

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO SUL DE
MINAS GERAIS CAMPUS MUZAMBINHO
Curso Técnico em Enfermagem

EDSON DURANTE DE OLIVEIRA
SÉRGIO ALVES DIAS JÚNIOR

CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE FRENTE A UM
CASO DE SÍNDROME DO PÂNICO

Muzambinho

2011

**EDSON DURANTE DE OLIVEIRA
SÉRGIO ALVES DIAS JÚNIOR**

**CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE FRENTE A UM
CASO DE SÍNDROME DO PÂNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso Técnico em Enfermagem, do IFET campus de Muzambinho como requisito parcial à obtenção do título de Técnico em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Mara Regina Goulart Campedelli

Muzambinho

2011

COMISSÃO EXAMINADORA

Muzambinho, 26 de julho de 2011.

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a todos os que acreditaram na realização do mesmo, aos que nos incentivaram com palavras e gestos e contribuíram para que este projeto se tornasse realidade.

Aos nossos amigos sinceros que com sua presença constante, ainda que discreta, nos auxiliaram para que este trabalho acontecesse.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, fonte e origem de todo saber e de toda inspiração, Dele recebemos todos os dons para que os coloquemos a serviço dos mais necessitados. Por Sua Graça realizamos todos os projetos e anseios.

À nossa querida amiga e orientadora Prof^ª. Mara Regina Goulart Campedelli pelas importantes observações oferecidas para a concretização deste. Pela atenção dispensada e pela amizade oferecida.

Ao querido professor e amigo, Antônio Carlos Bolonha Júnior, pelos esforços e auxílio oferecidos para a realização deste projeto.

À equipe de funcionários e atendidos do CAPS de Guaxupé pela experiência que nos proporcionaram viver e pelas ricas informações oferecidas.

“Tem sempre presente que a pele se enrugam, que o cabelo se torna branco, que os dias se convertem em anos, mas o mais importante não muda: tua força interior”

Beata Tereza de Calcutá

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 OBJETIVOS.....	13
3.1 Objetivo Geral.....	13
3.2 Objetivos Específicos.....	13
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
4.1 Saúde Mental.....	14
4.1.1 Evolução da Saúde Mental.....	15
4.1.2 A Psiquiatria no Brasil.....	16
4.1.2.1 Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	17
4.1.3 Transtornos Mentais.....	18
4.1.3.1 Classificação dos Transtornos Mentais.....	19
4.2 Síndrome do Pânico.....	20
4.2.1 Definição.....	20
4.2.2 Mecanismos do Pânico.....	20
4.2.3 Sintomas.....	20
4.2.4 Agorafobia.....	21
4.2.5 Diagnóstico.....	22
4.2.6 Tratamento.....	24
4.2.6.1 Tratamento Psicoterápico.....	24
4.2.6.2 Tratamento Medicamentoso.....	27
4.2.6.2.1 Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS).....	28
4.2.6.2.2 Antidepressivos Tricíclicos.....	28
4.2.6.2.3 Inibidores de Monoaminoxidase (IMAO).....	29
4.2.6.2.4 Benzodiazepínicos.....	29
4.2.7 O papel da Enfermagem no tratamento da Síndrome do Pânico.....	30
4.2.8 Humanização no tratamento de pacientes psiquiátricos.....	30
5 METODOLOGIA	32
5.1 Equipe Multiprofissional.....	32
5.1.1 Análise das entrevistas dos diversos profissionais.....	32
5.1.1.1 Médica Psiquiatra.....	33
5.1.1.2 Psicóloga.....	34
5.1.1.3 Enfermeira.....	35

5.1.1.4 Farmacêutica.....	36
5.1.1.5 Técnico em Enfermagem.....	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS.....	39
ANEXO A – Avaliação da palestra realizada no Ambulatório Municipal Dona Itália Franco feita pela Profª Enfª Paloma Teixeira Salomão	45
ANEXO B – Avaliação da palestra realizada na sede do PACS (Programa dos Agentes Comunitários de Saúde) e PSF (Programa de Saúde da Família) feita pela Profª Enfª Mara Regina Goulart Campedelli.....	46
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	47

DIAS JÚNIOR, S.A; OLIVEIRA, E.D; Condutas tomadas pela equipe multiprofissional de saúde frente a um caso de síndrome do pânico. 2011.48 f. Projeto de Conclusão de Curso (Técnico em Enfermagem) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais Campus Muzambinho, Muzambinho, 2011.

RESUMO

Com o avançar dos tempos, o conceito de saúde foi evoluindo gradualmente deixando de ser caracterizado como ausência de doenças e se tornando-se completo bem-estar físico, mental e social. A partir deste conceito, Saúde Mental pode ser qualificada como estado de adaptação, bem-estar e prazer de viver. Os Transtornos Mentais podem ser caracterizados por variação anormal do humor, que interfere nas atividades pessoais e sociais. O Transtorno do Pânico enquadra-se nos transtornos de ansiedade, sendo esta levada ao extremo. Expressa-se por crises recorrentes de pânico, manifestadas através de sintomas físicos. O diagnóstico é definido a partir da exclusão de doenças físicas e outros fatores psiquiátricos que possam desencadear os mesmos sintomas. O tratamento desenvolve-se através da psicoterapia e terapia medicamentosa. As condutas de enfermagem baseiam-se na humanização, tranquilização do paciente e apoio no momento de crise.

Palavras-Chave: psiquiatria, transtornos mentais, saúde, saúde mental, síndrome do pânico.

DIAS JÚNIOR, S.A; OLIVEIRA, E.D; Conducts adopted by the multidisciplinary health care team before a case of panic disorder. 2011. 48 f Projeto de Conclusão de Curso (Técnico em Enfermagem) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais Campus Muzambinho, Muzambinho, 2011.

ABSTRACT

With the advance of time, the concept of health has evolved gradually ceasing to be characterized as an absence of diseases and becoming a complete physical well-being, mental and social. From this concept, mental health can be classified as a state of adaptation, welfare and enjoyment of life. The Mental disorders can be characterized by abnormal changes in mood that interferes with personal and social activities. Panic Disorder fits in anxiety disorders, this being taken too far. Expressed by recurrent attacks of panic, manifested through physical symptoms. Diagnosis is defined from the exclusion of physical illness and other psychiatric factors that can trigger the same symptoms. The treatment is developed through psychotherapy and drug therapy. The nursing plan based on the humanization of the patient reassurance and support in time of crisis.

Keywords: Psychiatry, mental disorders, health, mental health, panic disorder.

1 INTRODUÇÃO

A saúde pode ser conceituada como completo bem-estar físico, mental e social, sendo esta dever do Estado e direito de todos, garantido através da Constituição Federal. Neste contexto insere-se a Saúde Mental como complemento ao conceito da primeira, sendo caracterizada como estado de adaptação, bem-estar e prazer de viver, onde o individuo consegue exercer seus talentos e aptidões.

A partir do momento em que o conceito de saúde mental é desfigurado, passando a prejudicar o individuo nas suas atividades sociais, culturais e pessoais, através de variação anormal do humor, pode-se caracterizar um transtorno mental.

A Síndrome do Pânico, enquadrada entre os transtornos de ansiedade, manifesta-se através de crises recorrentes de pânico sem fator desencadeante, caracterizada por sintomas físicos que podem ser confundidos com patologias clínicas. Deste modo, muitos portadores de transtornos mentais chegam a procurar diversos clínicos na busca por patologias que expliquem os sintomas.

Diante de um tema pouco explorado e de grande relevância, as equipes de saúde devem estar preparadas para lidar com os momentos de crise. Devem lançar mão de métodos de humanização através de uma visão holística do cliente, tratando-o integralmente.

2 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho se justifica pelo fato de haver um crescente número de clientes diagnosticados como portadores de Síndrome do Pânico.

Tal projeto será de grande valia para a área acadêmica, uma vez que reunirá conceitos relacionados aos distúrbios mentais, enfatizando-se a Síndrome do Pânico, sua manifestação e tratamento.

O mesmo trará benefícios à comunidade esclarecendo dúvidas e mitos referentes a tal síndrome e orientando quanto à importância do tratamento e as fases de recuperação.

Auxiliará significativamente os profissionais de saúde, uma vez que discorrerá sobre as condutas tomadas diante de casos de Síndrome do Pânico.

Enfim, tem grande importância por abordar um tema relevante na atualidade, pouco discutido e constantemente deturpado de sua forma original.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Aprofundar conhecimentos com vistas ao estudo das condutas tomadas frente a casos de Síndrome do Pânico, das formas de abordagem, bem como das queixas comumente apresentadas, propondo formas de abordagem individualizadas, que respeitem a realidade apresentada pelo cliente.

3.2 Objetivos Específicos

- 1- Conhecer de maneira mais aprofundada o conceito de doenças mentais, mais especificamente, a Síndrome do Pânico.
- 2- Verificar as atuais formas de tratamento existentes, bem como os principais sinais e sintomas relacionados à patologia.
- 3- Verificar junto aos diversos profissionais de saúde as atuais formas de abordagem a pacientes portadores de Síndrome do Pânico, além das condutas rotineiramente tomadas nas unidades de saúde.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Saúde Mental

Desde os primórdios da sociedade, o conceito de saúde foi sendo desenvolvido com o passar dos anos. De acordo com Goldim (1997), esta era tida como ausência de doenças, focando a atuação hospitalar do médico como fator fundamental. Neste sentido, a patologia era tratada com demasiada importância, visando o retorno do paciente ao estado de não doença.

