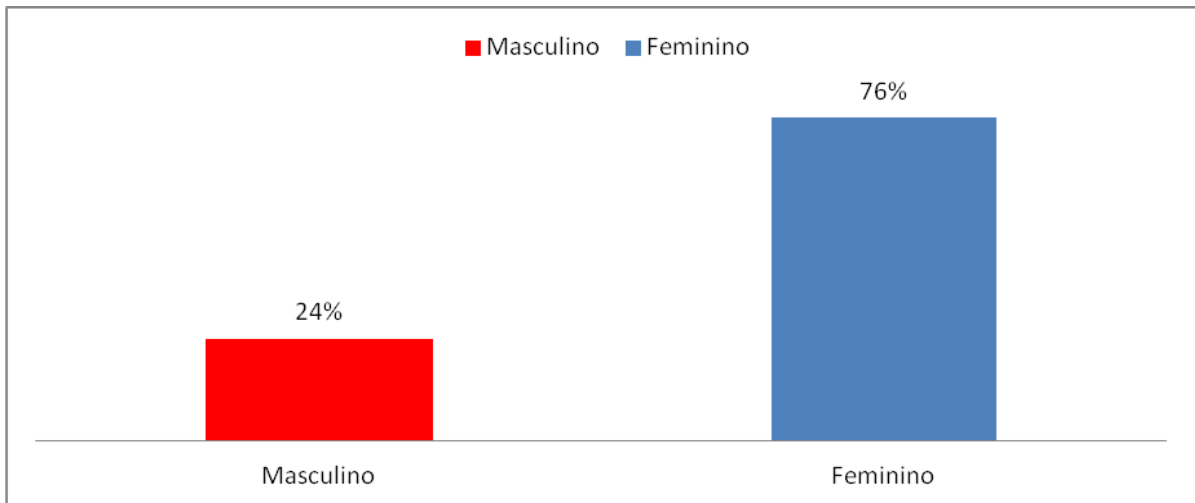
O transtorno do pânico é uma doença silenciosa que apresenta sinais e sintomas parecidos com qualquer outra doença comum e de fácil tratamento, porém, ligada ao estresse, depressão, essa doença pode crescer, evoluir e em elevados níveis, o medo da morte e ataques surgem com frequência comprometendo a qualidade de vida do paciente e sua imagem diante da população.

Nesse sentido, o estudo busca apresentar quais os fatores predisponentes que causam, ou desencadeiam esta doença, saber quais os sinais e sintomas e suas ligações com estresse e a própria depressão, no sentido único de promover a saúde ao paciente e orientar a melhor forma de procurar ajuda do tratamento.

Os dados apresentados e analisados a seguir foram coletados no CAPS, sendo que houve uma problemática, no qual alguns pacientes não estarem mais sendo atendidos pela unidade, mais que seus nomes apresentavam na lista dos que estavam em tratamento.

Podemos analisar que os pacientes que sofrem com o transtorno do pânico normalmente não buscam ajuda do CAPS sozinhos pelo fato de terem medo de tudo, até mesmo de iniciar seu tratamento. Com isso, o paciente que tem o transtorno do pânico, assim como todos os pacientes que sofrem de algum transtorno, precisa de ajuda de seus familiares, e por esse motivo, os familiares dos pacientes que sofrem de algum tipo de transtorno necessitam dar apoio.

## 5.1 Gênero dos Entrevistados



**GRÁFICO 01: GÊNERO DOS ENTREVISTADOS**

**FONTE:** Pesquisadores de Enfermagem, 2013.

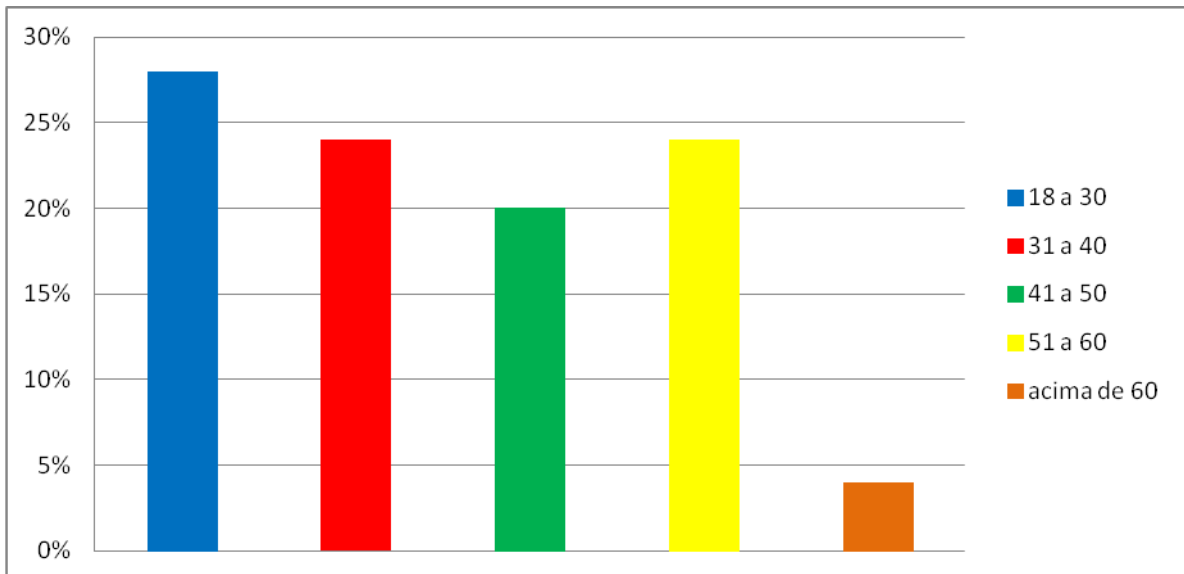
O gráfico acima mostra que 76% dos entrevistados são pacientes do sexo feminino, ou seja, de 25 pessoas que participaram do estudo com as acadêmicas de enfermagem, 19 eram mulheres e estão em tratamento da Síndrome do Transtorno do Pânico. Não é fato comprovado que os homens por minoria nesta pesquisa, estejam fora à exposição e aos mesmos ambientes e fatores causadores desta doença. Pode-se dizer que nas mulheres devido algum fator predisponente que esteja relacionado aos ambientes de vida.

Segundo Hollander e Simon (2004, apud LOCATELLI, 2010, p 20) relatam

As mulheres apresentam um índice de prevalência ao longo de um mês de 0,7 que foi significativamente mais elevado do que o índice de 0,3% encontrando entre os homens, as mulheres também tenderam a apresentar em maior aumento do Transtorno do Pânico entre os 25 e os 44 anos de idade e seus ataques a perdurar mais tempo até a idade avançada.

