

Experiências vivenciadas pelo paciente com diagnóstico de transtorno do pânico

Experiences experienced by patients diagnosed with panic disorder

Experiencias experimentadas por pacientes diagnosticados con trastorno de pánico

Recebido: 14/09/2022 | Revisado: 17/10/2022 | Aceitado: 18/10/2022 | Publicado: 07/11/2022

Tereza Raquel de Ulhôa Torres

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2827-3225>
Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna, Brasil
E-mail: terezaulhoatorres@gmail.com

Cynthia Daniella Barbosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8993-2255>
Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna, Brasil
E-mail: cynthiadaniellabarbosa@gmail.com

Cristiano Leonardo de Oliveira Dias

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2750-8416>
Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil
E-mail: cristianoldias@yahoo.com.br

Bruna Katerine Godinho Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5288-0332>
Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil
E-mail: brunahk@gmail.com

Lucas Faustino de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2565-1080>
Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais, Brasil
E-mail: lucasfaustino0@gmail.com

Rhaissa Gonçalves Souto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6462-5128>
Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna, Brasil
E-mail: raissasouto@hotmail.com

Isabela Barbosa Cruz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7516-2915>
Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais, Brasil
E-mail: belab17@gmail.com

Sarah Martins Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3738-9633>
Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil
E-mail: sarmocmg@gmail.com

Kísia Kelly Ferreira Rosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7279-942X>
Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais, Brasil
E-mail: kisiakellyfenfermagem@gmail.com

Pâmela Tainá Florêncio Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6500-2782>
Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais, Brasil
E-mail: pamelatainaflorencioferreira@gmail.com

Roberta Veloso César

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0766-8826>
Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais, Brasil
E-mail: robertavelosocesar@gmail.com

Kênia Emanuelle Aguiar Fagundes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1431-4257>
Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais, Brasil
E-mail: keniaemanuelle.aguiarenf@gmail.com

Kerolaine de Freitas Moreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4444-4709>
Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais, Brasil
E-mail: kerolainedefreitasmoreira@gmail.com

Fernanda Fagundes Fernandes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3451-6537>
Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais, Brasil
E-mail: fernandafagundes@gmail.com

Amália Magalhães Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0102-762X>
Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais, Brasil
E-mail: amaliasouzaenf@gmail.com

Resumo

Introdução: o transtorno do pânico é caracterizado por ataques de pânico recorrentes, os quais ocasionam, entre outros sintomas, taquicardia, hiperventilação, pressão arterial elevada, asfixia, náusea, desconforto abdominal, tontura e dores no peito. **Objetivo:** conhecer as experiências de pacientes com diagnóstico de Transtorno do Pânico acerca da doença. **Métodos:** o estudo foi conduzido por meio dos relatos colhidos com os próprios pacientes em uma abordagem qualitativa, que oferece uma perspectiva privilegiada para compreensão desse aspecto pessoal e global da experiência do transtorno. Foi utilizado roteiro semiestruturado, que registra dados socioeconômico, informações sobre lazer, e perguntas relacionadas à doença. **Resultados:** participaram do estudo cinco pacientes, sendo 5 do sexo feminino, a análise dos relatos revelou a necessidade crescente de informações sobre esta questão que ainda é muito nova na sociedade. **Conclusão:** viver com transtorno do pânico é um desafio significativo para a vida do indivíduo, o que exige apoio social, familiar e dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Transtornos mentais; Transtorno de pânico; Saúde mental.

Abstract

Introduction: panic disorder is characterized by recurrent panic attacks, which cause, among other symptoms, shorty, shorty of hyperventilation, high blood pressure, asphyxia, nausea, abdominal discomfort, dizziness and chest pain. **Objective:** to know the experiences of patients diagnosed with Panic Disorder about the disease. **Methods:** the study was conducted through the reports collected with the patients themselves in a qualitative approach, which offers a privileged perspective for understanding this personal and global aspect of the experience of the disorder. A semi-structured script was used, which records socioeconomic data, leisure information, and questions related to the disease. **Results:** five patients participated in the study, 5 female, the analysis of the reports revealed the growing need for information on this issue that is still very new in society. **Conclusion:** living with panic disorder is a significant challenge for the individual's life, which requires social, family and health services support.

Keywords: Mental disorders; Panic disorder; Mental health.