Segundo o pensamento de Sá Júnior (2004), com o avançar do século XX, o conceito de saúde foi sendo reformulado, passando ao bem-estar, além da ausência de enfermidades. O mesmo autor, citando a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), recorda que saúde é um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”.

A legislação brasileira assegura que a saúde é um dever do Estado, direito de todos e deve ser garantida de modo a trabalhar de maneira curativa e preventiva, ou seja, diminuindo as doenças e garantindo seu não reaparecimento.

De acordo com Quartilho (2010), é impossível falar de saúde sem abranger o tema da saúde mental, uma vez que esta é parte integrante do conceito da primeira. Seguindo este conceito, o autor defende que a saúde mental perpassa a ausência de doenças mentais, tornando-se um recurso fundamental para a saúde física e a qualidade de vida.

Entretanto, Martins (2004) defende que este conceito é subjetivo, uma vez que pode ser definido como estado de boa adaptação, com sensação de bem-estar, prazer de viver, conseqüentemente, estando o indivíduo exercendo seus talentos e aptidões.

Assim, o indivíduo deve ser tratado como um todo, ou seja, um ser biopsicossocial, relacionando-o com os vários ecossistemas que o cercam. Seguindo esta premissa, Quartilho (2010) defende que fatores externos como condições de trabalho, rendimento salarial e qualidade das relações interpessoais auxiliam significativamente para garantir uma saúde mental de qualidade.

4.1.1 Evolução da Saúde Mental

O avançar da história da saúde mental caminhou ao lado das distintas interpretações do conceito de loucura. Este conceito foi sendo diferenciado em cada época da sociedade, bem como a descrição, aplicação e tratamento dos distúrbios mentais.

Os povos primitivos, por não possuírem um elevado grau de conhecimento científico e tecnológico, explicavam as doenças de acordo com suas culturas e crenças (Gauer et al, 2008).

Na Grécia Antiga, a loucura era vista como privilégio, sendo exaltada como algo divino, ao mesmo tempo que delirante. Este delírio permitia a alguns terem acesso às verdades divinas.

Aos poucos, a loucura deixará de ser mensageira da verdade divina e passará a ocupar um local caracterizado como representante simbólico do mal.

Na Idade Média, aqueles que eram tidos como loucos passam por um processo de exclusão, uma vez que não conseguiam se adaptar à vida social da época.

A partir do século XVIII, têm início estudos que vão caracterizar a loucura como objeto do saber médico, assim surge o conceito de doença mental e é aberta a possibilidade de cura desta patologia.

Ao mesmo tempo, surge o conceito de hospital como espaço terapêutico aos loucos. Entretanto, o motivo real que levou a este surgimento foi afastar os loucos do ambiente social. Nestes locais havia relações institucionalizadas com vigilância constante e registro contínuo para que nada fugisse ao saber médico. Deste modo, foi suprimido aos loucos o saber sobre si próprio e sobre sua doença, delegando-o aos médicos

No período pós-guerra, têm início questionamentos referentes ao modelo hospitalocêntrico. Iniciam-se, assim, movimentos reformistas. Neste sentido, passou-se a enfatizar o conceito de “doença mental”, oferecendo meios de cuidados aos pacientes e valorizando seus reais interesses. (SILVEIRA, BRAGA, 2005).

4.1.2 A Psiquiatria no Brasil

A psiquiatria no Brasil teve seu início a partir do século XIX quando surgiram as primeiras escolas médico-cirúrgicas, influenciadas pela medicina francesa, alemã e inglesa, formando os primeiros doutores em medicina.

Em meados do século XIX, surgiram os primeiros trabalhos de Saúde Mental no Brasil, entretanto, estes não eram ainda específicos na área de psiquiatria e serviam apenas como métodos de obtenção do título de doutor.

Contudo, estas teses foram uma primeira tentativa de se institucionalizar o saber psiquiátrico no Brasil.

No final do século XIX, o Brasil possuía apenas um “asilo de alienados”. Aqueles que eram tidos como loucos recebiam tratamento desumano, sendo cruelmente amarrados, encarcerados em celas escuras, sem colchões e, nem mesmo, cobertura para sua nudez.

As Santas Casas de Misericórdia, passaram a incluir os doentes mentais entre seus internos, dando-lhes, porém tratamento diferenciado. Estes pacientes eram abandonados em porões e guardados por carcereiros. Seus delírios eram tratados com espancamentos e contenções.

O primeiro hospital psiquiátrico brasileiro foi criado em 1852, denominado Hospício Dom Pedro II. Em seguida, vieram hospitais em São Paulo (Hospício Provisório de Alienados - 1852), Rio de Janeiro (Casa de Saúde Dr. Eiras - 1860), São Paulo (Hospício de Alienados da Ladeira de Tabatinguera - 1864), Olinda (Hospício da Visitação de Santa Isabel - 1864), Belém (Enfermaria do Hospital de Caridade – 1865, Hospício de Alienadas - 1883), Salvador (Asilo de São João de Deus - 1874), Niterói (Enfermaria do Hospital São João Batista - 1878), Recife (Hospício de Alienados - 1883), Porto Alegre (Hospício São Pedro - 1884) e Fortaleza (Asilo de Alienados São Vicente de Paula - 1886).

Nessas instituições, o tratamento dos doentes mentais tinha por princípio afastá-los do meio social.

A partir da Proclamação da República (1889), o conceito de psiquiatria empírica cedeu lugar ao de Psiquiatria Científica (RIBEIRO, 2001).

Em 1923, surge no Rio de Janeiro a Liga Brasileira de Higiene Mental, cujo objetivo era a melhoria na assistência aos doentes mentais através da modernização

do atendimento psiquiátrico. Tal objetivo perdurou até 1925. Esta instituição era composta pelos mais importantes psiquiatras do país.

A partir de 1926, houve uma mudança de orientação da liga, cujo objetivo principal passou a ser a inibição de doentes mentais, colaborando para o desenvolvimento de uma nação próspera, moderna e mais saudável (SEIXAS at all, 2009).

Com um decreto do governo Vargas, em 1934, reafirmou-se a incapacidade do doente mental. Assim, a internação tornou-se via de regra para a terapêutica destes indivíduos. Apenas a suspeita de distúrbios mentais bastava para justificar a internação. Seguindo à internação havia a supressão dos direitos civis e submissão a tutela do Estado (MACEDO, 2006).

4.1.2.1 Reforma Psiquiátrica no Brasil

Em 1978, houve o início de um movimento social que visava garantir os direitos dos pacientes portadores de distúrbios mentais no Brasil. Este movimento passou a denunciar a violência reinante nos manicômios, a mercantilização da loucura e formulou críticas ao modelo hospitalocêntrico vigente.

A partir de 1987, há o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, na cidade de São Paulo. Em 1989, na cidade de Santos (SP), houve uma intervenção no Hospital Psiquiátrico “Casa de Saúde Anchieta”, que revelou os maus-tratos e mortes de pacientes psiquiátricos. Como alternativa ao tratamento hospitalar, são implantados os Núcleos de Assistência Psicossocial – NAPS e outros meios de assistência psiquiátrica.

No ano de 1989, deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado visando a extinção dos manicômios no país. Surgem assim, motivações para a substituição dos leitos psiquiátricos por métodos de atenção à saúde mental. Neste sentido, ganham impulso os CAPS e NAPS. Entretanto, os investimentos eram ainda destinados aos hospitais psiquiátricos em detrimento dos tratamentos alternativos.

No ano de 2001 houve a promulgação da Lei no Congresso Federal, criando modelos de financiamento para os serviços abertos e substitutivos aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

A tabela a seguir apresenta os dados referentes aos investimentos do SUS destinados aos Hospitais Psiquiátricos e compara com os investimentos destinados aos meios de tratamento alternativos.

Tabela 1

Proporção de recursos do SUS destinados aos Hospitais Psiquiátricos e aos Serviços Extra-Hospitalares nos anos de 1997, 2001 e 2004

Composição de Gastos	1997	2001	2004
% Gastos Hospitalares em Saúde Mental	93,14	79,54	63,84
% Gastos Extra-hospitalares em Saúde Mental	6,86	20,46	36,16
Total	100	100	100

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

4.1.3 Transtornos Mentais

O termo doença mental pode ser aplicado quando há uma variação do estado mental normal, causando prejuízo global à pessoa (BALLONE, 2008). Neste sentido, Amaral (2007) reafirma que tais transtornos prejudicam a pessoa em todos os aspectos: familiar, social, pessoal, profissional, educacional, não deixando intocado nenhum aspecto do ser humano.

Baseando-se na Organização Mundial de Saúde (OMS), Ballone (2008) afirma que estes transtornos caracterizam por alterações do modo de pensar, variações do humor que desencadeiam uma alteração no funcionamento psíquico normal.