Enfatiza-se o autor que estudos epidemiológicos anteriormente evidenciam que os Transtornos do Pânico ocorrem com maior frequência em mulheres que em homens, constataram que as mulheres com Transtorno do Pânico apresentaram comorbidades com depressão e agorafobia e três vezes mais recaída que nos homens. Existem várias explicações para as diferenças entre os gêneros nas prevalências dos Transtornos do Pânico. Normalmente a idade de início situa-se tipicamente entre o final da adolescência, um pequeno número na infância de casos começa na infância, e o início após os 45 anos é incomum, mais pode ocorrer.

## 5.2 Perfil dos Entrevistados Sobre a Idade



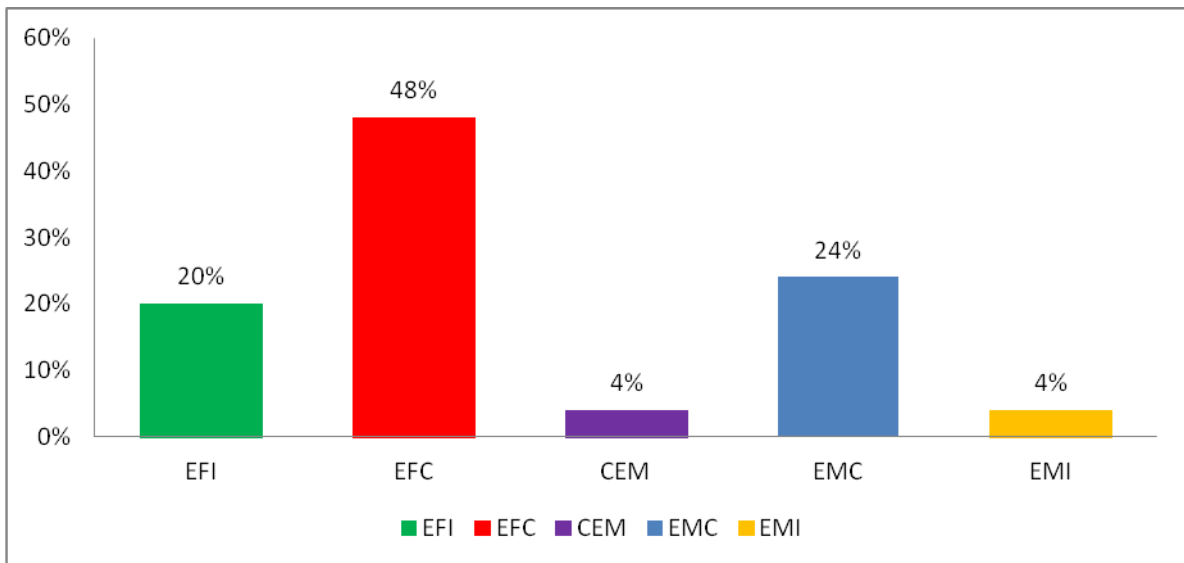
**GRÁFICO 02:** IDADE DOS ENTREVISTADOS

**FONTE:** Pesquisadores de Enfermagem, 2013.

O respectivo gráfico acima retrata a faixa etária dos entrevistados, apresenta com 28% pacientes em tratamento com idade de 18 a 30 anos, 20% dos entrevistados tem idade de 41 a 50 anos e apenas 4% com a faixa etária acima de 60 anos.

Nota-se que nem uma das faixas etárias disponibilizadas pelos pesquisadores obteve uma elevada tendência, ou seja, os pacientes em tratamento no Centro de Atendimento Psicossocial então com uma variedade de idade, não podendo afirmar que certa faixa etária esta propícia a doença. Pessoas com 18 a 60 anos, dependendo dos fatores predisponentes e tendências, estão sujeitas a ter síndrome do transtorno do pânico.

### 5.3 Perfil dos Entrevistados Sobre a Escolaridade



**GRÁFICO 03:** PERFIL DA ESCOLARIDADE DOS ENTREVISTADOS

**FONTE:** Pesquisadores de Enfermagem, 2013.

O gráfico acima indica os valores correspondendo o grau de escolaridade dos entrevistados em tal pesquisa, sendo que a maioria dos entrevistados possui o ensino fundamental completo, formados apenas com o ensino básico até a 8ª série, pois só recentemente foi aprovado o ensino de nove anos. Esse número corresponde a 48% do total de 25 entrevistados. Apenas 4% o que corresponde a 1 pessoa está concluindo o ensino superior. A partir desses dados, podemos notar que pessoas com Transtorno do Pânico têm a vida escolar prejudicada devido à doença.

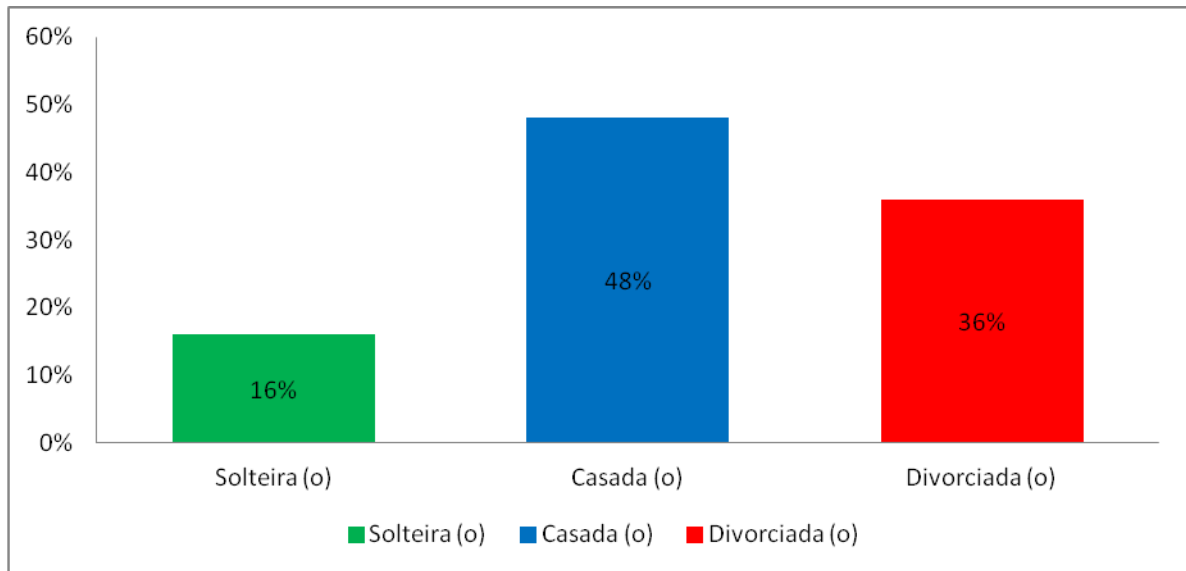
Com esse nível baixo, os valores descaíram muito nesses últimos anos, o mercado ficou escasso de indivíduos com alta escolaridade, é importante ressaltar que pessoas de renda familiar baixa têm possibilidade de obter um bom estudo.

Segundo Dowbor (2001, p. 79), é importante observar que baixo nível de escolaridade não significa necessariamente condenação à pobreza. Sabe-se que as pessoas de baixo nível de escolaridade distribuem-se de forma bastante uniforme ao longo da distribuição de rendimento.

