

Eliane Regina Pereira
(Organizadora)

A Pesquisa em Psicologia em Foco



Eliane Regina Pereira
(Organizadora)

A Pesquisa em Psicologia em Foco

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof^a Dr^a Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof.^a Dr.^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof.^a Dr.^a Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof.^a Dr.^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.^a Dr.^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof.^a Dr.^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof.^a Dr.^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof.^a Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.^a Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
P474	A pesquisa em psicologia em foco [recurso eletrônico] / Organizadora Eliane Regina Pereira. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (A Pesquisa em Psicologia em Foco; v. 1) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-367-5 DOI 10.22533/at.ed.675190506 1. Psicologia – Pesquisa – Brasil. I. Pereira, Eliane Regina. II.Série. CDD 150.7
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Um fotógrafo-artista me disse uma vez: veja que pingo de sol no couro de um lagarto é para nós mais importante do que o sol inteiro no corpo do mar. Falou mais: que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem com barômetros etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós. Assim um passarinho nas mãos de uma criança é mais importante para ela do que a Cordilheira dos Andes. (...). Se fizerem algum exame mental em mim por tais julgamentos, vão encontrar que eu gosto mais de conversar sobre restos de comida com as moscas do que com homens doutos. (Barros, 2006)¹.

A partir de uma memória inventada, Manoel de Barros nos convida a pensar sobre as importâncias. Segundo o poeta é preciso que nos encantemos pelas coisas. Assim, mais importante que medir, ou ainda, que identificar o instrumento certo da medida é preciso estar encantado pelo processo. Entendemos que pesquisar é se encantar, é se entregar a uma temática e se permitir mergulhar no processo de construção de dados, de modo que os resultados não sejam entendidos como descobertas, mas como construção de um processo que se dá entre o pesquisador e a pesquisa realizada.

Segundo o dicionário online² pesquisar é um verbo transitivo que significa investigar com a finalidade de descobrir conhecimentos novos, ou ainda, recolher elementos para o estudo de algo. Se o objetivo é, portanto, descobrir conhecimentos novos, temos obrigação de após pesquisar, espalhar esses novos conhecimentos. Este é o objetivo deste livro, divulgar, espalhar, difundir conhecimentos pesquisados. O livro é resultado de uma série de pesquisas em psicologia. Não é um livro de método, mas um livro de relato de pesquisa e de experiência.

O livro está organizado em três partes. A primeira parte intitulada “Pesquisas Teóricas” consta de quinze capítulos que apresentam diferentes temáticas e diferentes caminhos de pesquisa. Desde pesquisas bibliográficas de cunho qualitativo e/ou quantitativo em bases de dados a pesquisas de profundidade em autores específicos como Rubinstein, Davýdov e Emília Ferreiro. Dificuldade de aprendizagem, evolução da língua escrita, formação de professores, imagem corporal, violência contra a mulher, jogo compulsivo, transtorno do pânico e transtorno do stress pós-traumático são algumas das temáticas aqui apresentadas.

A segunda parte intitulada “Pesquisas Empíricas” é composta de dez capítulos. Nesta parte, os autores apresentam diferentes instrumentos de pesquisa: Questionário semiestruturado com perguntas fechadas, aplicação de diferentes inventários ou escalas, entrevistas semiestruturadas, são algumas das metodologias de pesquisas expostas aqui.

A terceira parte intitulada “Relatos de experiência” inclui seis pequenos relatos que permitem ao leitor acompanhar o trabalho dos autores.

É preciso ser possuído por uma paixão para que se possa comunica-la.

1 Barros, M. (2006). Memórias inventadas: a segunda infância. São Paulo. Editora Planeta.

2 <https://www.dicio.com.br/pesquisar/>

Esperamos que você se encante pela leitura, assim como, cada pesquisador/autor aqui apresentado, evidencia ter se apaixonado, se encantado pelo ato de pesquisar.

Eliane Regina Pereira

SUMÁRIO

PESQUISAS TEÓRICAS

CAPÍTULO 1	1
AS DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM INFANTIL	
Matildes Martins Feitosa	
Janicleide Rodrigues de Souza	
Francisco Mayccon Passos Costa	
DOI 10.22533/at.ed.6751905061	
CAPÍTULO 2	13
AS CONTRIBUIÇÕES DE SERGUEI LEONIDOVICH RUBINSTEIN PARA A EDUCAÇÃO: UMA EXPRESSÃO DE SUA TEORIA DA ATIVIDADE	
Alexandre Pito Giannoni	
Luana de Lima Menezes	
DOI 10.22533/at.ed.6751905062	
CAPÍTULO 3	25
A EVOLUÇÃO DA LÍNGUA ESCRITA SEGUNDO A EPISTEMOLOGIA GENÉTICA: DO PERÍODO PRÉ-SILÁBICO AO SISTEMA ALFABÉTICO PELO SUJEITO QUE APRENDE	
Bruna Assem Sasso dos Santos	
Adrián Oscar Dongo Montoya	
DOI 10.22533/at.ed.6751905063	
CAPÍTULO 4	40
CUBA: A FORMAÇÃO DOS PROFESSORES DO CURSO DE PEDAGOGIA	
Drielly Adrean Batista	
Alonso Bezerra de Carvalho	
DOI 10.22533/at.ed.6751905064	
CAPÍTULO 5	51
GESTALT-TERAPIA E TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL (TCC) UM DIÁLOGO SOBRE DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM	
Maira Ribeiro da Silva	
Andréia Borges da Silva	
Nádie Christina Ferreira Machado Spence	
DOI 10.22533/at.ed.6751905065	
CAPÍTULO 6	61
PRINCÍPIOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA ORGANIZAÇÃO DO ENSINO PARA APROPRIAÇÃO DO CONCEITO DE CÍRCULO	
Patrick Leandro Felipe	
Ademir Damazio	
DOI 10.22533/at.ed.6751905066	
CAPÍTULO 7	76
TANATOLOGIA: A EDUCAÇÃO SOBRE A MORTE NO CONTEXTO ESCOLAR	
Jessyca Gracy Pereira Veloso	
Bianca Viana Coutinho	
Nathália Gomes Duarte	
Camila Maria Rabêlo	