Contudo, um comportamento anormal ou curto período de alteração do estado afetivo não caracterizam um diagnóstico de distúrbio mental ou comportamental. Para que o diagnóstico seja feito, é necessário que haja recorrência e persistência nas anormalidades.

Certas situações pessoais e sociais podem desencadear episódios de angústia, os quais não caracterizam a presença de distúrbio mental. De acordo com o autor, “há diferença, por exemplo, entre um estado afetivo deprimido e depressão doença, o primeiro surgindo como *resposta* a uma determinada circunstância estressante e a outra como uma doença franca.” (BALLONE, 2008).

4.1.3.1 Classificação dos Transtornos Mentais

Segundo o CID-10, os transtornos mentais podem ser classificados em 11 (onze) subgrupos, que se seguem:

- Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos: são representados por Alzheimer, demência vascular ou transtornos mentais devido a lesão cerebral ou doença física;
- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa: qualificam-se pelo uso de álcool ou múltiplas drogas;
- Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes: fazem parte deste grupo transtornos como esquizofrenia e psicose aguda;
- Transtornos de humor ou afetivos: depressão ou transtorno bipolar.
- Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes: como transtorno obsessivo-compulsivo ou transtorno de estresse pós-traumático, sendo enquadrado também neste grupo a Síndrome do Pânico;
- Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos: são representados pelos transtornos alimentares ou disfunções sexuais ou de sono causados por fatores emocionais;
- Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto: como transtornos de hábitos e impulsos.
- Retardo Mental: tais transtornos são classificados como leves, moderados, graves ou profundos;
- Transtornos do desenvolvimento psicológico: como transtornos relacionados à linguagem ou ao desenvolvimento motor;
- Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência: distúrbios de conduta ou transtornos hiper-cinéticos;
- Transtorno mental não especificado.

4.2 Síndrome do Pânico

4.2.1 Definição

O Transtorno do Pânico caracteriza-se pela recorrência de ataques de pânico, os quais são qualificados como uma sensação de medo ou mal-estar intenso, acompanhados por sintomas físicos e cognitivos. Tais ataques manifestam-se abruptamente e atingem seu ápice em até 10 minutos (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

Neste sentido, Scarpato (2001) endossa que o pânico está agrupado entre os transtornos de ansiedade, o que indica que tal paciente vive um estado de apreensão aumentado pela expectativa de que algo ruim aconteça. Este fato é caracterizado por um medo sem causa definida. O pânico é a ansiedade levada ao extremo.

4.2.2 Mecanismo do Pânico

Segundo Pinheiro (2006), a crise de pânico nasce a partir da união de pensamentos e sentimentos. Após a vivência da primeira crise, o cliente passa a ter medo de apresentar um novo episódio. Neste sentido, apresenta medo das reações fisiológicas associando-as a um novo episódio.

Assim, o medo deixa de ser visto como um meio de sinalizar o perigo e passa a ser visto como o perigo em si. Deste modo, qualquer alteração fisiológica passa a ser vista como uma ameaça.

4.2.3 Sintomas

De acordo com Scarpato (2001), os sintomas mais comuns que caracterizam a Síndrome do Pânico são: taquicardia, sensação de falta de ar, dispnéia, formigamentos, vertigem, tontura, dor ou desconforto no peito, despersonalização, sensação de irrealidade, medo de perder o controle, medo de enlouquecer, sudorese, tremores, medo de desmaiar, sensação de iminência da morte, náusea ou desconforto abdominal, calafrios ou ondas de calor, sialorréia, perda do foco visual.

O mesmo autor indica que numa crise de pânico devem estar presentes ao menos, quatro dos sintomas descritos.

Há crises mais completas e outras com poucos sintomas. Na maioria dos casos, elas são desencadeadas por uma reação de ansiedade que ocasionou um medo relacionado às próprias reações do corpo.

No decorrer da crise, surgem na mente do cliente uma série de interpretações catastróficas sobre os sintomas que estão se desenvolvendo. Tais pensamentos podem ser divididos em quatro formas de sensações diferentes: perda do controle, sensação de que vai desmaiar, de que está enlouquecendo ou que vai morrer.

Entre as crises, o cliente passa a viver um estado constante de ansiedade denominado Ansiedade Antecipatória. Tal fato pode levar o cliente a restringir suas atividades e evitar situações que possam desencadear uma nova crise.

4.2.4 Agorafobia

Agorafobia pode ser definida como evitação ou apreensão persistente acerca de situações cuja fuga seja difícil ou ajuda não esteja disponível. O indivíduo passa a evitar lugares aglomerados de onde se tornaria difícil a fuga.

Pode ser dividida em 3 grupos:

Leve: o paciente passa a fazer pequenas evitações, mas não modifica o ritmo de vida normal. Por exemplo, a pessoa evita dirigir sozinha por longas distâncias, mas não deixa de dirigir para o trabalho.

Moderada: tal condição começa a interferir na vida do paciente, mas não o incapacita. Por exemplo, a pessoa não mais dirige sozinha e o faz apenas em distancias limitadas.

Grave: o paciente tem a mobilidade muito limitada, podendo até mesmo, não mais sair de casa (CRASKE, BARLOW, 2007).

Tem relação próxima com o pânico, não existindo isoladamente. Os pacientes com agorafobia passam a depender de outras pessoas para sair de casa ou realizar atividades simples. Até mesmo a companhia de uma criança pode ser o bastante para tranquilizar o agorafóbico.

A terapia cognitivo-comportamental é a única técnica eficaz para o tratamento da agorafobia (MAROT, 2004).

4.2.5 Diagnóstico

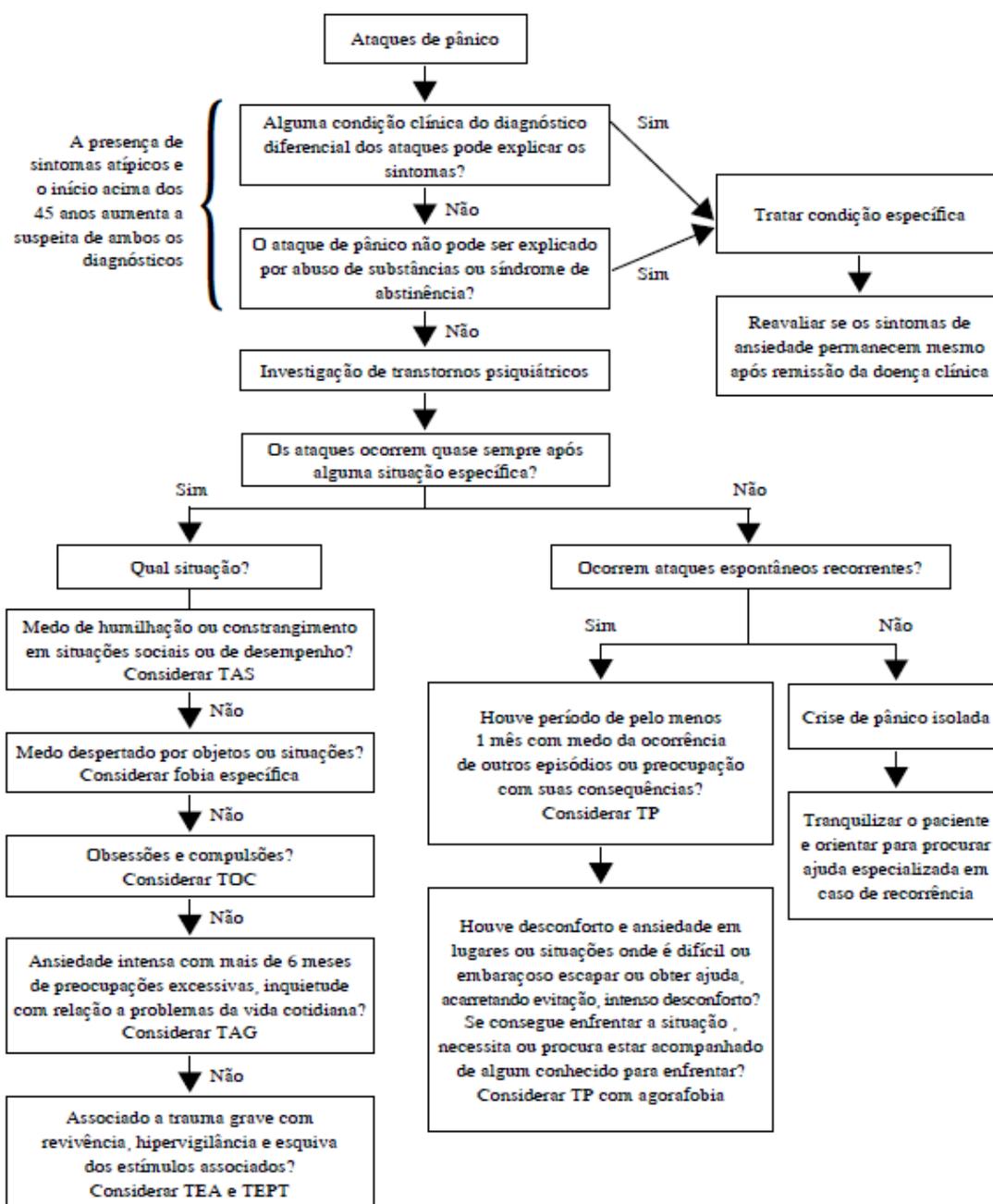
Segundo a Classificação Diagnóstica da Associação Americana de Psiquiatria, no Transtorno do Pânico há a existência de ataques recorrentes e imprevisíveis seguidos por pelo menos um mês de preocupação persistente sobre uma recidiva do ataque, bem como sobre alterações comportamentais significativas relacionadas aos ataques.