Sabe-se que o rendimento escolar baixo é de grande influenciando sim, mas isso não quer dizer que o indivíduo está sujeito à precariedade escolar, pois há diversas maneiras de ele se instruir e obter conhecimentos específicos sobre a doença. A facilidade com o avanço do ensino e as atualidades, o rendimento quanto

à doença do transtorno do pânico é precária, porém a pessoa está sujeita a sérios problemas de se comunicar, tanto sobre o tratamento quanto a origem da própria doença transtorno do pânico.

#### 5.4 Estado Civil dos Entrevistados

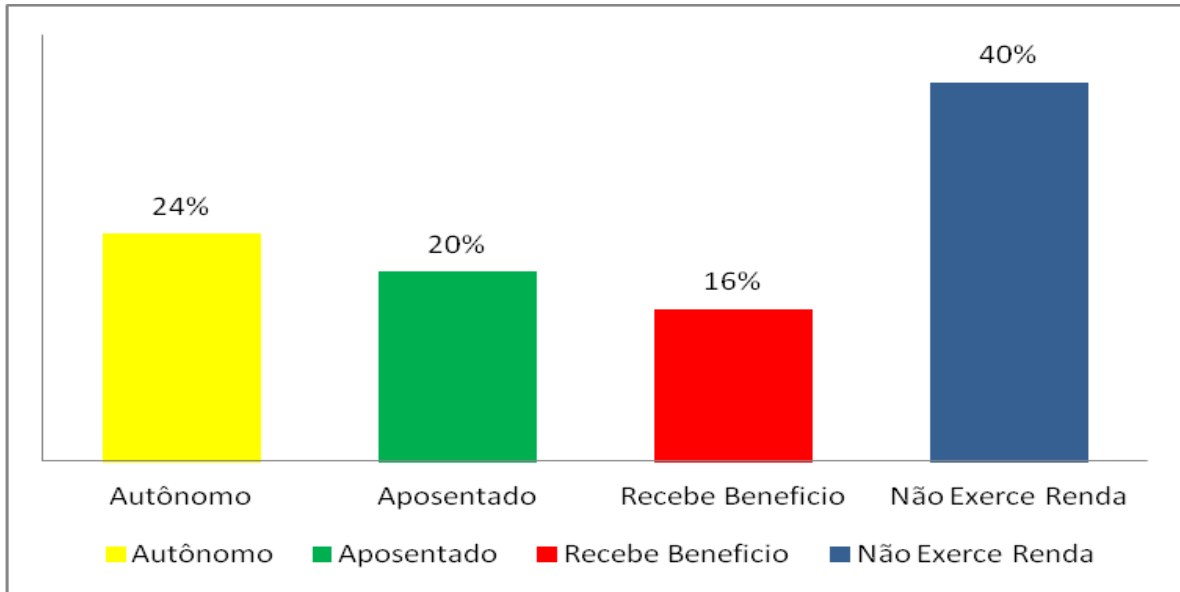


**GRÁFICO 04:** ESTADO CIVIL DOS ENTREVISTADOS

**FONTE:** Pesquisadores de Enfermagem, 2013.

O referente gráfico acima mostra a respeito do estado civil. A partir dessa análise, podemos notar que 48% dos pacientes entrevistados são casados, isso demonstra que apesar de diagnosticado os transtornos do pânico nessas pessoas, assim mesmo podem constituir família. Com 36%, em segundo parâmetro os resultados apontam os divorciados, a distância entre a porcentagem entre os casados e os divorciados é muito próxima, o que demonstra que os problemas gerados no decorrer do tratamento desta doença gera a separação entre os conjuge. As pessoas casadas vivem em uma outra realidade de vida, por exemplo, devem conviver com o parceiro que tem uma forma de pensar diferente enquanto que um solteiro e divorciada mantém ainda um pensamento de liberdade de esta sozinho.

### 5.5 Atividade remunerada dos entrevistados

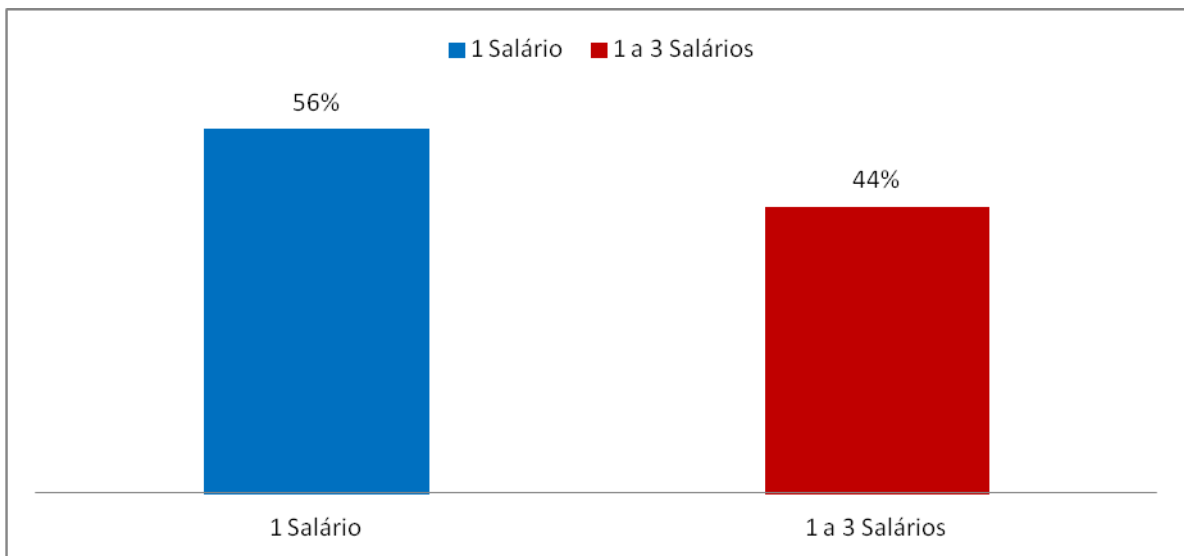


**GRÁFICO 05:** ATIVIDADE RENUMERADA DOS ENTREVISTADOS

**FONTE:** Pesquisadores de Enfermagem, 2013.

O proposto gráfico acima se refere à atividade remunerada dos entrevistados, emprego, fonte de recursos do paciente. Evidência que com 40% não exerce renda remunerada, ou seja, de 25 pacientes entrevistados 10 não têm atividade remunerada, são desempregados, apenas 16% que correspondem 4 pacientes recebem o benefício. Verifica-se que o trabalho, a independência financeira não anda associada à doença, esta pessoa em tratamento, ou ela arranja um trabalho autônomo, ou vive com suas famílias a custo de aposentadoria que corresponde a 20%, benefícios e ou, sustento de familiares e amigos.