CAPÍTULO 8 87

PERSPECTIVAS DE ENSINO E APRENDIZAGEM: LÓGICA DA PROGRAMAÇÃO, PIAGET E TECNOLOGIAS DIGITAIS

Luciana Michele Ventura
Luciane Guimarães Batistella Bianchini
Lisandra Costa Pereira Kirnew
Luciana Ribeiro Salomão
Bernadete Lema Mazzafera

DOI 10.22533/at.ed.6751905068

CAPÍTULO 9 99

ASPECTOS PSICOSSOMÁTICOS DA IMAGEM CORPORAL DE PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAIIS – UMA REVISÃO DE LITERATURA

Jéssica Regina Chaves
Périsson Dantas do Nascimento

DOI 10.22533/at.ed.6751905069

CAPÍTULO 10 108

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA REVISÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA A PARTIR DE 2014

Mariana Gonçalves Farias
Mariana Costa Biermann
Glysa de Oliveira Meneses
Lia Wagner Plutarco
Estefânea Élide da Silva Gusmão

DOI 10.22533/at.ed.67519050610

CAPÍTULO 11 123

OLHAR PSICANALÍTICO PARA O TRANSTORNO DE PÂNICO: EXPRESSÃO DE ANGÚSTIA E EVIDÊNCIA DO DESAMPARO

Amanda da Rocha Camargo

DOI 10.22533/at.ed.67519050611

CAPÍTULO 12 137

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: ASPECTOS GENÉTICOS E O TRATAMENTO COM BASE NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Jonanthan Costa Araujo
Laíne Kamila Machado Gomes
Simão Neto
Victória Regina Silva Rodrigues
Danilo Camuri Teixeira Lopes
Nelson Jorge Carvalho Batista

DOI 10.22533/at.ed.67519050612

CAPÍTULO 13 145

DIFICULDADES ENFRENTADAS POR PACIENTES COM TRANSTORNO DO PÂNICO E TRANSTORNO DO STRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT)

Juniane Oliveira Dantas Macedo
Liliana Louisa de Carvalho Soares
Lyzanka Fontinele Vasconcelos
Roberta Soares Machado

Nelson Jorge Carvalho Batista
DOI 10.22533/at.ed.67519050613

CAPÍTULO 14 158

JOGANDO, PERDENDO E SOFREDO: UM OLHAR SOBRE O JOGO COMPULSIVO A PARTIR DE
MARGE SIMPSON

Heloá Silva Ferreira
Felipe Maciel dos Santos Souza

DOI 10.22533/at.ed.67519050614

CAPÍTULO 15 169

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO SOB UMA VISÃO PSICOLÓGICA DO FILME O
QUARTO DE JACK

Nathália Gomes Duarte
Jessyca Gracy Pereira Veloso
Lilian Alves Ribeiro
Bianca Viana Coutinho
Nelson Jorge Carvalho Batista

DOI 10.22533/at.ed.67519050615

SOBRE A ORGANIZADORA..... 179

DIFICULDADES ENFRENTADAS POR PACIENTES COM TRANSTORNO DO PÂNICO E TRANSTORNO DO STRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT)

Juniane Oliveira Dantas Macedo

Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA,
Teresina- PI

Liliana Louisa de Carvalho Soares

Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA,
Teresina - PI

Lyzanka Fontinele Vasconcelos

Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA,
Teresina - PI

Roberta Soares Machado

Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA,
Teresina – PI

Nelson Jorge Carvalho Batista

Prof. Do Centro Universitário Santo Agostinho,
Mestrado em Genética e Toxicologia aplicada pela
Universidade Luterana do Rio Grande do Sul,
Doutor em Biologia Celular e Molecular Aplicada a
Saúde - ULBRA– Teresina-PI

Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA-
TERESINA- PI

RESUMO: O Transtorno do Pânico é uma doença ligada ao espectro dos Transtornos de Ansiedade marcadas por muito medo e desespero, associadas a sintomas físicos e emocionais aterrorizantes e o Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) pode ser entendido como uma perturbação psíquica caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas físicos e emocionais após uma situação

traumática. O objetivo deste estudo é realizar uma pesquisa bibliográfica sobre as dificuldades que o paciente encontra em distinguir o transtorno do pânico com ou sem Agorafobia com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Foi feita uma Pesquisa Bibliográfica de Abordagem Qualitativa, desenvolvida no período de fevereiro a junho de 2017, por meio de consultas específicas pela Plataforma da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados: Scielo e Pubmed no qual foram utilizados 25 artigos publicados na íntegra que respondiam ao problema da pesquisa. Após o estudo foi concluído que ambos os transtornos possuem sintomas semelhantes levando o paciente em primeiro momento ter um errôneo autodiagnóstico.