Os ataques de pânico podem ocorrer em outros transtornos psiquiátricos como Fobias, Transtornos Obsessivo Compulsivo (TOC), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e Transtorno Depressivo Maior. Deste modo, a presença de ataques de pânico isolados não se caracteriza como meio para diagnóstico para Transtorno do Pânico.

Portanto, para a caracterização de tal síndrome, há o critério de que 3 ataques de pânico ocorridos no espaço de 3 semanas caracterizam doença moderada, enquanto que 4 ataques de pânico ocorridos no espaço de 4 semanas caracterizam doença grave (CATALDO NETO, 2003).

De acordo com Salum; Blaya; Manfro (2009) devem ser avaliados outros fatores externos até que se chegue ao diagnóstico definitivo de Transtorno do Pânico. Tais fatores podem ser caracterizados pelo uso de substâncias estimulantes, abstinência de depressores do Sistema Nervoso Central, álcool, cafeína, nicotina, hipnóticos e sedativos.

Caso estes fatores não estejam presentes, deve-se proceder a avaliação diagnóstica de transtornos psiquiátricos conforme indica a figura a seguir.



TAS = transtorno de ansiedade social; TOC = transtorno obsessivo compulsivo; TAG = transtorno de ansiedade generalizada; TEA = transtorno de estresse agudo; TEPT = transtorno de estresse pós-traumático; TP = transtorno do pânico.

Figura 1 - Algoritmo de avaliação diagnóstica dos ataques de pânico

Fonte: SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009.

4.2.6 Tratamento

De acordo com Savoia (2000), o pânico pode ser considerado como um transtorno biopsicossocial. Neste sentido, estão envolvidos fatores cognitivos, autonômicos e comportamentais. Para um maior sucesso no tratamento, devem ser aliadas a farmacoterapia e psicoterapia. Estes dois fatores são considerados os mais eficazes para tal transtorno.

O tratamento para o pânico deve ser longo, uma vez que há diversas recaídas e recidivas. Suas funções principais são bloquear os ataques de pânico, controlar a ansiedade antecipatória e a evitação fóbica. Neste sentido, a farmacoterapia tem por finalidade auxiliar no controle das crises de pânico, enquanto a psicoterapia gera resultados no controle da ansiedade antecipatória e evitações (CATALDO NETO; FURTADO; GAUER, 2003).

4.2.6.1 Tratamento Psicoterápico

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é a mais indicada para tratamentos de transtornos do pânico, uma vez que oferece melhores resultados (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

Com a experiência da primeira crise de pânico, o cliente passa a apresentar o sintoma de ansiedade antecipatória, associando qualquer sintoma fisiológico ao início de uma nova crise. Assim, a TCC é aplicada com a finalidade de eliminar a constante sensação de que possa haver recorrência da crise. Tal terapêutica tem por finalidade oferecer correção às interpretações catastróficas e medos associados às sensações corporais e evitações (MANFRO et al, 2008).

Para melhor compreensão deste tratamento, as terapêuticas podem ser divididas em dois grupos: Terapia Cognitiva e Terapia Cognitivo-Comportamental.

A Terapia Cognitiva se baseia no conceito de biopsicossocial. Neste sentido, tal terapia indica que o indivíduo passa a atribuir significado a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos de sua vida. Assim, passa a comportar-se de maneira específica construindo hipóteses diversas sobre futuro e sua própria identidade. Deste modo, cada indivíduo reage de maneira própria diante de cada situação (BAHLS; NAVOLAR, 2004).

Aaron Beck, psiquiatra com formação psicanalítica, ao observar e pesquisar pacientes deprimidos verificou que tais indivíduos apresentavam uma visão negativa e distorcida de si mesmos, do mundo ao seu redor e do futuro. Tal visão era decorrente de interações com o ambiente ocorridas durante a infância. Assim, a terapia cognitiva apresentava uma eficácia semelhante à dos antidepressivos para tratamento da depressão.

Além de ser uma terapêutica indicada para a Síndrome do Pânico, a terapia cognitiva pode ainda oferecer resultados satisfatórios no tratamento de transtornos de ansiedade, dependência química, transtornos alimentares e de personalidade (CORDIOLI; KNAPP, 2008).

A Terapia Cognitivo-Comportamental se baseia no modo de interpretação do cliente em relação ao mundo e dá grande ênfase aos seus pensamentos e problemas apresentados. O principal objetivo desta terapia é buscar estratégias para que o cliente possa “atuar no ambiente de forma a promover mudanças necessárias”. Assim, são definidos claramente objetivos a serem atingidos através de uma cooperação entre cliente e terapeuta (MANFRO et al, 2008).

O ponto inicial do tratamento é a localização da fonte de sofrimento do cliente. Deste modo, procuram-se conhecer as formas de distorção que ocorrem na autoavaliação do cliente e do mundo. Neste sentido, a TCC busca corrigir as distorções que geram problemas ao indivíduo, fazendo com que sejam desenvolvidos meios eficazes para enfrentá-las. Para isso, são empregadas técnicas cognitivas que identificam e testam os pensamentos automáticos buscando substituir as distorções (BAHLS; NAVOLAR, 2004).

A TCC é um tratamento com objetivos claros a serem atingidos. Tem por finalidade corrigir interpretações catastróficas e medos relacionados às sensações corporais e evitações. É um tratamento breve (geralmente 10 a 20 sessões) e prático, baseando-se em tarefas. Pode ser iniciada juntamente com o tratamento medicamentoso e se utiliza das seguintes técnicas: psicoeducação, técnicas para lidar com a ansiedade, reestruturação cognitiva, exposição interoceptiva e exposição *in vivo* gradual.

1- Psicoeducação: é uma técnica utilizada no início do tratamento que tem por finalidade definir e qualificar os sintomas relacionados à ansiedade e pânico. O cliente é levado a lidar com o medo e a ansiedade através dos pensamentos. Há o

estímulo de realização de exercícios que exponham os medos e, inevitavelmente, gerem aumento dos níveis de ansiedade.

A figura que se segue apresenta um modelo cognitivo do medo na Síndrome do Pânico.

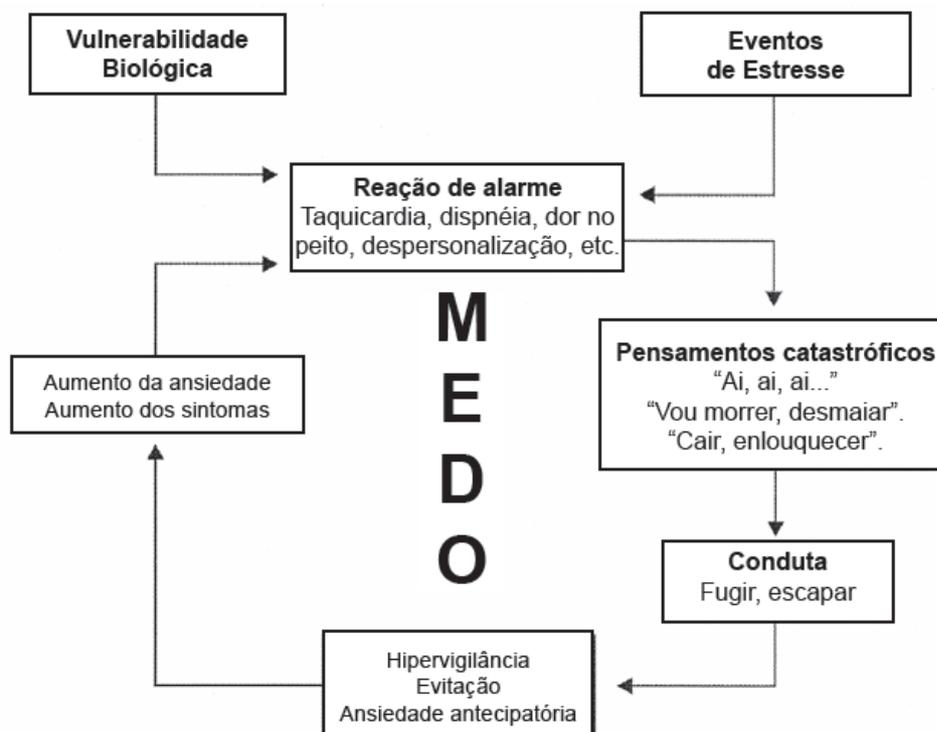


FIGURA 2: Ciclo Cognitivo do Medo para o Transtorno do Pânico.

FONTE: Manfro et al (2008, p. 04).