## 5.6 Perfil dos entrevistados sobre a renda familiar



**GRÁFICO 06:** RENDA FAMILIAR

**FONTE:** Pesquisadores de Enfermagem, 2013.

O gráfico a cima destaca sobre a renda familiar dos entrevistados, mostra que 56% dos pacientes em tratamento no Centro de atendimento psicossocial possuem um salário mínimo para sustento da família, sendo que 44% não passam de 3 salários mínimos. Podemos notar que os pacientes em tratamento do transtorno do pânico, a maioria são autônomos ou não exercem atividades remuneradas, tendo de 1 a 3 salários mínimos para manter o sustento familiar, transporte e medicamentos, um custo gerado até o término do tratamento.

A renda familiar nos últimos anos vem repercutindo muito, pois a necessidade é o resultado da globalização de incidências precárias como: falta de alimentação, bem estar social, convívio com a família e escolaridade.

Com o avanço da tecnologia, a renda familiar influencia muito, pois as pessoas que têm mais condições se atualizam e obtêm mais conhecimentos sobre a doença tornando-a disposta à procura de ajuda.

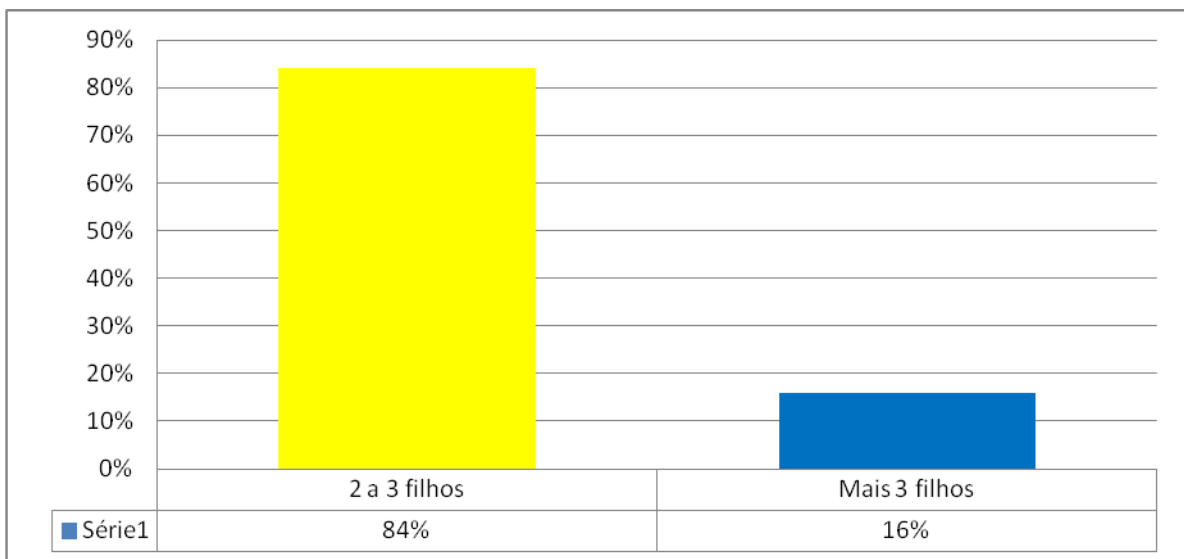
Segundo Rocha, (2003, P. 36), “O bem estar das pessoas não depende apenas de suas rendas individuais, mas, principalmente, do resultado da repetição intrafamiliar da renda de todos os membros de cada grupo familiar”.

Relata-se que indivíduos com baixa renda familiar são menos prevalecidos, pois a doença transtorno do pânico, apesar de ser pouco debatida no dia a dia, ainda há muito que se falar e não há somente um meio de transmissão para ser



discutido, há outros meios que as pessoas de rendas mais altas tem acesso, e assim repercutira no seu desenvolvimento. Tendo em conta que as pessoas com rendas mais baixas, não têm acesso a essas informações o que dificulta ainda mais sobre a tal doença, deixando-as leigas sobre o assunto e tornando-a prejudicial para si mesma, pois não terá acesso de como se autoajuda no tratamento amenizando a situação.

### 5.7 Perfil dos entrevistados relacionados ao número de filhos



**GRÁFICO 07: NÚMERO DE FILHOS**

**FONTE:** Pesquisadores de Enfermagem, 2013.

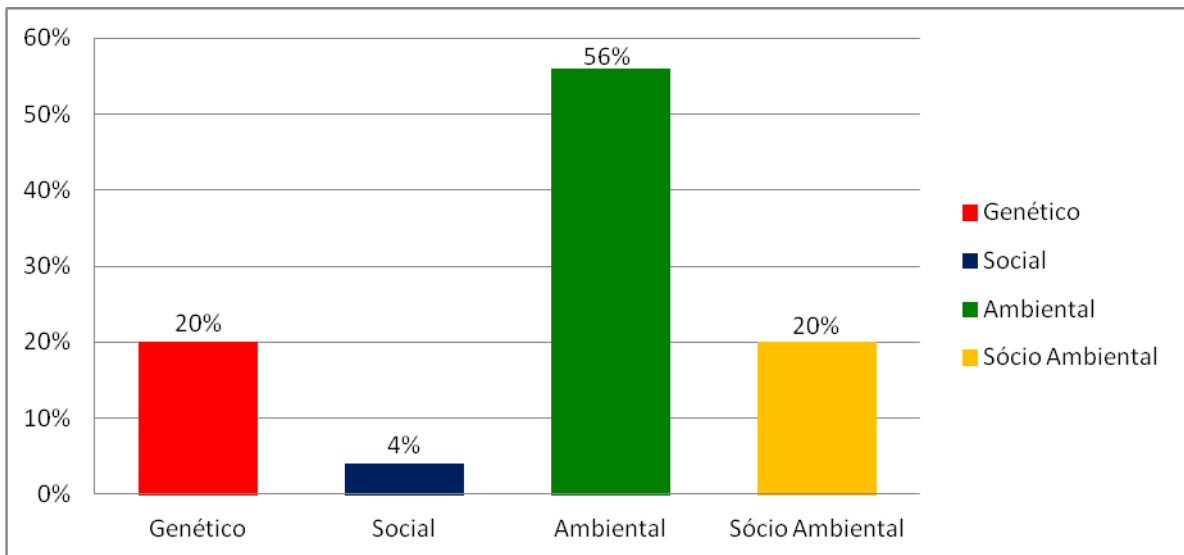
Através do gráfico 07, podemos observar o número de filhos que compõe a família desses pacientes. Nota-se que a maioria consta de 2 a 3 filhos, o que corresponde a 84%, com mais de 3 filhos, aparecem 16% dos pesquisados. Ressalta-se que estes pacientes apresentam uma média de 2,6 filhos compondo uma família, totalizando de 5 pessoas no grupo familiar, distribuindo uma renda que não passa de 3 salários mínimos, com isso, não sobram recursos para o lazer, vida social, festas, praias, ponto importante no controle do estresse e depressão. A falta de dinheiro e uma grande família contribuem para o aparecimento dos sinais e sintomas do transtorno do pânico.