PALAVRAS-CHAVE: Pânico. Agorafobia. Transtornos de Estresse Traumático.

ABSTRACT: Panic Disorder is a disease linked to the spectrum of Anxiety Disorders marked by much fear and despair associated with terrifying physical and emotional symptoms and Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) can be understood as a psychic disorder characterized by a set of physical and emotional signs and symptoms after a traumatic situation. The objective of this study is to perform a bibliographic research about the difficulties that the patient finds in distinguishing panic disorder

with or without Agoraphobia with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). A Qualitative Approach Bibliographic Survey was carried out from February to June 2017, through specific consultations by the Virtual Health Library Platform (VHL), in the following databases: Scielo and Pubmed in which 25 articles were used published in full that responded to the research problem. After the study it was concluded that both disorders have similar symptoms leading the patient at first to have a misdiagnosed self.

KEYWORDS: Panic.Agoraphobia.Traumatic Stress Disorders.

1 | INTRODUÇÃO

A síndrome ou transtorno do pânico (ansiedade paroxística episódica) é uma doença que se caracteriza pela ocorrência repentina, inesperada e de certa forma inexplicável de crises de ansiedade aguda marcadas por muito medo e desespero, associadas a sintomas físicos e emocionais aterrorizantes, que atingem sua intensidade máxima em até dez minutos. Durante o ataque de pânico, em geral de curta duração, a pessoa experimenta a nítida sensação de que vai morrer ou de que perdeu o controle sobre si mesmo e vai enlouquecer.

Uma vez em pânico a pessoa vai sentir sensações sufocantes como dor no peito, falta de ar e formigamento nas mãos, sensações horríveis e reais. É muito comum a pessoa sair abruptamente do local e procurar ajuda (KIERKEGAARD, 1996). No intervalo entre as crises a pessoa costuma viver na expectativa constante de ter uma nova crise. Para Scarpato (2010) este processo, denominado ansiedade antecipatória, leva muitas pessoas a evitarem certas situações e a restringirem suas vidas a um mínimo de atividades.

Sheehan (2000) explana que, o transtorno ou síndrome do pânico implica a vivência inadequada de um elevado estado de excitação equivalente ao que o corpo produziria na preparação para enfrentar um perigo real ou fugir dele. Essa resposta hiper-reativa do sistema nervoso autônomo pode levar a pessoa a sentir sintomas físicos associados à reação de ‘lutar ou fugir’ em situações cotidianas completamente inofensivas.

Uma crise de pânico pode variar na sua duração, quando alguém tem crises repetidas ou sente-se muito ansioso, com medo de ter outra crise, diz-se que tem transtorno do pânico. A maioria das pessoas que tem uma crise e não buscar tratamento apropriado terá problemas mais graves (KIERKEGAARD, 1996).

Com frequência, portadores da síndrome do pânico apresentam quadros de depressão. Em alguns casos, alguns buscam no alcoolismo uma saída para aliviar as crises de ansiedade. As causas ainda não foram perfeitamente esclarecidas, mas acredita-se que fatores genéticos e ambientais, estresse acentuado, uso abusivo de certos medicamentos (as anfetaminas, por exemplo), drogas e álcool, possam estar envolvidos.

Em 1895, Freud criou o termo “neurose de ansiedade” e descreveu uma

síndrome caracterizada por sintomas como irritabilidade geral, expectativa ansiosa, vertigem, parestesias, espasmos cardíacos, sudorese e dispneia (FYER, 1999), sendo o primeiro a observar a relação entre ataques de pânico e agorafobia. O termo agorafobia foi criado, em 1871, para a condição na qual os pacientes parecem ter medo de permanecerem em locais públicos desacompanhados de amigos ou parentes (KAPLAN, 1997).

De acordo com Kaplan (1997) o DSM-III (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) abandonou formalmente o diagnóstico de neurose de ansiedade e introduziu o diagnóstico de TP no qual a validade de classificação tem sido bem justificada desde 1980, pelo desenvolvimento de tratamentos específicos para o TP. A palavra agorafobia deriva do grego *agora* e *fobos*, que significa “medo da praça pública”.

Em algumas pessoas, o medo de ter um ataque de pânico associa-se a certas situações. Caracteristicamente, tais situações incluem o uso de transporte coletivo, dirigir sobre pontes, estar no meio da multidão, esperar em filas ou sair desacompanhado de ambientes familiares. De uma pessoa assim, indica TP com agorafobia. Entretanto, se um padrão e ataques de pânico recorrentes, inesperados for experimentado e o indivíduo se tornar angustiado em antecipação a futuros ataques, então diz-se que o indivíduo tem TP sem agorafobia (KAPLAN, 1999).

Silva (2004, p.3) descreve o mecanismo da síndrome do pânico como sendo uma crise que se dá a partir do entrelaçamento de pensamentos e sentimentos. À medida que a pessoa tem a primeira crise e aprende que pode ter uma vivência tão sofrida, ela começa a ter medo de ter as crises. Ela passa a ter medo de ter medo. Com isso surge uma espécie de reação em cadeia identificando praticamente qualquer sensação interna como indício do início de uma crise. A capacidade de pensar termina sendo usada, pelo indivíduo para tirar sua própria segurança, ao invés de possibilitar a busca de suporte. As fantasias mais comuns são de morte ou loucura eminentes.