Resumen

Introducción: El Trastorno de Pánico se caracteriza por ataques de pánico recurrentes, que provocan, entre otros síntomas, deficiencia, falta de hiperventilación, hipertensión arterial, asfixia, náuseas, molestias abdominales, mareos y dolor torácico. **Objetivo:** conocer las experiencias de los pacientes diagnosticados con Trastorno de Pánico sobre la enfermedad. **Métodos:** el estudio se realizó a través de los informes recogidos con los propios pacientes en un enfoque cualitativo, que ofrece una perspectiva privilegiada para comprender este aspecto personal y global de la experiencia del trastorno. Se utilizó un guión semiestructurado, que registra datos socioeconómicos, información de ocio y preguntas relacionadas con la enfermedad. **Resultados:** cinco pacientes participaron en el estudio, 5 mujeres, el análisis de los informes reveló la creciente necesidad de información sobre este tema que aún es muy nuevo en la sociedad. **Conclusión:** vivir con trastorno de pánico es un desafío significativo para la vida del individuo, que requiere apoyo social, familiar y de servicios de salud.

Palabras clave: Trastornos mentales; Trastorno de pánico; Salud mental.

1. Introdução

O transtorno do pânico (TP) parece ser conhecido desde a Grécia Antiga. Por este motivo a palavra recebe o significado de “susto ou pavor repentino, que provoca reação descontrolada”, mesmo sendo conhecido desde os primórdios da humanidade, seu estudo só se iniciou no século XX (Gomes, et al., 2022).

Há escassez de dados atualizados sobre a prevalência da síndrome do pânico, mas estimativas mais antigas estipulam que o TP afeta cerca de 22% da população mundial (Ximenes, et al., 2021).

Os ataques de pânico podem ocorrer a qualquer momento, inclusive durante o sono, duram de minutos até uma hora, sendo o pico em aproximadamente dez minutos. Após um ataque os sintomas podem durar com cansaço, medos e insegurança (Valente & Mello, 2012).

Esse transtorno influencia a qualidade de vida em geral, à medida em que afeta a relação do paciente com família, ambiente social e trabalho e muitas vezes a relação conjugal. O transtorno causa profundo desconforto aos pacientes, sendo caracterizado por uma forte sensação de insegurança, levando até mesmo a algum tipo de paralisia da capacidade de ação (Roy-Byrne, et al., 2019).

É importante estudar melhor a TP inclusive porque ela aparece associada a uma série de outros transtornos psiquiátricos. Pessoas que desenvolveram TP precocemente, apresentaram um maior número de doenças psiquiátricas, tais

como fobia social, agorafobia e transtorno de estresse pós-traumático, dentre outros (Montiel, et al., 2014).

Ademais, observa-se grande dificuldade de compreensão por parte da sociedade em relação aos indivíduos com diagnóstico de TP. É comum, por exemplo, que não se saiba identificar os sintomas apresentados em momentos de crise, ou que eles sejam vistos preconceituosamente como vícios de personalidade (Belo, et al., 2020).

Assim, o presente estudo poderá trazer benefícios à comunidade esclarecendo dúvidas e mitos referentes à doença e orientando quanto à importância do tratamento e as fases de recuperação, auxiliando significativamente os profissionais de saúde. Enfim, apresenta importância por abordar um tema relevante na atualidade, pouco discutido e constantemente equivocado (Almeida, et al., 2018). Nesse contexto, o presente estudo objetivou conhecer as experiências de pacientes com diagnóstico de transtorno do pânico acerca da doença.

2. Metodologia

Trata-se de um descritivo-exploratório com abordagem qualitativa segundo Minayo (2021). O cenário do estudo foi a área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde localizada em um município localizado no Norte de Minas Gerais. Foi realizada a busca do registro de pacientes com diagnóstico de TP.

Os critérios de inclusão foram pacientes com idade igual ou superior a 18 anos e que estivessem presentes no domicílio durante o período de coleta de dados. Foram excluídos usuários que não estavam em condições estáveis para participar da pesquisa. Dessa forma, a amostra inicial foi de 8 usuários com diagnóstico médico de TP.

No entanto, dos 8 usuários, uma encontrava-se em crise no período de coleta de dados e recusou-se a participar da pesquisa, dessa forma, foram entrevistados 6 usuários, assim, a amostra foi por conveniência.

A coleta de dados ocorreu no domicílio do usuário durante o turno matutino ou vespertino por meio de uma entrevista com base em um roteiro semiestruturado com a pergunta norteadora: Para você, como é viver com transtorno do pânico? Foi utilizado um gravador tipo MP3. Os dados foram analisados com base na análise de conteúdo de Bardin (2009).