Dentre os fatores predisponentes para o transtorno do pânico, existe um fator que é primordial para a melhora ou agravamento da doença que é o fator familiar. A família está em contato direto e diário com o paciente, e deve ser o suporte e auxílio para a superação do transtorno.

Segundo Barlow (2008), os níveis de instrumentos e a renda do paciente podem influenciar na sua doença. Um paciente com dois filhos tem mais tempo para tratar e cuidar da sua doença do que um paciente que tenha quatro filhos.

Salienta-se que diversos fatores influenciam direta ou indiretamente no TP, a família torna-se o fator principal, pois é o que tem contato diário com o paciente. Com isso, a família deveria dar sempre apoio para o paciente. A quantidade de filhos influencia muito no surgimento, avanço ou tratamento do transtorno, pois quanto mais filhos o paciente tiver, menos tempo ele terá para cuidar da sua própria saúde. Terá que dividir seu tempo com os filhos e deixando de lado a sua própria vida e saúde.

### 5.8 Fatores predisponentes do transtorno do pânico



**GRÁFICO 08:** FATORES PREDISPOENTES DO TRANSTORNO DO PÂNICO

**FONTE:** Pesquisadores de Enfermagem, 2013.

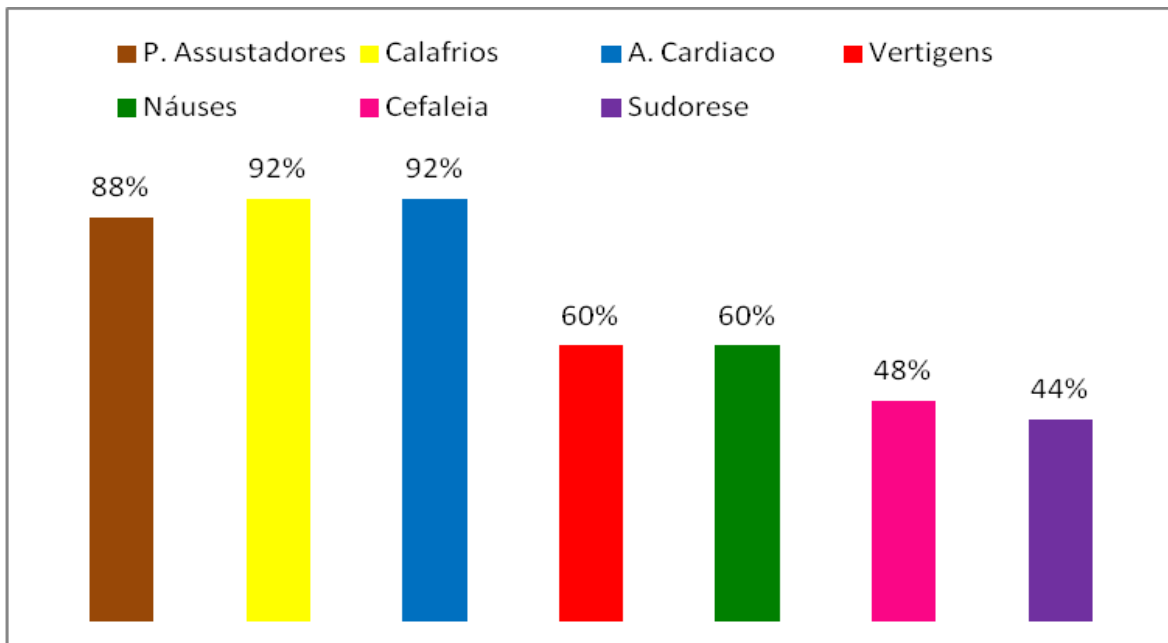
O gráfico acima se refere aos fatores predisponentes do transtorno do pânico, para evolução da doença um desses citados acima se manifesta. Dos pacientes entrevistados, 56% apresentaram como fatores predisponentes da doença, o fator ambiental, que envolve todos os tipos de fatores, como o familiar, social, socioeconômico, por esse motivo a predominância desse fator no início da doença, 4% identificam o fator social como responsável para evolução da síndrome, o que envolve apenas a questão do indivíduo em suas relação com as pessoas, 20% dos entrevistados apresentaram fator genético e socioambiental como motivo de causa do transtorno do pânico.

O transtorno do pânico, por ser uma doença gerada através de outros transtornos, possui vários fatores que são considerados causas para essa doença. Por ser um transtorno que é ligado à ansiedade, muitas coisas do dia-a-dia levam a adquirir ou desenvolver, mas rapidamente a doença.

Segundo Cataldo, 2003, “o transtorno do pânico tem vários fatores predisponentes que são causas diretas e/ou indiretas dessa doença, como os fatores genéticos, ambientais, familiar, socioeconômico e social.”.

Considera-se que por ser uma doença mental ligada diretamente à ansiedade, envolve o humor da pessoa. Os fatores são diversos, a família, o trabalho, as pessoas que envolvem, a questão financeira e ambiental são algumas das causas que interferem para o aparecimento e agravamento do transtorno. Além desses fatores predisponentes, o fator genético é o principal e o mais encontrado nos casos do transtorno do pânico diagnosticado. Casos na família aumentam a probabilidade de seus filhos herdarem a doença.

### 5.9 Primeiros Sinais e Sintomas



**GRÁFICO 09:** SINAIS E SINTOMAS

**FONTE:** Pesquisadores de Enfermagem, 2013.

Quando se perguntou quais sinais e sintomas que mais se manifestaram no decorrer da doença, para os pacientes atendidos no CAPS, 92% afirmaram o ataque

cardíaco e calafrios como um dos mais decorrentes durante uma crise. Com 88% os pensamentos assustadores afligem os entrevistados, 60% afirmam que náusea e vertigem são um dos sintomas que apresentam no decorrer da crise, 48% dizem sentir cefaleia (dor de cabeça), 44% relatam sentir sudorese, além desses, durante a pesquisa a maioria dos entrevistados, mencionam outros sinais e sintomas como a falta de ar, apneia, estresse, medo da morte, suicídio e membros periféricos edemaciados.