2- Técnica para lidar com a ansiedade: são técnicas utilizadas com a finalidade de diminuir ou controlar os sintomas característicos da crise de Pânico. Tais técnicas se baseiam na respiração diafragmática e relaxamento muscular. Podem ser utilizadas em quadros onde a ansiedade antecipatória se faz presente. (MANFRO et al, 2008)

3- Reestruturação Cognitiva: consiste em uma série de intervenções que procuram levar o paciente a identificar situações distorcidas e corrigi-las. A partir desta premissa, o paciente passará a perceber que, na maioria das vezes havia uma hipervalorização negativa de tais situações e desvalorização de sua capacidade de enfrentar as mesmas.

A reestruturação cognitiva busca ensinar o paciente a observar e controlar os pensamentos irracionais e negativos, bem como corrigir interpretações tendenciosas e irreais (D'EL REY, ABDALLAH, 2006).

Um aspecto importante é que a reestruturação cognitiva não pretende ser um meio direto de minimizar o medo, a ansiedade ou sintomas desagradáveis, e sim de corrigir o pensamento distorcido. Espera-se que o medo e a ansiedade acabem cedendo, mas sua redução não é o primeiro objetivo da terapia cognitiva (CRASKE; BARLOW, 2007).

4- Exposição Interoceptiva: tem por objetivo corrigir interpretações catastróficas, submetendo os pacientes a uma exposição gradual a seus medos. Tal exposição levará os mesmos a sentirem-se confortáveis com as sensações.

A exposição é feita através da provocação intencional dos sintomas. Para tanto, são utilizados meios como hiperventilação que provocará parestesia, desrealização e tontura. A partir deste princípio, o terapeuta levará o paciente a não controlar ou minimizar as situações de pânico procurando sentir-se confortável com as mesmas.

Esta terapia pode ainda, ser um meio de preparação para a exposição *in vivo* (MANFRO et al, 2008).

5- Exposição *In Vivo*: consiste no confronto real das situações que causam desconforto ao paciente. É feita uma lista de situações que causem menos ansiedade até aquelas que causam mais ansiedade. A partir de então, as situações passarão a ser enfrentadas na companhia do terapeuta até que ocorra a habituação da ansiedade. Quando a situação não oferecer mais riscos ou perigo de pânico ao paciente, passa-se ao próximo item (D'EL REY; ABDALLAH, 2006).

Segundo Craske; Barlow (2007) um elemento importante da exposição *in vivo* é a remoção de todas as situações que ofereçam sensação de segurança. Tais situações provocam diminuição de desconforto em curto prazo. Juntamente com a orientação do terapeuta, o paciente passará a encontrar formas de eliminar suas próprias situações de segurança. Deste modo, a exposição *in vivo* age conjuntamente com a exposição interoceptiva, uma vez que, ao relembrar as situações geradoras de agorafobia, desencadeia sensações desagradáveis (temidas) no organismo.

4.2.6.2 Tratamento Medicamentoso

O tratamento farmacológico para a Síndrome do Pânico tem por finalidade bloquear as crises, diminuir a ansiedade antecipatória e reverter a evitação fóbica. Deste modo, é feita uma avaliação da resposta ao tratamento medicamentoso

observando a intensidade e frequência dos ataques de ansiedade antecipatória, da evitação fóbica e a qualidade de vida.

Neste sentido, são utilizadas diferentes classes de antidepressivos como: Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), Antidepressivos Tricíclicos, Inibidores da Monoaminoxidase, e os Benzodiazepínicos. Estes fármacos deverão estar associados à psicoterapia (MANFRO; BLAYA, 2005).

4.2.6.2.1 Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS)

O Transtorno do Pânico tem como opção de tratamento os antidepressivos. Estes fármacos visam à diminuição da intensidade e frequência das crises de pânico, além de diminuir os sintomas associados.

Os ISRS possuem vantagens para o tratamento do Transtorno do Pânico uma vez que apresentam maior tolerabilidade a efeitos colaterais, menores doses diárias e baixo risco de intoxicação.

No início do tratamento, os ISRS podem provocar uma piora em pacientes com Síndrome do Pânico. Nestes pacientes, verifica-se o aumento da ansiedade, agitação e tontura. Assim, a dose inicial deve ser baixa (YACUBIAN; MINUTENTAG, 2000).

São os primeiros medicamentos a serem escolhidos para o tratamento da Síndrome do Pânico, pois associam segurança e tolerabilidade.

A paroxetina, medicamento capaz de produzir sonolência é altamente indicada para pacientes com distúrbios de sono. A sertralina diminui os níveis de ansiedade. Outros indicados são: fluoxetina, fluvoxamina e citalopram (MANFRO; BLAYA, 2005).

Os principais efeitos colaterais dos ISRSs são cefaléia, irritabilidade, náusea e outros efeitos gastrointestinais, insônia, disfunções sexuais, aumento de ansiedade, tontura e tremor. Os efeitos colaterais dos ISRSs geralmente são toleráveis e tendem a diminuir no decorrer do tratamento (YACUBIAN; MINUTENTAG, 2000).

4.2.6.2.2 Antidepressivos Tricíclicos

Os Antidepressivos Tricíclicos são drogas de escolha para casos de depressão grave e pacientes hospitalizados. Além disso, tem ação no tratamento de síndrome do Pânico (imipramina e clomipramina) (CORDIOLI, 2004).

A imipramina foi o primeiro antidepressivo utilizado no tratamento de Síndrome do Pânico. Entretanto, a clomipramina oferece superioridade no tratamento, pois tem maior eficiência no efeito serotoninérgico.

Este tratamento vem acompanhado de inquietação e aumento de ansiedade, devendo também ser iniciado em pequenas doses. Com o decorrer do tratamento, os efeitos colaterais boca seca, sudorese e constipação tendem a continuar (MANFRO; BLAYA, 2005).

São contraindicados para pacientes cardíacos, com hipertrofia prostática, constipação intestinal grave e glaucoma, o uso deve ser evitado em pacientes idosos (CORDIOLI, 2004).

4.2.6.2.3 Inibidores de Monoaminoxidase (IMAO)

Os IMAO não são medicamentos utilizados como primeira opção para o tratamento de Síndrome do Pânico, uma vez que podem causar crises hipertensivas. Logo, são tratamentos indicados em casos onde não há tolerância a outra terapia farmacológica ou resistência a abordagens convencionais.

Os IMAO produzem menos desconfortos no início do tratamento, sendo uma alternativa a pacientes resistentes a efeitos colaterais iniciais.

São representantes desta classe a fenelzina e tranilcipromina (KAPCZINSKI; CHACHAMOVICH; KNIJNIK, 2000).

4.2.6.2.4 Benzodiazepínicos

São fármacos indicados para o tratamento de Transtorno do Pânico, uma vez que possuem boa eficácia, rápido início de ação e efeitos adversos favoráveis. Contudo, por haver necessidade de tratamento prolongado, a terapia com benzodiazepínicos passou a não ser considerada como primeira escolha em virtude do risco de dependência.

O alprazolam e clonazepam são os mais utilizados para o tratamento de Síndrome do Pânico com maior tolerabilidade e início de ação mais rápido. Existem ainda evidências da efetividade do diazepam e lorazepam, entretanto com maiores reações adversas (MANFRO; BLAYA, 2005).

Os benzodiazepínicos causam sedação, fadiga, perdas de memória, sonolência, incoordenação motora, diminuição da atenção, da concentração e dos reflexos, aumentando o risco para acidentes de carro ou no trabalho. Em pessoas idosas estão associados a quedas e fraturas do colo do fêmur (CORDIOLI, 2004).

4.2.7 O Papel da Enfermagem no Tratamento Síndrome do Pânico

O princípio que rege a Enfermagem é a responsabilidade de se solidarizar com as pessoas, os grupos, as famílias e as comunidades, objetivando a cooperação mútua entre os indivíduos na conservação e manutenção da saúde (BAUMBACH et all, 2009).

Neste sentido, Rocha (2005) afirma que a equipe de Enfermagem deve estar atenta às queixas apresentadas pelo cliente. Deste modo, reprova-se a conduta de dizer ao mesmo que suas queixas são infundadas e o que sente não é nada.

A ajuda poderá ocorrer através de uma presença solidária, de modo a acolher as queixas, ansiedades e dúvidas.

A Enfermagem deve ainda ter uma conduta que auxilie na melhora da condição de vida tanto do paciente quanto de sua família. Deve ainda ajuda-lo a adaptar-se à nova condição, oferecer ajuda para que o cliente se reintegre na sociedade e garantir a adesão do mesmo ao tratamento.

As ações de enfermagem serão individualizadas, baseando-se nas condições da família e do cliente. Assim, o trabalho em equipe mostra-se eficiente. Deverão ser desenvolvidas ações de reabilitação com vistas a ajudar o paciente a lidar com a realidade, reconhecer e admitir suas habilidades, capacidades e potencialidades. “Com isso, a dinâmica de assistência de Enfermagem passa a ser desenvolvida de maneira abrangente, consistente, qualificada, sistemática, dialética e ética.” (BAUMBACH et all, 2009).