Antes do início da coleta de dados os usuários assinaram o Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os usuários foram representados pela letra E (de entrevistado) com a numeração arábica correspondente a ordem de realização da coleta de dados. O estudo respeitou as normas e diretrizes da Resolução número 466 de doze de dezembro de 2012 que trata pesquisa com seres humanos e foi submetido ao Comitê de ética em pesquisa sendo aprovado sob o parecer 1.259.310.

3. Resultados e Discussão

As participantes possuíam idade entre 35 e 36 anos, o que representa um dos fatores de risco para DMG que é idade superior a 35 anos. São donas de casa e todas eram multíparas.

A maioria dos entrevistados foram mulheres, com idade entre 34 a 55 anos, todos casados ou divorciados, com mais de um filho. Muitos não souberam relatar quando ocorreu a primeira crise, questionou-se se possuíam autocontrole no momento que percebiam que teriam uma crise, muitos disseram que não. Nos relatos apesar de terem sido expostos de forma diferente, a maioria apresentava os mesmos sinais e sintomas:

E1: “Dor no peito, angústia muito profunda, mal-estar, basicamente ansiedade (pausa), amanheço muito cansando”.

E2: “Sinto uma raiva, uma coisa incontrolável (risos), dor no peito, falta de ar e um cansaço, parece que tomei uma surra”.

E3: ” Falta de ar, náusea, fadiga, (pausa e uma respiração profunda) e muita dormência”.

E4: “Ansiedade, batimento cardíaco, falta de ar, enjoo, dor de cabeça, insônia, quando a crise é muito forte vem a parte do tremor”.

E5: *“Muita dor no peito como se eu tivesse enfartando, uma vontade louca de vomitar, mas não sai nada e no final de tudo estou cansada como se tivesse passado um caminhão em cima de mim”*.

O TP é caracterizado pela presença de ataques de pânico recorrentes, que consistem em uma sensação de medo ou mal-estar intenso (Okuro, et al., 2020; Salum, et al., 2009). Sendo que o ataque de pânico se define pelo terror ou medo intenso que ocasiona taquicardia, hiperventilação, pressão arterial elevada, asfixia, náusea, desconforto abdominal, tontura, dores no peito e sensação subjetiva de pavor e morte iminente (Miranda, et al., 2011).

O cotidiano dos pacientes é muito restrito a suas próprias casas. Com a análise dos relatos pode ser deduzido que é por medo e falta de segurança de sair da mesma:

E2: *“Às vezes, prefiro ficar em casa (não quis entrar em detalhes)”*.

E3: *“Às vezes, prefiro ficar aqui no meu mundinho, saio com muito esforço”*.

E5: *“Às vezes, prefiro ficar em casa, me sinto mais segura”*.

E6: *“Às vezes, prefiro ficar em casa, é muito mais confortável para mim e evito crises desnecessárias”*.

Normalmente, pessoas com síndrome do pânico limitam suas vidas para evitar que tenham crises. “Crises de pânico são comuns a todos os indivíduos (Matias & Lima, 2022). Em relação a experiência do diagnóstico profissional, a maioria dos entrevistados relataram que receberam de forma direta, nenhum deles aprofundou na resposta:

E1: *“Aceito muito bem, divulgo, ajudo as outras pessoas, para benefício do próximo”*.

E3: *“Normal”*.

E4: *“Tranquila, eu sabia que tinha que tratar”*.

E5: *“É normal, já me acostumei”*.

E6: *“Tranquilo”*.

A forma mais segura de receber o diagnóstico do transtorno do pânico é treinar a si mesmo para reagir ao pânico de maneira calma e receptiva. O que faz um ataque de pânico aceitável (não desejável, mas aceitável) é que, embora pareça horrível e apavorante, o pânico não é perigoso (Souza, et al., 2021).

Uma das dificuldades está, portanto, na questão do diagnóstico da TP e na compreensão do quadro geral de saúde do paciente (Brasil, 2013). Deve ser feita uma minuciosa avaliação clínica e laboratorial em paciente predisposto para o TP para serem excluídas outras condições médicas e o uso de medicamentos errados. É importante, também, estabelecer a presença de comorbidades frequentes como agorafobia ou depressão, que poderão implicar em condutas diversas (Zuardi, 2017; Nogueira, et al., 2018). Apenas uma entrevistada relatou medo:

E2 *“Fiquei com medo, porque não sabia o que era a princípio, achava que ela ia me matar no futuro, aí pesquisei na internet (risos)”*.