O objetivo deste estudo é realizar uma pesquisa bibliográfica sobre as dificuldades que o paciente encontra em primeiro momento distinguir o transtorno do pânico com ou sem Agorafobia com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

METODOLOGIA

Foi feita uma Pesquisa Bibliográfica que é uma revisão da literatura sobre as principais teorias que norteiam o trabalho científico, Conforme esclarece Boccato (2006, p. 266), a pesquisa bibliográfica busca a resolução de um problema (hipótese) por meio de referenciais teóricos publicados, analisando e discutindo as várias contribuições científicas. Esse tipo de pesquisa trará subsídios para o conhecimento sobre o que foi pesquisado, como e sob que enfoque e/ou perspectivas foi tratado o assunto apresentado na literatura científica.

Abordagem Qualitativa tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social trata-se de reduzir a distancia entre indicador e indicado, entre teoria e dados, entre o contexto e ação (MAANEN, 1979, p.520), desenvolvida no período de Janeiro a Fevereiro de 2019, por meio de consultas específicas pela plataforma da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados: Scielo e Pubmed.

DISCUSSÕES E RESULTADOS

Foram pesquisados 35 artigos no total. Como critério de inclusão foram utilizados 25 descritos na integra, publicados e que respondiam ao problema da pesquisa, utilizando os descritores Pânico, Agorafobia, Transtorno de Estresse Traumático. Foram excluídos 10 artigos, como critérios de exclusão optou-se por não utilizar artigos que não corresponderiam ao objeto de estudo, textos incompletos, artigos que não estivessem disponíveis na integra online e que não forneciam informações suficientes para a temática.

O QUE OCORRE DURANTE O ATAQUE DO PÂNICO?

Quando a resposta emocional de ansiedade é muito intensa e repentina temos uma crise de pânico, que na verdade é um ataque agudo de ansiedade. Numa crise de pânico sofremos muito, achando que algo catastrófico pode nos acontecer a qualquer momento” (MENEZES, 2005). Em 1921, Freud descreve o pânico como uma angústia neurótica provocada pelo rompimento dos laços emocionais que unem o indivíduo a um líder (ideal) e aos membros do grupo e, tal situação, libera um medo gigantesco e insensato. O Pânico diz respeito à angústia despertada pelo desabamento da ilusão de um ideal, da falta de garantias e de indefinições. O pânico é uma das possibilidades afetivas que o sujeito encontrou no enfrentamento da condição de desamparo e insuperável na constituição da vida psíquica.

O Ser tomado pelo pânico atesta que o sujeito não conseguiu subjetivar a condição de desamparo. Essa é a motivação básica do pânico: a perda do ideal protetor ou o medo da perda do amor (MENEZES, 2005). Portanto, o pânico, na atualidade, é a expressão que o sujeito encontrou de se organizar na sociedade contemporânea, que a organização social atual oferece para que ele se sustente para além da cena familiar. Essa hipótese se refere ao fenômeno do pânico, por um lado, como um fenômeno do campo da angústia e, por outro, como algo advindo de uma estrutura de relação de grupo (FREUD, 1989).

De acordo com Simpson *et al.* (1994), os pacientes com TP antes do diagnóstico à procura de uma causa orgânica para seus sintomas, visitam inúmeras vezes as emergências, na opinião dos autores citados, além de psiquiatras, os médicos em

geral e, aqueles profissionais que trabalham com serviços de emergência médica devem estar familiarizados com os critérios do transtorno de pânico.

De acordo com o DSM-IV 2002, no TP há presença de sintomas respiratórios como dispneia, sensação de falta de ar e sufocação. Para Briggs e col.20, os sintomas físicos de ataque de pânico nos pacientes podem ser semelhantes, e uma diferença apropriada, baseada em sintomas, é a presença ou ausência de sintomas respiratórios. Valença *et al.* (2001), em estudo fenomenológico de ataques de pânico em laboratório, utilizando o teste de indução de ataques de pânico com um tipo de gás a 35% (agente panicogênico) em uma amostra com 31 pacientes com TP, encontraram que os sintomas respiratórios como dificuldade de respirar e sensação de sufocação/ asfixia, foram os mais frequentes sintomas de ataque de pânico apresentados após a inalação de do gás.

A região central do cérebro, que controla as emoções dispara um alarme para o corpo, que se prepara para fugir ou lutar, onde há liberação de adrenalina que acelera o coração e faz o sangue chegar mais rápido aos músculos, a respiração também acelera, o organismo recebe mais oxigênio e a pessoa fica mais ágil, onde a glândula suprarrenal é acionada e libera outro hormônio, o cortisol, ele aumenta a produção de anticorpos e glóbulos brancos, reforçando o sistema de defesa. É por isso que após a crise vem uma forte sensação de exaustão e sonolência, devido o alto gasto de energia durante o ataque.