4.2.8 Humanização no tratamento de pacientes psiquiátricos

Um dos conceitos amplamente discutidos na atualidade é o de Humanização. Humanizar parte da necessidade de oferecer importância às palavras expressas pelo cliente e também garantir o reconhecimento das mesmas. Portanto, o processo de comunicação entre a enfermagem e o paciente é extremamente importante no mecanismo de humanização. Tão necessário quanto tratar um paciente é ouvir

suas angústias, temores e expectativas. No serviço de saúde é salutar que o paciente saiba o que está sendo feito com ele.

A humanização no cuidar busca trazer à tona a essência do ser, respeitando a individualidade e garantindo ao cliente a possibilidade de enfrentar seus desafios. Cabe ao cuidador reconhecer o valor da vida, compreendendo a si mesmo e ao outro. Assim, pode-se dizer que humanizar “é acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade do corpo, mente e espírito”. Desta forma, a presença solidária do profissional com habilidade humana e científica se torna fundamental (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

Desde o surgimento do conceito de Saúde Mental, houve a formação de um estigma que excluía o doente mental e o caracterizava como incapaz da convivência em sociedade. Diante disso, faz-se necessário romper paradigmas formados ao longo do tempo, criando uma nova cultura que proporcione a reinserção do indivíduo na sociedade (TREVISAN; WOLMANN; REATEGUI, 2004).

Com a política manicomial anterior à Reforma Psiquiátrica, os portadores de transtornos mentais eram tidos como ameaças à sociedade e, desta forma enclausurados por tempo indeterminado. Submetidos à terapêuticas desumanas, eram privados, inclusive, da própria dignidade.

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, houve a substituição dos manicômios por estruturas que forneciam tratamento efetivo a essas pessoas. O tratamento passou a ser acompanhado por equipes multiprofissionais que buscam reconhecer o indivíduo como um todo, a crise deixou de ser elemento digno de punição e repressão para se tornar objeto de escuta por parte dos profissionais, a internação tornou-se elemento terapêutico, abandonando a face condenativa (CORBISIER, 2005).

O grande desafio dos profissionais de saúde é cuidar do ser humano na sua totalidade, exercendo uma ação preferencial em relação à sua dor e seu sofrimento, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, com competência tecnocientífica e humana. É assim que Pessini (2000) se refere a esses aspectos: quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano torna-se um radar de alta sensibilidade, se humaniza no processo e, para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria. Essa sabedoria nos coloca na rota da valorização e descoberta de que a vida não é um bem a ser privatizado, muito menos um problema a ser resolvido nos circuitos digitais e eletrônicos da informática, mas um dom, a ser vivido e partilhado solidariamente com os outros (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2004).

5 METODOLOGIA

5.1 Equipe multiprofissional

Com o avançar do conhecimento, houve a necessidade da criação de novas especialidades no mundo do trabalho. Na antiguidade, os sábios desenvolviam, ao mesmo tempo, as principais funções: filosofia, matemática, astronomia, engenharia. Atualmente é impossível imaginar que alguns profissionais exerçam com a sabedoria e eficiência necessárias todo conjunto da área de saúde.

O trabalho em equipe se justifica a partir das diversas necessidades demandadas da área da saúde e nasce do desenvolvimento tecnológico em contínuo crescimento. “A equipe multiprofissional é, hoje, uma realidade insofismável e necessária em todos os espaços onde se praticam ações que visam melhorar a qualidade de saúde e de vida das populações” (VELLOSO, 2005).

5.1.1 Análise das Entrevistas dos Diversos Profissionais

Na data de 01 de abril de 2011, foi realizada visita ao Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, da cidade de Guaxupé, localizado à Rua Capitão Martiniano Prado, 43 Centro. Tal visita teve a finalidade de conhecer e conversar com a equipe multiprofissional que atua na referida instituição, bem como observar a rotina dos pacientes e equipe..

Dentre os profissionais que atuam na instituição, foram encontrados: médica psiquiatra, psicólogas, enfermeira, farmacêutica, e técnico em enfermagem. Cada um destes profissionais, dentro da especificidade da sua área, foi questionado quanto à realidade dos transtornos mentais com ênfase na Síndrome do Pânico. As entrevistas foram individuais, com apresentação por parte dos pesquisadores dos objetivos do trabalho e finalidade da entrevista.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), deu-se início à gravação das entrevistas, as quais eram feitas através de questionamentos baseados nas conclusões dos pesquisadores a partir da literatura consultada.

5.1.1.1 Médica Psiquiatra

Em um primeiro momento, foi definida a Síndrome do Pânico como sendo o repetir de crises agudas de ansiedade, as quais têm por consequência a manifestação de sintomas físicos. Houve a diferenciação de crise isolada de pânico, que não qualifica a existência da síndrome, mas pode surgir a partir de uma situação real ou emocional; e da Síndrome do Pânico caracterizada pela recorrência de crises.

A característica principal do Transtorno do Pânico é a existência de crises sem fator desencadeante. Por isso, muitas pessoas não a compreendem, nem admitem ser portadoras de tal síndrome.

Foi relatado que, pelo fato dos sintomas serem de ordem física muitos clientes portadores do Transtorno do Pânico recorrem a clínicos gerais ou especialidades clínicas acreditando que tais sintomas são oriundos de uma patologia clínica. Há um especial destaque para o sintoma da taquicardia que leva o cliente à realização de seguidos eletrocardiogramas sem nenhum resultado positivo.

Diante do diagnóstico do Transtorno do Pânico, há a medicação do cliente e orientação relacionada aos sinais e sintomas apresentados. Esta orientação visa esclarecer o cliente de que os sintomas apresentados não são de ordem física, mas produtos da Síndrome do Pânico, deste modo, não há necessidade da busca de pronto-atendimento, uma vez que a crise é passageira.

O tratamento medicamentoso tem por finalidade ajudar a controlar a crise e diminuir a ansiedade.

Destacou-se ainda a importância da psicoterapia, que vai ajudar o cliente a compreender os sintomas e enfrentar a crise, pois a partir do início do tratamento o cliente ainda poderá apresentar crises.

O tratamento é individualizado, baseando-se na intensidade das crises e grau de comprometimento da vida pessoal e social do cliente. A partir do início do tratamento há uma diminuição e conseqüente cessação das crises. Quando essas crises são muito intensas e prejudicam as atividades rotineiras do paciente, podem ser indicados ansiolíticos que serão utilizados no momento agudo do pânico.

O tratamento é prolongado e tem seu término a partir da estabilidade do paciente. Assim, quando este retorna a sua vida normal tem alta e a medicação é suspensa.

Em alguns casos, especialmente naqueles em que o cliente não consegue retornar às atividades habituais, o tratamento prolonga-se por mais tempo ou pode ser contínuo. O prolongamento desnecessário do tratamento pode gerar um reforço da possibilidade de reincidência de crises, deste modo, todas as formas de tratamento convergem para a garantia de estabilidade social e pessoal do cliente.

Diante da crise de pânico, a conduta a ser tomada é a de acalmar e tranquilizar o paciente. O profissional deverá esclarecer que os sintomas são passageiros e não caracterizam doença física, poderá orientar na respiração e tentar distrair o cliente.

A família exerce papel fundamental na compreensão e tratamento do transtorno. Por se tratar de doença mental, muito chegam a dizer que não existe patologia, nem há necessidade de tratamento. Deste modo, os familiares exercem especial importância na adesão e manutenção do tratamento e garantia de sucesso do mesmo.

5.1.1.2 Psicóloga

A abordagem a pacientes portadores de Transtorno do Pânico deve ser feita de maneira individual, muitas vezes caracterizando socorro imediato em momentos de crise.

Em seguida, o paciente será encaminhado à psicoterapia que caracteriza-se como um método de enfrentamento de situações e crises e à farmacoterapia.

A família exerce papel fundamental no tratamento e deve ter como conduta o incentivo e encorajamento ao cliente. Neste sentido, os familiares devem receber orientação sobre a manifestação da doença e condutas na crise.

O tratamento psicoterápico varia em função de cada paciente e tem duração variável oscilando de alguns meses até anos de acompanhamento, até que se consiga estabilizar o caso.

5.1.1.3 Enfermeira

Existem diversos tipos de transtornos mentais, cada um deles é detentor de características próprias e manifesta-se de maneira individualizada em cada cliente.

Além disso, cada um pode apresentar uma manifestação específica para um determinado transtorno.

Assim, a abordagem a cada tipo de doença deve ser específica e especializada. Um primeiro passo a ser seguido é a proteção do cliente, tanto física quanto mentalmente e daqueles que estão à sua volta.

Em um momento de crise, o quadro clínico deve ser monitorado através da aferição de pressão arterial, glicemia, pulso, padrão respiratório, com a finalidade de descartar a existência de uma patologia física. Se esta se fizer presente, o cliente deverá ser acompanhado ao serviço de pronto-atendimento.

Uma vez descartada a hipótese de patologia física e constatada a presença de uma crise, o profissional deverá se fazer presente, colocar-se próximo do cliente, tentando acalmá-lo e investigando se há motivo desencadeante da crise.

Em todos os casos, o atendimento e abordagem devem ser humanizados respeitando a individualidade e o natural pudor do cliente.