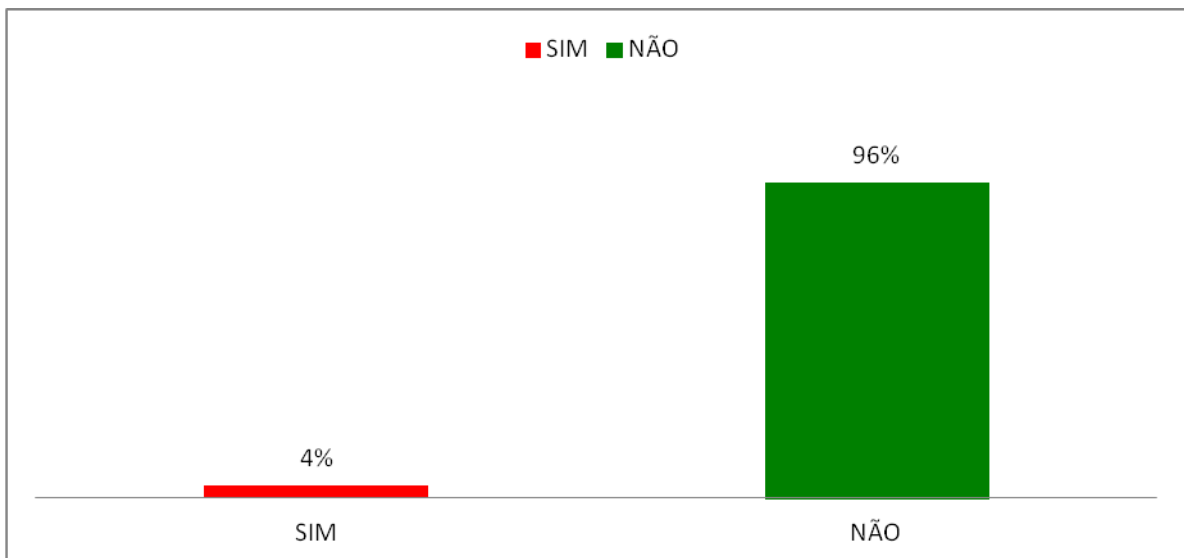
Concluimos que a partir desses sinais e sintomas não se pode diagnosticar essa doença uma vez que coincide com outras doenças; sabe-se ainda que nem todos os sinais e sintomas aparecem em conjunto, sendo que não é só uma crise que é possível diagnosticar o problema e as vezes o tratamento é direcionado de forma errada.

Os sinais e sintomas são relativamente similares, pois são caracterizados por crises súbitas frequentemente, os sintomas físicos aparecem subitamente e as causas não são aparentes e sua ansiedade excessiva é ocasionada por estresse, perdas, aborrecimento, etc. Esses sintomas aparecem de forma inesperada, como se fosse uma ameaça provocando alterações fisiológicas que deixam a pessoa alterada, deixando-a em perigo.

Segundo Hohl (2009), o Transtorno do Pânico caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas como taquicardia, sudorese, sensação de morte iminente, e algumas vezes dores na região do peito, o sujeito passa a sentir-se angustiado ao ponto de não conseguir mais realizar suas tarefas diárias, com sérios prejuízos profissionais, bem como nas relações sociais e familiares.

Entende-se que o paciente com transtorno do pânico passa a adquirir diversos problemas para a sua vida, ou seja, varias complicações, pois afeta o seu meio social, atingindo familiares, amigos e todos ao seu redor, devido aos surtos que ele apresenta, e também não deixando realizar suas tarefas diárias. Esse transtorno deixa a pessoa muito deprimida, sem ânimo para produzir, pois é muito importante os familiares acompanharem na hora que ele estiver apresentando os sinais e sintomas do Transtorno do Pânico.

### 5.10 Conhecimento sobre o Transtorno do Pânico, antes do diagnóstico



**GRÁFICO 10:** CONHECIMENTO SOBRE O TRANSTORNO DO PÂNICO, ANTES DO DIAGNÓSTICO.

**FONTE:** Pesquisadores de Enfermagem, 2013.

O respectivo gráfico mostra a análise em relação ao conhecimento sobre o transtorno do pânico na vida dos pacientes. Ressalta que 96% dos entrevistados não tinham conhecimento algum da doença, dos fatores predisponentes, sinais e sintomas no decorrer da doença, ou menos ainda, a forma de tratamento e como procurar a ajuda correta. Esses pacientes tiveram dificuldade em achar o CAPS, com isso, tendo um agravamento e dificultando a melhora de sua saúde psicológica. É dificultoso que uma doença como o transtorno do pânico, causadora do comprometimento da qualidade de vida e separação familiar, seja tão pouco conhecida. Apenas 4% ou seja, 1 pessoa dos 25 entrevistados tinha conhecimento da TP e forma de tratamento.

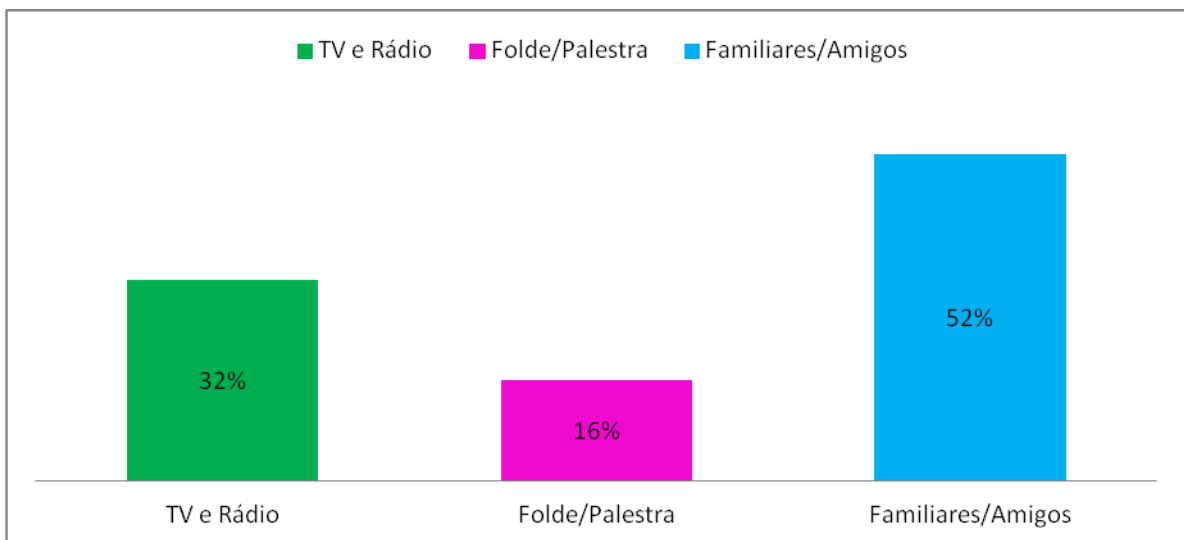
Sabe-se que o transtorno do pânico é uma doença muito comum em nosso cotidiano, porém poucos sabem detectá-la, os ataques surgem de forma drástica, pois a pessoa fica transtornada com aparentáveis síndromes, caracterizando ataques de pânico. Surgem de forma inesperada, em um momento de estresse, medo, ansiedade, entre outros apresentando sudorese, calafrios, cefaleia, vertigem, e outros sintomas desagradáveis.

Segundo Nardi (2013, p. 35), “O Transtorno do Pânico é um transtorno de ansiedade caracterizado pela apresentação de ansiedade episódica ou paroxística,

isto é, presença de episódios muito intensos de ansiedade de forma inesperada os ataques de pânico”.