Em 1993, Fava *et al.* descreveram um modelo de classificação por estágios sugerindo que, em uma proporção substancial de pacientes, a agorafobia, as crenças e os medos hipocondríacos e a ansiedade generalizada precedem o primeiro ataque de pânico. Esse modelo de quatro estágios está de acordo com os padrões sintomáticos de melhora com o tratamento comportamental do transtorno do pânico, bem como com o fenômeno de reversão com o tratamento medicamentoso. No entanto, já que, pelo menos em alguns pacientes, o primeiro ataque de pânico pode ocorrer aparentemente sem sintomas prodrômicos conspícuos, enquanto a ansiedade antecipatória, evitação fóbica e hipocondria podem desenvolver-se posteriormente, Sheehan e Sheehan delinearam um processo diferente de classificação por estágios: estágio-1 (subpânico), caracterizado por ataques de pânico com sintomas limitados; estágio-2 (pânico); estágio- 3 (hipocondria); estágio-4 (fobia simples, que é o cenário em que o pânico ocorre); estágio-5 (fobia social); estágio-6 (agorafobia); estágio-7 (depressão).

O TP está classificado no DiagnosticandStatistical Manual of Mental Disorders, FourthEdition, TextRevision DSM-IV 2002, dentro do grupo dos transtornos de ansiedade, e os critérios definidos são muito semelhantes aos encontrados na Classificação Internacional de Doenças 10 (CID-10 1993). O diagnóstico do TP é essencialmente clínico, diversos autores propuseram subtipos de TP baseados na apresentação sintomática do ataque (tipo cardiorrespiratório, autonômico/somático, cognitivo), período do dia em que o ataque ocorre (diurno, noturno), idade de início

(precoce e tardio), curso (limitado, crônico), etc. No entanto, ainda não há consistência na definição desses subtipos, especialmente pelo manejo semelhante do ponto de vista terapêutico.

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

Existem três formas de tratamento do TP: o tratamento psicofarmacológico, o psicoterapêutico e o combinado, recomendado de acordo com o perfil de cada paciente. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é a terapia com os resultados mais consistentes para o TP, o tratamento consiste em psicoeducação sobre o TP, no intuito de corrigir interpretações errôneas acerca da doença, treinamento de técnicas para diminuir a ansiedade, como respiração diafragmática e relaxamento muscular, reestruturação cognitiva, para identificar e corrigir distorções no pensamento, exposição interoceptiva, no intuito de que o paciente aprenda a lidar com os sintomas físicos do ataque de pânico, e exposição in vivo, a fim de estimulá-lo a enfrentar as principais situações que teme por medo de passar mal e não encontrar saída ou ajuda (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

De acordo com Abreu (2006), os tratamentos para o transtorno de pânico estão vinculados às bases biológicas, ao curso da doença e ao desempenho funcional das pessoas acometidas. Levando-se em conta que há alterações nos receptores, nos intermediadores químicos e nas estruturas neuronais envolvidas, faz-se necessário o tratamento medicamentoso e psicoterápico nas fases agudas e na manutenção de longo prazo, no sentido de prevenir recaídas e cronificação do quadro clínico.

Os medicamentos atualmente mais utilizados são os antidepressivos, que tem a função de melhorar a disponibilização dos mediadores químicos nos receptores pré e pós-sinápticos. Não menos importante, o benzodiazepínico de alta potência deve assumir papel temporário no tratamento, sendo mais utilizados no início e associados aos antidepressivos, porque seu uso por longos períodos pode levar as pessoas predispostas à dependência. (ABREU, 2006, p. 78).

O uso de antidepressivos no controle dos ataques do pânico pode ser considerado a estratégia principal de controle psicofarmacológico do transtorno do pânico. Drogas como clomipramina, imipramina, fluoxetina e, mais recentemente, a paroxetina, têm eficácia comprovada no controle do transtorno do pânico. As drogas consideradas atualmente de primeira escolha seriam os inibidores seletivos de recaptura de serotonina (ISRS), pela sua maior eficácia e boa tolerabilidade (YANO, 2003).

O tratamento inicia-se com doses baixas e, posteriormente, são elevadas gradualmente até a melhora ou controle das crises. Em alguns casos, pode-se ter o controle com o uso de benzodiazepínicos. Quando as crises passam a ser controladas com o antidepressivo, o benzodiazepínico pode ser retirado gradualmente. Mesmo assim, o tratamento com antidepressivo deve continuar por vários meses, após a

remissão das crises, sendo sugerido um período mínimo de seis meses e, idealmente, de dezoito meses.

TRANSTORNO DO PÂNICO COM OU SEM AGORAFOBIA

O termo agorafobia foi descrito pela primeira vez por Westphal FARAVELLI, PAIONNI 2001, em 1871, em sua descrição de três homens que apresentaram intensa ansiedade ao caminhar em espaços abertos ou através de ruas vazias. Frequentemente a agorafobia está associada a sintomas de ansiedade psíquica, como medo de perder o controle, medo de enlouquecer ou de ficar envergonhado, medo de desmaiar ou morrer. Isto vai levar o indivíduo a evitar uma série de situações que podem incluir: estar sozinho em casa ou sair sozinho para a rua, estar em lugares com muitas pessoas, viajar, utilizar transportes públicos (ônibus, metrô), andar de carro, atravessar uma ponte, etc.

Em geral o indivíduo agorafóbico enfrenta melhor uma determinada situação quando acompanhado, mesmo se esta companhia for incapaz de ajudá-lo, como uma criança ou um animal de estimação. Quando esta agorafobia é muito grave, vai trazer uma grande limitação ao indivíduo, impedindo-o de viajar, trabalhar ou assumir responsabilidades. A agorafobia grave pode ser totalmente incapacitante, sendo considerado um indicativo de prognóstico desfavorável, em longo prazo. Em alguns casos o indivíduo não consegue sair de casa ou não consegue ficar em casa sozinho. É comum que aqueles com agorafobia apresentem mais ataques de pânico situacionais do que ataques de pânico espontâneo.