Todos os atos ocorridos devem ser anotados de forma clara e objetiva no prontuário para auxiliar na criação do perfil do cliente e servir de subsídio de consulta e acompanhamento futuro.

A equipe multiprofissional tem por finalidade oferecer atendimento integral ao cliente, vendo-o como um todo. Deste modo, cada profissional valorizando seu saber contribui para o atendimento integral do cliente.

A família deve buscar compreender a patologia, os sinais e sintomas e a manifestação da mesma para que possa auxiliar no tratamento. No que diz respeito à medicação, a família deve incentivar o cliente a não interromper o tratamento para que obtenha êxito.

5.1.1.4 Farmacêutica

Os tratamentos para transtornos psiquiátricos dependem, em sua maioria, do uso de medicamentos. Deste modo, a atenção dispensada ao tratamento é sumamente importante.

A medicação somente pode ser dispensada mediante apresentação de receituário médico. A orientação correta, clara e precisa é fundamental e deve ser feita de forma que o cliente compreenda bem a forma de utilização, horários, duração do tratamento e outras informações necessárias. Em alguns casos, para pacientes analfa-

betos ou com dificuldade de compreensão, devem ser desenvolvidas estratégias para orientação. Podem ser utilizados símbolos que facilitem a compreensão do horário de utilização, caixas onde é separada a medicação e outros meios que facilitem a compreensão do cliente.

A resistência ao tratamento é uma realidade presente em grande parte dos casos. Assim, a equipe de saúde assume papel importante de orientação e vigilância, garantindo que o cliente esteja fazendo uso correto da medicação.

5.1.1.5 Técnico em Enfermagem

O convívio no dia a dia com os mais diversos tipos de transtornos mentais deve ser de uma forma a buscar o entendimento e a compreensão. É fundamental que aqueles que terão um convívio mais próximo busquem conhecer o comportamento e a forma de agir de cada um. É também importante que conheça o transtorno, suas características, formas de manifestação e condutas.

Quando um cliente apresenta uma crise, a primeira medida a ser tomada é a da proteção, tanto individual quanto coletiva. Deve-se tentar conversar, acalmar, procurar um entendimento com ele.

Há casos em que o cliente não aceita a doença. Quando existe esta ocorrência, a família deve ser acionada para que ofereça sua contribuição. A família pode auxiliar incentivando o tratamento e colaborando para que o cliente supere as crises.

5.2 Realização das palestras

Após as pesquisas feitas através da Revisão de Literatura do presente trabalho e das experiências adquiridas a partir das entrevistas com os profissionais do CAPS da cidade de Guaxupé, foram realizadas as palestras utilizando Data Show e Slides para aplicação do tema escolhido para o referido projeto na comunidade.

No dia 06 de maio, houve a realização das palestras no Ambulatório Municipal Dona Itália Franco, para os funcionários desta instituição, totalizando 11 pessoas e na sede do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF), para a equipe dos Agentes Comunitários de Saúde e enfermagem, com participação de cerca de 30 pessoas.

Embasados nas pesquisas realizadas, os autores deste trabalho enfocaram o importante tema da Saúde Mental dando especial ênfase à Síndrome do Pânico. Houve a conceituação de saúde, como completo estado de bem estar físico, mental e social e de saúde mental como estado de boa adaptação e prazer de viver.

Em seguida aos conceitos, foi feito um relato sobre o avançar da saúde mental no Brasil. Após, foi apresentado o tema do Transtorno do Pânico, causando grande interesse nos participantes. Apresentaram-se as formas de diagnóstico, sinais e sintomas e meios de tratamento.

Por se tratar de um tema ainda pouco explorado, houve bastante interesse por parte dos participantes das palestras que se manifestaram através de questionamentos sobre os tópicos apresentados.

Ao final da palestra aos agentes de saúde e enfermagem do Programa de Saúde da Família, os mesmos solicitaram que houvesse apresentação nas áreas de atuação do PSF.

No dia 25 de maio, foi realizada palestra na Igreja de São Benedito e Santo Antônio, bairro Alto do Anjo, englobando a área do PSF da Vila Lima, com presença de cerca de 55 pessoas, na qual foi abordado o tema do presente trabalho, havendo interesse de todos, os quais se manifestaram através de questionamentos e relatos pessoais de experiências vividas.

Foi solicitada ainda apresentação a área do PSF correspondente ao Jardim Anápolis, aguardando agendamento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final das pesquisas realizadas, pode-se concluir que o presente projeto atendeu de maneira significativa e integral aos objetivos propostos. Os conhecimentos foram aprofundados através da revisão de literatura, bibliografia consultada e visita ao CAPS da cidade de Guaxupé.

Pelo fato da Síndrome do Pânico se tratar de um transtorno de ordem mental sem causa física, não é dada a devida importância a este até mesmo pelas equipes de saúde, que chegam a rotular os pacientes não oferecendo diagnóstico e tratamento adequados.

Para suprir tal deficiência, faz-se necessária a conscientização das equipes de saúde a respeito da enfermagem psiquiátrica, dando especial atenção às práticas humanizadas de atendimento que respeitem o cliente na sua individualidade e formando profissionais que, além de conhecimento técnico para a realização de procedimentos, tenham princípios para compreender as dores e anseios dos clientes.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Osvaldo Lopes do. **TRANSTORNOS MENTAIS**. Disponível em: <<http://www.inef.com.br/transtorno.htm>>. Acesso em: 20.mar.2011.

BAHLS, Saint Clair; NAVOLAR, Ariana Bassetti Borba. **TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS: CONCEITOS E PRESSUPOSTOS TEÓRICOS**. Disponível em: < http://www.utp.br/psico.utp.online/site4/terapia_cog.pdf >. Acesso em: 03.abr.2011.

BALONE, Geraldo José. **O QUE SÃO TRANSTORNOS MENTAIS**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=230>>. Acesso em: 20.mar.2011.

BAUMBACH, Claucimara C. et all. **TRANSTORNO DO PÂNICO E O CUIDAR DA ENFERMAGEM**. Disponível em: <<http://www.unochapeco.edu.br/static/files/trabalhos-anais/Pesquisa/Sa%C3%BAde/Claucimara%20C.%20Baumbach.pdf>>. Acesso em: 16.abr.2011.

BETTINELLI, Luiz Antônio; WASKIEVICZ, Josemara; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Humanização do cuidado de ambiente hospitalar. In: PESSINI, Leocir (Org.); BERTACHINI, Luciana (Org.). **HUMANIZAÇÃO E CUIDADOS PALIATIVOS**. São Paulo: Loyola, 2004. Cap. 5, p 91.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Constituição Federal. **Seção II, Artigo 196**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao_Compilado.htm>. Acesso em: 13.mar.2011.

CATALDO NETO, Alfredo (Org); FURTADO, Nina Rosa (Org); GAUER, Gabriel Chittó (Org). **PSIQUIATRIA PARA ESTUDANTES DE MEDICINA**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. p 409 – 412.

CORBISIER, Cláudia. **A REFORMA PSIQUIATRICA E A POLITICA DE HUMANIZAÇÃO**. Disponível em: < http://www.polemica.uerj.br/pol22/oficinas/lipis_1.htm >. Acesso em: 16.abr.2011.

CORDIOLI, Aristides Volpato; KNAPP, Paulo. **A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS**. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600001&lang=pt >. Acesso em: 05.abr.2011.

CORDIOLI, Aristides Volpato. **PSICOFÁRMACOS NOS TRANSTRNOS MENTAIS**. Disponível em: < http://www.ufrgs.br/psiq/Caballo%206_8.pdf >. Acesso em: 10.abr.2011.

CRASKE, Michelle G.; BARLOW, David H.. **TRANSTORNO DO PÂNICO E AGORAFOBIA**. Disponível em: < http://downloads.artmed.com.br/public/B/BARLOW_David_H/Manual_Clinico_Transornos_Psicologicos_4ed/Liberado/Cap_01.pdf >. Acesso em: 10.abr.2011.

D'EL REY, Gustavo J. Fonseca; ABDALLAH, Hassan Bayat. **INTERVENÇÕES COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS NA FOBIA SOCIAL**. Disponível em: < <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0284.pdf> >. Acesso em: 10.abr.2011.

GAUER, Gabriel José Chittó et al. **BREVE HISTÓRICO: SAÚDE MENTAL E BIOÉTICA**. Disponível em: < www.sorbi.org.br/revista5/breve-historico.pdf >. Acesso em: 13.mar.2011.

GOLDIM, José Roberto. **SAÚDE**. Disponível em : <<http://www.bioetica.ufrgs.br/saude.htm>>. Acesso em: 13.mar.2011.

KAPCZINSKI, Flávio; CHACHAMOVICH, Eduardo; KNIJNIK, Daniela. **O USO DE INIBIDORES DA MONOAMINOXIDASE NO TRANSTORNO DE PÂNICO**.

Disponível em: < <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol28/n1/artigos/art23.htm> >.
Acesso em: 10.abr.2011.

MACEDO, Camila Freire. **A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E DA LEGISLAÇÃO PSQUIÁTRICA NO BRASIL.** Disponível em: < <http://jus.uol.com.br/revista/texto/8246/a-evolucao-das-politicas-de-saude-mental-e-da-legislacao-psiquiatica-no-brasil>>. Acesso em: 19.mar.2011.

MANFRO, Gisele Gus et al. **TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRANSTRONO DO PÂNICO.** Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a05v30s2.pdf> >. Acesso em: 03.abr.2011.

MANFRO, Gisele Gus; BLAYA, Carolina. **TRANSTORNO DO PÂNICO: DIRETRIZES PARA O USO DE PSICOFÁRMACOS E ALGORITMO.** Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/psiq/Algoritmo%20do%20Panico%20%20final.pdf> >.
Acesso em: 10.abr.2011.

MAROT, Rodrigo. **AGORAFOBIA.** Disponível em: < <http://www.psicosite.com.br/tra/ans/agorafobia.htm> >. Acesso em: 17.abr.2011.

MARTINS, Maria da Conceição de Almeida. **FACTORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS PARA A SAÚDE MENTAL.** Disponível em: < www.ipv.pt/millenium/Millenium29/33.pdf>. Acesso em: 13.mar.2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS COM A SAÚDE (CID-10).** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 20.mar.2011.

PESSINI, Leocir (Org.); BERTACHINI, Luciana (Org.). **A HUMANIZAÇÃO E CUIDADOS PALIATIVOS.** São Paulo: Loyola, 2005.

PINHEIRO, Marcelo. **A CLÍNICA DA SINDROME DO PÂNICO.** Disponível em: < <http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=32> >. Acesso em: 02.abr.2011.

QUARTILHO, Manoel João. **SAÚDE MENTAL**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010. p 5 – 7.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **SAÚDE MENTAL NO BRASIL**. São Paulo: Editora Arte e Ciência, 2001. p. 15 – 25 (Coleção Universidade Aberta).

ROCHA, Ruth Mylius. **ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL**. 2ª ed. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2005. p 117.

SÁ JÚNIOR, Luiz Salvador de Miranda. **DESCONSTRUINDO A DEFINIÇÃO DE SAÚDE**. Disponível em: < <http://www.dis.unifesp.br/pg/Def-Saude.pdf>>. Acesso em: 13.mar.2011.

SALUM, Giovane Abrahão; BLAYA, Carolina; MANFRO, Gisele Gus. **TRANSTORNO DO PÂNICO**. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n2/v31n2a02.pdf> >. Acesso em: 27.mar.2011.

SAVOIA, Mariângela Gentil. **TRATAMENTO COMBINADO DO TRANSTORNO DE PÂNICO FARMACOLÓGICO E PSICOTERÁPICO**. Disponível em: < <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/index.html> >. Acesso em: 03.abr.2011.

SCARPATO, Artur Thiago. **O ESTRANHO QUE ME HABITA: A SÍNDROME DO PÂNICO NUMA PERSPECTIVA FORMATIVA**. Disponível em: < http://www.psicoterapia.psc.br/scarpato/t_panforma.html >. Acesso em: 27.fev.2011.

_____. **SÍNDROME DO PÂNICO**. Disponível em: < <http://www.psicoterapia.psc.br/scarpato/panico.html> >. Acesso em: 27.fev.2011.

SEIXAS, André Augusto Anderson, et all. **A ORIGEM DA LIGA BRASILEIRA DE HIGIÊNE MENTAL E SEU CONTEXTO HISTÓRICO**. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a15.pdf>>. Acesso em: 19.mar.2011.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. **ACERCA DO CONCEITO DE LOUCURA E SEUS REFLEXOS NA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE**

MENTAL. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a19.pdf>>
Acesso em: 13.mar.2011.

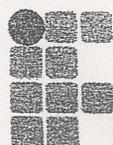
TREVISAN, Jacqueline Fátima; WOLMANN, Eugélia; REATEGUI, Edmundo Berni.
CUIDADO HUMANIZADO PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS EM HOSPITAL GERAL. Disponível em: <
http://www.esp.rs.gov.br/img2/v18n2_17CuidadoHumaniz.pdf >. Acesso em:
16.abr.2011.

VELLOSO, Cid. **EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE.** Disponível em: <
http://www.confef.org.br/extra/revistaef/arquivos/2005/N17_SETEMBRO/09_EQUIPE_MULTIPROFISSIONAL_DE_SAUDE.PDF >. Acesso em: 14.mai.2011.

YACUBIAN, Juliana; NANCY, Minutentag. **TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE PÂNICO COM INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTURA DE SEROTONINA.**
Disponível em: < <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol28/n1/artigos/art19.htm> >.
Acesso em: 10.abr.2011.

ANEXOS

ANEXO A – Avaliação da palestra realizada no Ambulatório Municipal Dona Itália Franco feita pela Profª Enfª Paloma Teixeira Salomão



INSTITUTO FEDERAL
DE MINAS GERAIS

Campus Muzambinho

PARECER SOBRE A PALESTRA

Nome do Projeto: Condutas tomadas pela equipe multiprofissional de Saúde frente a um caso de Síndrome do pânico
Aluno(s): Edson Duarte de Oliveira e Sérgio Alves Dias Junior

Descrição da Palestra: Palestra de Transtornos Mentais, principalmente sobre a síndrome do pânico realizada como educação continuada aos profissionais de Saúde do Ambulatório Municipal Dona Itália Franco, na cidade de Muzambinho (MG)

Avaliação da Palestra: (desempenho, conteúdo, clareza...) A palestra foi muito bem recebida por todos os profissionais e exaustiva de forma clara e concisa, respondida as perguntas de forma satisfatória, demonstrando domínio sobre os assuntos abordados

Gerou contribuição para a comunidade? sim, educação continuada aos servidores dos serviços de saúde.

Justifique: As palestras são uma forma de esclarecer, ensinar/educar aos profissionais de saúde sobre determinadas assuntos para que estes consigam de forma satisfatória atender os usuários do serviço.

Paloma Teixeira Salomão
Enfermeira
COREN - MG 139059 - ENF

Paloma T. Salomão
Enfª Supervisora de estágios
Assinatura e categoria do avaliador

Data: 06 / 05 / 11

ANEXO B – Avaliação da palestra realizada na sede do PACS (Programa dos Agentes Comunitários de Saúde) e PSF (Programa de Saúde da Família) feita pela Profª Enfª Mara Regina Goulart Campedelli.



INSTITUTO FEDERAL
DE MINAS GERAIS

Campus Muzambinho

PARECER SOBRE A PALESTRA

Nome do Projeto: Condutas tomadas pela equipe multiprofissional de saúde frente a um caso de Síndrome do Pânico

Aluno(s): Edson Duarte de Oliveira e Sérgio Alves Dias Junior

Descrição da Palestra: Palestra de transtornos mentais, principalmente sobre a Síndrome do Pânico realizada como educação continuada aos agentes comunitários de saúde e enfermagem

Avaliação da Palestra: (desempenho, conteúdo, clareza...)

Palestra ministrada com conhecimento do conteúdo, clareza e objetividade, a público que por diversas vezes depora o caso de

Gerou contribuição para a comunidade? Sim

Síndrome do Pânico

Justifique: Palestra contemplou tema de gran
de incidência nas áreas do Programa

saúde da família, esclarecendo dúvidas

de agentes comunitários e enfermagem.

É solicitado para que seja ministrada

nas áreas de PSF a Assinatura e categoria do avaliador

comunidade.

Data: 06, 05, 2011

m. regina goulart campedelli
ENFERMEIRA
COREN - 90.985

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é dos pesquisadores responsáveis. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE FRENTE A CASOS DE SÍNDROME DO PÂNICO**

Pesquisadores Responsáveis: **Edson Durante de Oliveira e Sérgio Alves Dias Júnior.**

Telefone para contato: **(35) 9168-0555; (35) 9811-5727**

Orientadora do Projeto: Prof^ª: **Mara Regina Goulart Campedelli**

O projeto a ser desenvolvido constará de pesquisas que serão realizadas mediante entrevistas, as quais serão gravadas e servirão como material de apoio ao trabalho. Poderão ser utilizados ainda, questionários, como subsídios à coleta de dados.

Serão feitos questionamentos relacionados às condutas geralmente tomadas pelos profissionais de saúde diante de casos de Síndrome do Pânico.

O participante será livre para escolher pela resposta, ou não, aos questionamentos apresentados.

As informações colhidas serão utilizadas única e exclusivamente para fins de pesquisa acadêmica, sendo garantido o total sigilo das mesmas. Terão acesso a estas informações apenas os pesquisadores e sua professora orientadora, caso julgue necessário.

O participante poderá retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, caso julgue necessário.

Edson Durante de Oliveira
Pesquisador

Sérgio Alves Dias Júnior
Pesquisador

◆ **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, _____,

RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo
CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE FRENTE A CASOS DE SÍNDROME DO PÂNICO, *como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores Edson Durante de Oliveira e Sérgio Alves Dias Júnior sobre a pesquisa. Foi-me garantido sigilo das informações, além da garantia de sua utilização apenas para fins de pesquisa acadêmica.*

Local e data: _____, ____/____/_____.

Nome: _____

Assinatura do Sujeito: _____