Nota-se que o transtorno do pânico ainda é pouco conhecido e debatido na nossa sociedade, poucas pessoas conhecem sobre essa síndrome, que atinge diversos fatores emocional social, ambiental, etc. O indivíduo com a TP caracteriza-se por ataques surditos apresentando episódios assustadores, a importância dos familiares, amigos e pessoas próximas ameniza muito a situação, fazendo com que o indivíduo se tranquilize.

### 5.11 Meio de comunicação usado para Informar sobre o CAPS.



**GRÁFICO 11:** MEIO DE COMUNICAÇÃO USADO PARA INFORMA SOBRE O CAPS

**FONTE:** Pesquisadores de Enfermagem, 2013.

Mediante ao gráfico 11 retrata-se sobre o meio de comunicação que propagou a informação sobre o centro de atendimento psicossocial (CAPS) e forma de tratamento aos entrevistados, a maioria com 52%, a metade dos pesquisados relataram que seus familiares e amigos orientaram, incentivaram e informaram a quem procurar, para tratamento e cura do transtorno do pânico, pode-se notar mais uma vez a presença efetiva dos familiares na vida de um portador da síndrome do pânico e como é fundamental no decorrer do seu tratamento. Apenas 16% obtiveram informação através de folders e palestra o que demonstra uma carência na promoção a saúde por parte do CAPs, nas escolas e no ensino superior.

A comunicação é um dos meios mais importantes no nosso cotidiano, pois é através dela que podemos usufruir as notícias, programas, etc. E também nos comunicar em diversas situações nos mantendo informados, sobre as notícias do dia a dia. Com a modernidade da comunicação tudo facilitou no comércio, na escola, no trabalho, no dia a dia das pessoas, as atualizações se expandiram e as pessoas obtiveram mais conhecimentos.

Ao enfatizar o papel desempenhado pelos meios de comunicação (“o meio é a mensagem”), ele relativiza a importância do conteúdo das mensagens veiculadas. Importaria para ele menos o tema tratado em um programa televisivo ou em jornal que a televisão e o jornal eles mesmos como meios de comunicação (FILHO, 2008, p 53).

Com a era digital e a própria tecnologia no meio da comunicação, a produção se expandiu mais rápido, e o conhecimento acelerou constantemente, os padrões e as mudanças adquiriram etapas que facilitaram ainda mais para os telespectadores, tornando-se importante nos diversos conteúdos e diversos temas, saúde, esporte, programas educativos, jornais, etc. O intuito do meio de comunicação é deixar as pessoas informadas e estabelecer recursos para o bom desempenho na vida social do mesmo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do estudo realizado sobre o Transtorno do Pânico no centro de Atendimento Psicossocial (CAPs), em Santarém, buscou-se compreender sobre tal doença que afeta a sociedade, acometendo principalmente as mulheres na idade de 21 a 40 anos. Podemos dizer que essa pesquisa foi satisfatória, pois percebemos que os pacientes em tratamento no CAPs apresentam os fatores predisponentes e os sinais e sintomas citados pelos autores que deram baseamento a esse estudo.

Com os resultados alcançados na forma de pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo, com abordagem quantitativa, tendo como instrumento de trabalho para obtenção da amostra um questionário contendo perguntas fechadas e abertas aos pacientes entrevistados, obtivemos sucesso na realização do trabalho.

Em relação à abordagem do tema, a equipe de saúde do CAPS tem uma função muito importante na orientação aos pacientes com TP, pois a farmacoterapia pode apresentar várias reações adversas, as quais podem favorecer ou não a adesão do paciente ao tratamento. Essa orientação poderá ser feita, com o intuito de ensinar o paciente a como manejar estes efeitos. O tratamento mais afetivo consiste em farmacoterapia e terapia cognitivo-comportamental. As drogas mais utilizadas e mais eficazes para esse transtornos são os antidepressivos.

Os ataques de pânico geralmente podem ser confundidos com doença cardíaco ou respiratório devido a presença dos sintomas como taquicardica, dor torácica, sentimentos de asfixia e medo de morrer. Os sintomas podem desaparecer de forma lenta e gradual podendo ser acompanhado ou não de agorafobia.

Em relação à busca de conhecimentos no sentido de ajudar ao tratamento desses pacientes e ate mesmo a prevenção do agravo da síndrome podemos destacar a importância que foi em adquirir conhecimentos científicos sobre o tema e saber que no decorrer da academia, tal conhecimento irá contribuir na carreira profissional, dando embasamento nas atividades do dia a dia, podendo esclarecer as dúvidas dos demais colegas de trabalho e na tomada de decisões que sejam responsáveis e conscientes.



## REFERÊNCIAS

- ALVES, Domingos Sávio N. Instituto Franco Basaglia (TFB). **Memória da Loucura**. Disponível: [www.ccs.saude.gov.br/memoria %20da%20loucura/mostra/reforma.html](http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/reforma.html). Acesso em: 23 de outubro de 2013.
- BARBOSA, Ana Beatriz. **Mentes ansiosas: medo e ansiedade além dos limites**. Rio de Janeiro: Fontanar, 2012.
- BORBA Lo; SCHWARTZ E.; KANTORSKI L.P. **Psiquiatria e Saúde Mental/ Conceitos e Terapêuticos fundamentais**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.
- BARLOW, David H. **Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos**. 4. ed. São Paulo: Artmed, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental**. Disponível: [www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.htm/](http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.htm/) . Acesso em: 23 outubro de 2013.
- BRASIL, Secretaria da Saúde do Estado de Goiás. **Superintendência de políticas de atenção integrada a saúde/ SPAIS**. Disponível em: orientação\_caps\_-\_secretaria\_estadual\_de\_saude.pdf. Acesso em 24 de outubro de 2013.
- BRASIL. Secretaria de saúde. **Orientação-caps**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BUENO, João Romildo; NARDI; Antônio Egídio. **Psiquiatria e Saúde Mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais**. São Paulo: Atheneu, 2000.
- \_\_\_\_\_. **Psiquiatria e Saúde Mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais**. São Paulo: Atheneu, 2001.
- CATALDO, Alfredo Neto; GAUER, Gabriel José Chitto; FURTADO, Nina Rosa. **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto Alegre: Edipucrs, 2003.
- CORDEIRO, Daniel Cruz. **Emergência psiquiátricas**. São Paulo: Roca, 2007.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artmes, 2008.
- DAVIDOFF, Linda L. **Introdução à psicologia**. 3 ed. São Paulo: Pearson Makron Books, 2001.
- DOWBOR, Ladislav. **Economia social do Brasil**. São Paulo: Editora Senac, 2001.
- DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

EDWARDS, Susan. **Fisioterapia neurológica: uma abordagem centrada na resolução de problemas**. Porto Alegre: Artes médicas Sul, 1999.

ESPINOSA, Ana Fernandez. **Psiquiatria**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Copyright, 2000.

FILHOS, Clovis de Barros. **Ética na Comunicação**. 6. ed. São Paulo: Summus, 2008.