O componente de agorafobia está presente em um terço a dois terços dos casos de TP, sendo mais frequente em serviços de referência para tratamento psiquiátrico, especialmente aqueles com programas estruturados para atendimento de transtornos de ansiedade. O curso da agorafobia em relação ao curso do ataque de pânico é variável. Em alguns casos, uma diminuição ou remissão de ataques de pânico é seguida de uma diminuição do comportamento de evitação fóbica. Em outros casos, a agorafobia pode ser crônica, independente da presença de ataques de pânico. Na agorafobia persistente, a terapia cognitivo-comportamental, com técnicas de exposição progressiva a estímulos temidos (fóbicos), vai adquirir grande importância.

O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), termo que surgiu em 1980, com a publicação da terceira revisão do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM-III1987), pode ser entendido como uma perturbação psíquica decorrente e condicionada a um evento fortemente ameaçador ao próprio paciente, ou nos casos em que esse apenas é testemunha da ocorrência. Consiste num tipo de recordação,

que é mais bem definida como revivência, pois é muito mais forte do que uma simples recordação. Outra definição caracteriza o TEPT como um transtorno de ansiedade desencadeado por um evento traumático de natureza extrema.

As consequências emocionais do trauma psicológico foram reconhecidas e descritas por autores como Charcot, Freud e Janet. Entretanto, foi com o uso de critérios diagnósticos definidos mais claramente que se iniciou o estudo sistemático do Transtorno do Estresse Pós-traumático.

Na população geral, é possível estimar que em torno de 60% a 90% dos indivíduos são expostos a um evento estressor potencialmente traumático ao longo da vida (BRESLAU *et al*, 1998; KESSLER; SONNEGA; BROMET; HUGHES;

NELSON, 1995). Embora a taxa de exposição a eventos estressores seja elevada, o percentual de indivíduos na população geral que apresenta o TEPT ao longo da vida é mais baixo, podendo ser estimado entre 8% a 9% (BRESLAU *et al*; 1996 KESSLER *et al*; 1998). Ainda que a grande maioria de indivíduos expostos a situações potencialmente traumáticas não desenvolva o transtorno (YEHUDA; MCFARLANE, 1995), o TEPT tem sido considerado o quarto transtorno mental mais comum (YEHUDA, 2002), resultando em consequências sociais e econômicas significativas (BALLENGER *et al*; 2004).

O primeiro grupo de sintomas do TEPT é o relacionado às revivências do trauma. Esses sintomas de reexperimentação do trauma são específicos do TEPT, não sendo observados em outros transtornos psiquiátricos. As revivências podem se apresentar sob diversas formas: sonhos vívidos, pesadelos, pensamentos ou sentimentos incontroláveis, flashbacks. O paciente queixa-se de pensamentos, imagens, sentimentos e comportamentos recorrentes relacionados ao evento traumático. Estes fenômenos são dolorosos e tentam repetidamente tornar-se conscientes e dominar a atenção da pessoa. Tais recordações são intrusivas, pois surgem na mente e tendem a permanecer nela, ainda que o paciente tente lutar contra este pensamento (CHARCOT, 1887), um dos primeiros a descrever as sequelas de traumas emocionais, chamava essas intrusões de “parasitas da mente.

A resposta vivida pelo indivíduo deve conter um intenso medo, impotência ou horror, os sintomas devem estar presentes por mais de um mês, este deve causar sofrimento e prejuízo ao funcionamento social ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo. É importante estar atento às diferentes formas de resposta do indivíduo aos eventos estressores, uma vez que algumas pessoas podem desenvolver reação aguda ao Estresse e/ou TEPT, enquanto outras podem apresentar, por exemplo crises de pânico ou depressão.

Um achado importante, que não ficou aparente quando o Transtorno do Estresse Pós-traumático foi proposto pela primeira vez em 1980 é ser ele relativamente comum, mas dados recentes do levantamento nacional de comorbidades indicam que as taxas de prevalência do Transtorno do Estresse Pós-traumático é de 5 a 10%, respectivamente entre homens e mulheres americanos (KESSLER *et al.*, 1996). O critério “A” especifica que uma pessoa foi exposta a um evento catastrófico envolvendo morte ou lesão real

ou ameaçada, ou ameaça à integridade física de si mesma é marcada por intenso medo, impotência ou horror.

O critério “B” ou evocação intrusiva inclui sintomas que talvez sejam os mais distintivos prontamente identificáveis do Transtorno do Estresse Pós-traumático. O critério “C” ou insensibilidade consiste em sintomas refletindo estratégias comportamentais, cognitivas ou emocionais pelas quais os pacientes com Transtorno do Estresse Pós-traumático tentam reduzir a probabilidade de que se exponham a estímulos trauma miméticos ou, se expostos, minimizarão a intensidade de sua resposta psicológica.