Já os pacientes E3, E4, E5 e E6, relataram que não sabiam o que era doença, indo assim muitas vezes para o hospital achando que era alguma doença cardíaca e procuram ajuda depois que não obtiveram sucesso nessas consultas.

Pacientes diagnosticados com transtorno do pânico apresentam mudanças corporais e sensações que provocam medo de ter o ataque e medo do medo. O indivíduo adquire medo e desconfiança do próprio corpo, relatam medo de enlouquecer e

de perder a noção de si mesmo (Campos, *et al.*, 2021). Assim, querendo parar de sofrer, a pessoa tenta fugir das situações e das sensações corporais que possam levar ao desencadeamento da crise, muitas vezes a pessoa não busca ajuda pois acham que nada irá resolver seu problema e pelo julgamento das pessoas com quem convive.

O preconceito sofrido pelos pacientes, vem da própria família (cônjuges e filhos), frequentemente:

E2: “Meu marido trabalha na área da saúde, mas não acredita muito nisso, diz que é coisa da minha cabeça, meus filhos não entendem o que é, por causa que são muito novos, só dizem que mamãe é difícil (risos), por que em 5 minutos estou bem e depois quero quebrar tudo”.

E3: “Eles acham que é falta de esforço da minha parte e força de vontade (pausa, choro e respirou fundo, foi perguntado se ela queria continuar e a resposta foi positiva), por que tenho depressão camuflada”.

E5: “Dizem que estou fazendo charme, só para chamar a atenção ou sair de uma discussão que eu esteja errada (olhos cheios d’água)”.

É natural que a família se sinta perdida e frequentemente ressentida pelos transtornos que o pânico causa e passe a pressionar o paciente para “controlar” ou “superar” suas crises. Assim verifica-se que há uma cobrança excessiva por parte dos familiares para com o paciente, deixando-o ansioso (Giacomini, *et al.*, 2022; Silva-Filho, *et al.*, 2022; Rotoli & Silva, 2020).

Todos os pacientes procuraram ajuda devido ao grande mal-estar causado pelos sinais e sintomas da doença.

E1: “O mal-estar causado, aquela agonia que provoca, basicamente ansiedade, dor no peito”.

E2: “Foi de ter medo de sair de casa, medo da sombra das pessoas, do convívio das pessoas e às vezes que fui para o hospital que achei que estava morrendo sem ar e com muita dor”.

E3: “Bom, quando eu tive o primeiro filho, que tive a primeira crise, foi horrível, falta de ar, endureci todinha igual um defunto de três dias (risos) e embolei a língua”.

E4: “Os sintomas que são muito desagradáveis de ansiedade e medo”.

E5: “Essas coisas que eu sinto, muita dor no peito, vontade de vomitar e não vomitar, eu achava que estava enfardando”.

E6: “Dor no peito como se estivesse uma pessoa pressionando ele, náuseas e parecia um infarto”.

Os pacientes com transtorno do pânico, muitas vezes demoram anos para um diagnóstico definitivo. Com a entrada em emergências médicas a uma procura de causas orgânicas. Portanto, além de psiquiatras também médicos em geral e em especial aqueles que trabalham em atenção primária e serviços de emergência médica devem estar familiarizados com os critérios do transtorno do pânico o conhecimento multiprofissional é de extrema importância nesse processo (Salum, 2009; Boghi, *et al.*, 2018).

4. Considerações Finais

Viver com transtorno do pânico é um desafio significativo para a vida do indivíduo, o que exige apoio social, familiar e dos serviços de saúde. Assim, é essencial a conscientização dos familiares a respeito da gravidade do problema, pois a maioria dos pacientes sofrem preconceito dos próprios familiares, tratando o paciente de forma desrespeitosa, no entanto, esses indivíduos mais precisam nesse momento é de carinho, paciência e compressão. A ausência dessa postura pode acarretar ao paciente a sensação de inferiorização, e este sentimento foi demonstrado pelos pacientes de forma frequente durante a coleta de dados. Por fim, essa temática é encarada com preconceitos e estigmas pela sociedade e deve ser investigada em outros estudos

futuros para melhorar a assistência à saúde a esses indivíduos.

Referências

- Almeida, E., Fioramonte, G., Padilha, E., & Scatolin, H. G. (2008). A atuação do shiatsu na síndrome do pânico. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 1(3), 38-55.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. *Resolução nº 466, de 2012*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.
- Brasil. (2013). *Caderno de atenção básica número 34*. Ministério da Saúde.
- Belo, F. M. P., Albuquerque, M. C. S., Santos, R. C. S., Neto, V. L. M., Lima, J. L. R., Maynard, W. H. C., & Ornelas, A. C. C. (2020). Desesperança e transtornos mentais em profissionais de enfermagem de serviços oncológicos. *Research, Society and Development*, 9(11), 1-23.
- Boghi, C., Moreira, S. D., Moreira, S., Willy, C. D., Risemberg, C. S., & Ive, R. (2018). Pesquisa-ação em estudantes com dificuldades psicossociais por meio de terapias alternativas. *Research, Society and Development*, 7(6), 1-11.
- Campos, L. A. M., Amorim, G. M., Lopes, J. S. M., & Silva, J. C. T. (2021). Ansiedade social: o que a boca não fala o corpo sente. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar*, 2(3), 183-197.
- Filho, J. B. S., Oliveira, E. N., Lima, L. M. C., Costa, A. B. S., Vasconcelos, M. I. O., Ávila, R. E. L., & Trindade, J. L. (2022). Materiais educativos e de apoio ao familiar cuidador de pessoas com transtorno mental: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(5), 1-8.
- Giacomini, K., Alexandre, L. A., Rotoli, A., & Pinheiro, J. M. (2022). Desafios da família no cuidado da pessoa com transtorno mental: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(6), 1-12.
- Gomes, A. B. S., Neto, A. S., Silva, R. A. L., & Oliveira, S. G. (2022). Transtorno do pânico: fisiopatologia e abordagens terapêuticas. *Brazilian Journal of Development*, 8(2), 13454-13471.
- Miranda, F. P., Crepaldi, A. M., Almeida, F. F., Cheniaux, E., Nardi, A. E., Fernandez, J. L., & Cruz, A. P. M. (2011). Percepção de dor aguda em pacientes com transtorno de pânico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(4), 781-787.
- Minayo, M. C. S. (2021). Ética das pesquisas qualitativas segundo suas características. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 9(22), 521-539.
- Montiel, J. M., Bartholomeu, D., Capitão, C. G., & Santos, G. C. (2014). Pensamentos negativos automáticos em pacientes com transtorno do pânico. *Liberabit*, 20(2), 239-249.
- Nogueira, J. F. O., Neves, R. T., Ferreira, A. P. C., Medeiros, A. A., Begosso, K. F., & Carbonari, K. F. B. S. F. (2018). Transtorno do pânico: cardiologia e psicologia em ação. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, 28(3), 1-15.
- Okuro, R. T., Freire, R. C., Zin, W. A., Quagliato, L. A., & Nardi, A. E. (2020). Panic disorder respiratory subtype: psychopathology and challenge tests – an update. *Braz. J. Psychiatry*, 42(4), 420-430.
- Rotoli, A., & Silva, M. R. S. (2020). A família no processo de reinserção social da pessoa com transtorno mental: percepção dos profissionais da atenção básica. *Research, Society and Development*, 9(8), 1-15.
- Roy-byrne P. P. (2019). *Panic disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis*. UpToDate..
- Salum, G. A., Blaya, C. & Manfro, G. G. (2009). Transtorno do Pânico. *Revista Psiquiátrica*. 31(2), 86-94.
- Sousa, J. R., Oliveira, J. T. M., Cruz, F. M. P., Neri, G. V. A., Lima, L. G. A., Silva, F. E. C., & Macedo, A. M. A. (2021). Condutas em saúde mental na estratégia saúde da família: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(10), 1-8.
- Valente, N. L. M., & Mello, M. F. (2012). Transtorno do Pânico. *Revista Brasileira de Medicina*, 70(1), 5-12.
- Ximenes, S. M. B. S., Barbosa, L. C. L., Rodrigues, N. L. A., Sousa, M. R. N., Rodrigues, N. L. A., Souza, M. A. C., & Alvez, S. P. (2021). A psicanálise na desconstrução dos gatilhos para o transtorno de pânico. *Research, Society and Development*, 10(3), 1-8.
- Zuardi, A. W. (2017). Características básicas do transtorno do pânico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 50(1), 56-63.