FILHO, Nunes; PORTELA, Eustachio. **Conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais**. São Paulo: editora Atheneu, 2001.

GARDNER, James; BELL, Arthur H. **Superando a ansiedade o Pânico e a Depressão**. São Paulo: Madras Editora Ltda, 2004.

GENTIL, Valentim; LOTUFO-NETO, Francisco. – **Pânico, fobias e obsessões: a experiência do projeto AMBAN**. 2. Ed. São Paulo: EDUSP, 1996.

GIACON, Bianca Cristina Ciccone; GALERA, Sueli Aparecida Frari. **Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem**. Revista Escola de Enfermagem da USP. 2006.

HOHL, Thomas. **Prisioneiros do Pânico: Do Autoconfinamento à Liberdade Conquistada**. 1. ed. São Paulo: Copyright, 2009.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/ Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

KAPLAN, Haroldo I. **Medicina psiquiátrica de emergência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

KAPLAN, M. Hrold I.; SADOCK, M. Benjamin J. **Medicina psiquiátrica de emergência**. 7. ed. São Paulo: Artes Medicas, 1997

KAPLAW, H.L. **Et al. compêndio de Psiquiatria: Ciências e comportamento e psiquiatria clinica**. 7 ed. Editora Artmed, 2006.

KIPPER, L.C. **Avaliação de mecanismo de defesa em paciente com tratamento do pânico, sua relação, com gravidade respostas ao tratamento e alteração pós traumático**. Rio de Grande do Sul, 2003.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

NARDI, Antonio Egidio; QUEYEDO, Joao; SILVA, Antonio Geraldo. **Transtorno de pânico: teoria e clinica**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RANGÉ, Bernard P. **Vencendo o pânico: terapia integrativa para quem sofre o transtorno de pânico e a agorafobia: manual do cliente**. Rio de Janeiro: Cognitiva, 2010.

RANGÉ, Bernard; BORBA, Angelica. **Vencendo o pânico: terapia integrativa para quem sofre e para quem trata o transtorno de pânico e a agorafobia**. Rio de Janeiro: Cognitiva, 2008.

\_\_\_\_\_. **Vencendo o Pânico: Terapia integrativa para quem sofre e para quem trata o Transtorno do Pânico e Agorafobia, manual do cliente**. Rio de Janeiro: Cognitiva, 2010.

RANGÉ, Bernard. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

\_\_\_\_\_. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um dialogo com a psiquiatria**. 2ª ed. São Paulo: Artmed, 2011.

ROCHA, Sonia. **Pobreza no Brasil: afinal, de que se trata?** 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

SADOCK, Benjamim J.; GREBB, Jack. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.

SADOK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clinica**. 9 ed. Porto Alegre: Ertmed, 2007.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa**. 9. ed. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

TEIXEIRA, Marina Borges, et al. **Manual de enfermagem psiquiátrica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

TIMBY, Barbara Kuhn; SMITH, E. Nancy. **Enfermagem Medico-Cirurgica**. 8ª Ed. São Paulo, Barueri: Manole, 2005.

VIEIRA, Sonia; HOSSNE, William. **Metodologia científica para a área de saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

## APÉNDICE

## Formulário

1- Qual seu Sexo?

- ( ) Feminino  
( ) Masculino

2- Qual a sua idade?

- ( ) Entre 18 a 30 anos  
( ) Entre 31 a 40 anos  
( ) Entre 41 a 50 anos  
( ) Entre 51 a 60 anos  
( ) Acima de 60 anos

3- Qual sua escolaridade?

- |                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| ( ) Ensino Fundamental Incompleto | ( ) Ensino Médio Incompleto    |
| ( ) Ensino Fundamental Completo   | ( ) Cursando Ensino Superior   |
| ( ) Cursando Ensino Médio         | ( ) Ensino Superior Completo   |
| ( ) Ensino médio completo         | ( ) Não tenho formação escolar |

4- Qual o seu estado civil?

- ( ) Solteiro (a)  
( ) Casado (a)  
( ) Divorciado (a)  
( ) Viúvo (a)

5- Sua atividade remunerada esta ligada à?

- ( ) Autônomo  
( ) Aposentadoria  
( ) Recebe benefício  
( ) Não exerço atividade remunerada  
( ) Outros.....

6- Qual a renda familiar?

- ( ) Até 1 salário  
( ) Entre 1 a 3 salários  
( ) Entre 3 a 5 salários  
( ) Mais de 5 salários

7- Quantos filhos (a) você tem?

- ( ) Somente 1 filho  
( ) De 2 a 3 filhos  
( ) Mais de 3 filhos

8- Quais os fatores predisponentes nos pacientes em tratamento?

- ( ) Genético  
( ) Social  
( ) Ambiental  
( ) Sócio econômico  
( ) Outros .....

9- Quais os primeiros sinais e sintomas manifestados no principio da doença?

- Pensamentos assustadores
- Calafrios
- Ataque Cardíaco
- Vertigens (desmaio)
- Náuseas e vômitos
- Cefaleia
- Sudorese
- Outras R:.....

10- Tinha conhecimento da doença antes do diagnóstico ?

- Sim
- Não

11- Qual o meio de informação que levou a procura de ajuda no CAPS?

- Televisão, rádio.
- Folder, palestras.
- Jornal.
- Internet.
- Familiares, amigos.
- Outros.....

**ANEXO**



## INSTITUTO ESPERANÇA DE ENSINO SUPERIOR

### BACHARELADO EM ENFERMAGEM

#### TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA ACADÊMICA

Estou ciente sobre a pesquisa Transtorno do Pânico: Fatores predisponentes nos pacientes do Centro de atendimento Psicossocial em Santarém-Pará, desenvolvida pelas acadêmicas do curso de Enfermagem do Instituto Esperança de Ensino Superior – IESPES, que tem por objetivo geral: investigar os fatores predisponentes do transtorno do pânico nos pacientes em tratamento no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) em Santarém no período de janeiro a junho de 2013. Estou plenamente esclarecido de que:

1. Ao responder as questões contidas no instrumento da pesquisa, estarei participando da coleta de dados.
2. Será garantida a privacidade e a confidencialidade das informações sendo a responsabilidade assumida pelas acadêmicas Ellen Feitosa, Suéllem Patrícia e Tyllara Rocha, sob a orientação Alda Lemos.
3. Caso venha a aceitar a participação nesta pesquisa, estará garantida a minha desistência a qualquer momento, bastando para isso, encaminhar esta decisão por escrito.
4. Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não terei direito a nenhuma remuneração. A participação na pesquisa não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza.
5. Poderei solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.
6. Tenha ciência que o resultado da pesquisa será apresentado publicamente e poderá ser publicado.

Ao assinar este documento estou aceitando participar da pesquisa.

Empresa: \_\_\_\_\_

Nome Sr.(a): \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Genero: ( ) M ( ) F Natural de \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone para contato/e-mail: \_\_\_\_\_

Santarém (PA), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

Assinatura: