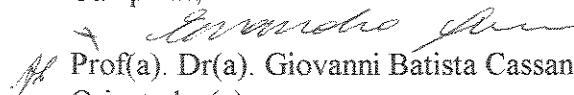


LIONELA RAVERA SARDELLI

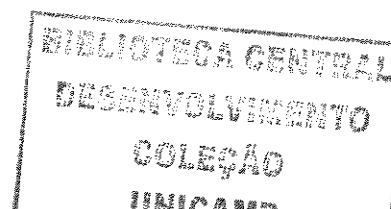
Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso
de Pós-Graduação Ciências Médicas da
Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP,
para obtenção do título de Mestre em Ciências
Médicas, área de Patologia Clínica do(a)
aluno(a) **LIONELA RAVERA SARDELLI**.
Campinas, 18 de fevereiro de 2005. _____


Prof(a). Dr(a). Giovanni Batista Cassano
Orientador(a)

SPECTRUM DO PÂNICO-AGORAFÓBICO:
um estudo na Região Metropolitana de Campinas,
São Paulo, Brasil

CAMPINAS

2005



LIONELA RAVERA SARDELLI

SPECTRUM DO PÂNICO-AGORAFÓBICO:

um estudo na Região Metropolitana de Campinas,
São Paulo, Brasil

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do título de Mestre em Ciências
Médicas, Área de concentração em Ciências Biomédicas.*

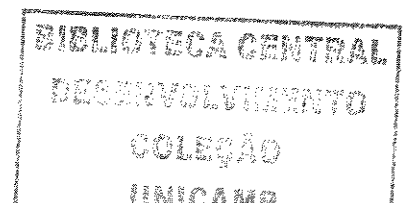
ORIENTADOR: PROF. DR. GIOVANNI BATTISTA CASSANO

CO-ORIENTADOR: PROF. DR. EVANDRO GOMES DE MATOS

CO-ORIENTADOR: PROF. DR. LUIS ALBERTO MAGNA

CAMPINAS

2005



NIDADE/ EX
 a CHAMADA TI/UNICAMP
Sa72s

EX
 OMBO BC/ 65654
 ROC. 16-86-05
 C ☐ D ☒
 PREÇO 11,00
 DATA 14-9-05
 1ª CPD

Bib-id 364344

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
 BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS UNICAMP
 Bibliotecário:Sandra Lúcia Pereira CRB 8ª./6044**

Sa72s Sardelli, Lionela Ravera
 Spectrum do pânico-agorafóbico: um estudo na Região
 metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil / Lionella Ravera
 Sardelli. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientador : Giovanni Battista Cassano, Evandro Gomes de Matos,
 Luis Alberto Magna

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
 Faculdade de Ciências Médicas.

1. Distúrbios do pânico. 2. Agorafobia. 3. Fobias. 4. Neuroses.
 5. Psicopatologia. I. Cassano, Giovanni Battista. II. Matos,
 Evandro Gomes. III. Magna, Luis Alberto. IV. Universidade
 Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. V. Título.

(Slb/fcm)

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Giovanni Battista Cassano

Co-orientador: Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos

Membros:

1. Liliana Andolpho M. Guimarães

2. Patrícia Waltz Schelini

3. Dorgival Caetano

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 18/02/05

1190520644

DEDICATORIA

Ao meu filho Franco, meu grande motivo.

Ao Chico, companheiro e incentivador.

Aos meus Pais e a meus irmãos queridos, Liliana e Giovanni.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Giovanni Battista Cassano, que mesmo sem me conhecer de longa data, acreditou em meu trabalho sendo meu orientador.

Ao Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos meu co-orientador, minha eterna gratidão, através do qual pude dar início aos pensamentos e passos em direção a esta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Luis Alberto Magna pelo auxílio na co-orientação estatística e pelo seu sempre presente apoio e cumplicidade.

A Prof. Dra. Liliana A. M. Guimarães, que como banca de minha qualificação, contribuiu em meu trabalho de forma atuante e brilhante em suas colocações.

Ao Prof. Dr. Dorgival Caetano, que contribuiu com seus questionamentos se colocando sempre a disposição para auxiliar.

Ao NATA onde muito aprendi sobre o Transtorno do Pânico, na prática com seus pacientes.

A minha querida irmã Liliana que sempre me incentivou desde muito pequena em tudo que fiz, até hoje, dando seu exemplo de pessoa e excelente profissional, o meu eterno amor.

Ao Giovanni meu cunhado-irmão, “orientador nato”, muito ponderado em suas sugestões que foram para mim um profundo aprendizado de vida.

A minha amiga-irmã Andréa que me ouviu, apoiando e me acompanhou muito de perto nos momentos mais difíceis.

A amiga Mapi que por ter trilhado já o seu caminho, sempre me orientou com grande sabedoria e sensatez.

A Carla, Rose, Gabi , Paula e Elke companheiras do NATA, agradeço pelos inúmeros momentos de ajuda, estímulo, apoio e compreensão.

Ao Prof. Sidnei Ragazzi e estagiária Simone Karasawa meu carinho, pois me auxiliaram a transformar os números em representações claras.

A Claudia, Ju e Stella que sempre estavam prontos para me auxiliar, principalmente nos momentos de ausência em relação ao meu filho Franco, com extrema dedicação e amor.

A secretária do DPMP Mônica que sempre me acolheu com muito profissionalismo e carinho.

A Márcia secretária da CPG pessoa dedicada que soube compreender minhas dificuldades de iniciante e me guiava pelos trâmites da burocracia da pós-graduação.