Estratégias comportamentais incluem evitar qualquer situação na qual percebam o risco de enfrentar tais estímulos. Os sintomas incluídos no critério “D” ou hiperestimulação assemelham-se mais aos vistos no transtorno do pânico e da ansiedade generalizada. Conquanto sintomas como insônia e irritabilidade sejam genéricos na ansiedade, hipervigilância e alarme são mais peculiares. A hipervigilância no Transtorno do Estresse Pós-traumático algumas vezes pode tornar-se tão intensa, que parece franca paranoia. A resposta do alarme tem substrato neurobiológico peculiar e realmente pode ser o sintoma mais patognomônico do Transtorno do Estresse Pós-traumático (FRIEDMAN, 1991).

O critério “E” ou de duração específica quanto tempo os sintomas devem persistir a fim de se qualificarem para o diagnóstico de Transtorno do Estresse Pós-traumático crônico ou tardio. No DSM-5 a duração do quadro deve durar mais de um mês.

Em sua manifestação mais extrema, o comportamento de evitação assemelha-se à agorafobia, porque o paciente com Transtorno do Estresse Pós-traumático tem medo de sair de casa, por temor de se confrontar com lembretes do(s) evento(s) traumático(s). Estímulos trauma miméticos (com a forma do trauma) que evocam o evento original têm o poder de reativar imagens mentais, respostas emocionais e reações psicológicas associadas ao trauma. Pesquisadores, aproveitando-se deste fenômeno, conseguem reproduzir sintomas de Transtorno do Estresse Pós-traumático nos laboratórios de pesquisa, expondo pessoas afetadas a estímulos trauma miméticos (KEANE et al; 1987).

Os Sintomas do Transtorno do Estresse Pós-Traumático do CID-10 (1993) representam respostas biológicas e psicológicas a um específico agente estressor. A resposta biológica a eventos estressores envolve a ativação dos sistemas endócrinos e imunológico, bem como de circuitos neurais específicos (BREMNER, 2002; CHARNEY, 2004; GRAEFF, 2003; NEMEROFF, 2004). Já a resposta psicológica varia amplamente, incluindo desde formas adaptativas de lidar com o estresse até depressão e outras psicopatologias (CICHETTI; WALKER, 2001), entre as quais o TEPT (MCNALLY, 2003; YEHUDA, 2002).

É importante destacar que a resposta biológica a eventos estressores depende da ativação do complexo locus ceruleus-noradrenalina-sistema nervoso simpático (CHARNEY, 2004) e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), em especial do

hipotálamo (MCEWEN, 2002; YEHUDA, 2001). Como o TEPT é desencadeado após severa ameaça à vida e integridade física, é presumível que a reação envolva mecanismos neuronais associados com a sobrevivência das espécies. Reexperimentar o trauma na forma de flashbacks (recorrência mnêmicas) parece diferente das memórias autobiográficas. Os flashbacks ocorrem espontaneamente, são desencadeados automaticamente por estímulos internos ou externos e estão sob um controle limitado, isto é, os flashbacks contêm mais componentes perceptuais do que memórias comuns. Os sintomas de revivência mais comuns do TEPT manifestam-se na forma de recordações ou pesadelos, que tendem a serem cenas ou aspectos relacionados à experiência traumática (APA, 2002).

Quanto à esquiva, essa tende a acontecer pela necessidade que o indivíduo tem de proteger-se do afeto negativo e da excitabilidade associada à revivência da experiência (CALHOUN; RESICK, 1999). Breslau e Alvarado (2007) realizaram um estudo sobre o impacto desse critério para o diagnóstico de TEPT, alegando dificuldades de sua avaliação pela amplitude que apresenta.

No DSM-IV (2002), é descrito que o TEPT. Frequentemente, resulta em prejuízos na habilidade de relacionamento interpessoal em ambientes sociais familiares, os quais podem ser percebidos devidos fatores como a instabilidade no trabalho, problemas conjugais e divórcio, discordância com familiares e amigos e dificuldades em lidar com os filhos. Entretanto, nem sempre é fácil identificar se os prejuízos percebidos são decorrentes do diagnóstico de TEPT ou já estavam presentes anteriormente à experiência do evento estressor, podendo, dessa maneira, ter contribuído para o desencadeamento e a manutenção dos sintomas pós-traumáticos.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o Transtorno do Pânico é uma doença psíquica, que sua origem pode ter início a partir do estresse ocorrido no dia-a-dia, que após um tempo pode desencadear transtornos de ansiedade. O pânico pode vir acompanhado, com ou sem agorafobia, esse transtorno é considerado um sério problema de saúde.

O Estresse Pós-Traumático (EPT), tem características muito semelhantes ao Pânico em relação à sintomas e percepção dos ataques, motivo pelo qual tem levado a um autodiagnóstico errado por parte do indivíduo, onde sentem dificuldades em distinguir o transtorno do pânico com ou sem Agorafobia com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Entretanto, um fator fundamental que diferencia esses dois transtornos, é que o Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) nunca é espontâneo. A pessoa que tem o primeiro ataque de TEPT esteve exposta no passado diretamente a um acontecimento perceptivelmente estressor que ocasionou um trauma severo.

REFERÊNCIAS

ABREU, Cristiano Nabuco de. **Síndromes Psiquiátricas: Diagnóstico e Entrevista para Profissionais de Saúde Mental**. 224p. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BALLENGER, J. C., DAVIDSON, J. T. R., LECRUBIER, Y., NUTT, D. J., MARSHALLI, R.

D., NEMEROFF, C. B., SHALEY, A. Y. & YEHUDA, R. **Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety**. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2004

BOCCATO, V. R. C. **Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação**. *Rev. Odontol. Univ. Cidade São Paulo, São Paulo*, v. 18, n. 3, p. 265-274, 2006.

BREMNER, J. D. **Does stress damage the brain? Understanding trauma-related disorders from a mind-body perspective**. New York: W. W. Norton. 2002.

BRESLAU, N. & Alvarado, G. F. **The clinical significance criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder**. *Psychological Medicine*. 2007.

BRESLAU, N., KESSLER, R. C., CHILCOAT, H. D., Schultz, L. R., DAVIS, G. C. ; ANDRESKI, P. **Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma**. *Archives of General Psychiatry*, 1998.

BRIGSS, A. C, STRETCH, D. D, BRANDON, S. **Subtyping of panic disorder by symptom profile**. *Brit J Psychiatry* 1993; 163:201-209.

CALHOUN, K. S. & RESICK, P. **Transtorno de estresse pós-traumático**. Em D. H. Barlow (Org). **Manual dos transtornos psicológicos** p. 63-118. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CHARNEY, D. S. **Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress**. *American Journal of Psychiatry*. 2004.

CICCHETTI, D. & WALKER, E. F. **Stress and development: Biological and psychological consequences**. *Development and Psychopathology*. 2001.

CID-10 - **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento - : Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Coord. Organiz. Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artmed, 1993.

DSM-IV-TR: **Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Trad. Cláudia Dornelles. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FARAVELLI C, PAIONNI A. **Panic disorder: clinical course, morbidity and comorbidity**. In: **Anxiety Disorders: An Introduction to Clinical Management and Research**. p 53-79, 2001.

FAVA, G. A, RAFANELLI, C., CAZZATO, M., CONTI, S., GRANDI, S., **Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders**. *Psychol Med*. 1998.

FREUD, S. **Psicologia de grupo e análise do ego**, v. XVIII, p.89-179. Rio de Janeiro, ed. Imago. 1921.

FRIEDMAN, M. J. **Biological approaches to the diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder**. In: Everly Jr GS, Lating JM. *Psychotraumatology: key papers and core concepts in post-traumatic stress*, p. 171-94, New York: Plenum; 1995.

- GRAEFF, F. G. **Bases biológicas do transtorno de estresse pós-traumático.** Revista Brasileira de Psiquiatria. 2003.
- KAPLAN, Harold. **Tratado de Psiquiatria.** 6 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1997.
- KESSLER, R. C., SONNEGA, A., BROMET, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995).
- Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey.** *Archives of General Psychiatry* **Manual de diagnóstico e estatística dos distúrbios mentais: DSM-III.** Lisboa: Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos; 1986.
- KIERKEGAARD, Soren. O Conceito de Angústia. Trad. Álvaro L. M. Valls. Petrópolis: Vozes; São Paulo: Editora Universidade São Francisco, 2010
- MAANEN, J. Van, 1979 Pesquisa Qualitativa – Características, usos e possibilidades, Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo.
- MCEWEN, B. S., LARLEY, E. N. **The end of stress as we know it.** Washington, DC: DANA/Joseph Henry. 2002.
- MCNNALLY, R. J. **Remembering trauma.** Cambridge, MA: Belknap/Harvard. 2003.
- MENEZES, L. S. **Pânico: efeito do desamparo na contemporaneidade. Um estudo psicanalítico.** São Paulo, Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
- NEMEROFF, C. B. **Neurobiological consequences of childhood trauma.** *Journal of Clinical Psychiatry*, 2004.
- OLIVEIRA, Maria Aparecida Domingues. **Neurofisiologia do Comportamento.** 2 ed. Canoas: ULBRA, 1999.
- SALUM, G. A., BLAYA, Carolina; MANFRO, G. G. **Transtorno do pânico. Rev. Psiquiatria,** Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 31, n. 2, 2009.
- SCAPARTO, Artur. **Síndrome do Pânico: Uma abordagem Psicofísica,** São Paulo: Revista Hermes. Número 3, 1998.
- SHEEHAN, Elaine. **Ansiedade, Fobias e Síndrome do Pânico: Esclarecendo suas Dúvidas.** São Paulo: Ágora, 2000. 112p
- SIMPSON, R.J. **Controlled comparison of the characteristics of patients with panic disorder.** *Br J Gen Pract.* 1994;44(385):352-6
- SILVA, Ana Beatriz B. **Mentes com medo: da Compreensão à Superação.** São Paulo: Integrare Editora, 2004.
- VALENÇA, A. M, NARDI, A. E, NASCIMENTO, I., MEZZASALMA, M. A, LOPES, F.L, ZIN, W. A. **Ataques de pânico provocados pelo dióxido de carbono: estudo clínico fenomenológico.** *Rev. Bras. Psiquiátrica*, 2001.
- YANO, YURISTELLA; MEYER, SONIA B.; TUNG, TENG C. **Modelos de Tratamento para o Transtorno de Pânico.** *Rev. Estudos de Psicologia.* Campinas, v.20, n. 3, 2003.
- YEHUDA, R. ; MCFALARNE, A. C. **Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis.** *American Journal of Psychiatry.* 1995.

YEHUDA, R. **Current concepts: Post-traumatic stress disorder.** New England Journal of Medicine, 346, 2002.

YEHUDA, R. **Biology of posttraumatic stress disorder.** Journal of Clinical Psychiatry, 2001.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-367-5