Aos meus auxiliares de Pesquisa, pela dedicação e ética em seu trabalho.

A População da RMC que abriu suas portas e me acolheu para que pudesse realizar minha pesquisa.

A Deus que me deu essa nova chance de após ter passado por problemas de saúde.... prorrogar, mas estar restabelecida hoje para poder defender minha dissertação.

Ao Dr. Carlos Guerreiro meu neurologista que com seu profissionalismo me conduziu, me orientou e me deu seus conselhos de grande sabedoria nesses momentos difíceis que passei.

Ao Dr. Evandro de Oliveira meu neurocirurgião e sua equipe do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo minha eterna gratidão por estar viva e totalmente restabelecida.

A minha querida amiga-irmã Dra. Carla Vieira Stella que foi meu “anjo da guarda” , acompanhando todos os momentos difíceis que passei em minha enfermidade , ajudando a superá-los com seu carinho e atenção incondicional.

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	<i>xxix</i>
ABSTRACT	<i>xxxiii</i>
1- INTRODUÇÃO	37
1.1- Transtornos de Ansiedade	39
1.1.1- Nosografia dos Transtornos de Ansiedade.....	41
1.1.2- Transtorno do Pânico e Agorafobia.....	43
1.1.2.1- Epidemiologia do Transtorno do Pânico.....	46
1.2- O “Spectrum Collaborative Project”.....	49
1.3- Escalas de Avaliação em Psiquiatria e Saúde Mental.....	52
2- OBJETIVOS	57
2.1- Objetivo Geral	59
2.2- Objetivo Específico	59
3- CASUÍSTICA E MÉTODO	61
3.1- Procedimentos para a amostragem	63
3.1.1- População de Referência.....	63
3.2- Sujeitos	66
3.2.1- Critérios de Inclusão.....	66
3.2.2- Critérios de Exclusão.....	66

3.3- Procedimentos	66
3.4- Instrumentos	67
3.5- Aspectos Éticos	68
3.6- Análise e processamentos dos dados	69
4- RESULTADOS	71
5- DISCUSSÃO	91
6- CONCLUSÃO	103
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
8- ANEXOS	117
Anexo 1- Estudo Piloto realizado em 2002	119
Anexo 2- Questionário PAS-SR	123
Anexo 3- Domínios e subdomínios do Spectrum do Pânico-Agorafóbico	140
Anexo 4- Termo de consentimento Livre e Esclarecido	141
Anexo 5- Composição da amostra por região, cidade de procedência, sexo e faixa etária	144

LISTA DE ABREVIATURAS

ANOVA	Análise de variância
ACP	Análise de Componentes Principais
AF	Análise Fatorial
AG	Ansiedade generalizada
AP	Ataque de pânico
APA	“American Psychiatric Association”
AVC	Acidente vascular cerebral
CID	Classificação Internacional de Doenças
CFP	Conselho Federal de Psicologia
DSM-III	Manual diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais – 3 edição
DSM-IV	Manual diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais- 4 edição
ECA	“Epidemiologic Catchment Área Study”
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NATA	Núcleo de Atendimento aos Transtornos de Ansiedade
NHIS	“National Health Interview Survey”
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAS-SR	Questionário de Auto-avaliação para o Spectrum Pânico-agorafóbico
TA	Transtorno de Ansiedade
TA (SOE)	Transtorno de Ansiedade sem outra especificação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TP	Transtorno do Pânico

RMC	Região Metropolitana de Campinas
SPA	Spectrum do Pânico-Agorafóbico
SCI-PAS	Entrevista Clínica Estruturada para o Spectrum Pânico-agorafóbico
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

LISTA DE TABELAS

	<i>PAG.</i>
Tabela 1- Tabela de análise descritiva da variável idade e escore da RMC....	73
Tabela 2- Tabela de distribuição de frequência segundo ocupação.....	80
Tabela 3- Patologias mais prevalentes encontradas junto à amostra.....	81
Tabela 4- Comparação das médias de escore em relação às variáveis socio-demográficas.....	82
Tabela 5- Análise de variância dos escores por sudomínios.....	84
Tabela 6- Análise fatorial dos 15 fatores do PAS-SR da RMC.....	86
Tabela 7- Comparação das prevalências por domínios dos 3 estudos com o PAS-SR.....	90

LISTAS DE GRÁFICOS

	<i>PAG.</i>
Gráfico 1- Histograma da distribuição segundo idade.....	73
Gráfico 2- Histograma da distribuição segundo escore obtido no PAS-SR.....	74
Gráfico 3- Correlação entre idade e escore.....	75
Gráfico 4- Distribuição segundo categorias de idade.....	76
Gráfico 5- Distribuição da amostra segundo à raça.....	77
Gráfico 6- Distribuição da amostra segundo estado civil.....	78
Gráfico 7- Distribuição da amostra segundo grau de instrução.....	79
Gráfico 8- Comparação dos escores por sexo.....	83
Gráfico 9- Sedimentação dos 15 fatores.....	85

	<i>PAG.</i>
Figura 1- Mapa da Região Metropolitana de Campinas.....	65
Figura 2- Dante Alighieri, La Divina Commedia, Inferno, I Canto - Ano 1306...	105

LISTAS DE QUADROS

	<i>PAG.</i>
Quadro 1- Municípios integrantes da RMC.....	63
Quadro 2- Domínios e subdomínios do PAS-SR na RMC após o estudo realizado.....	89

RESUMO

Objetivo - A presente investigação é parte integrante do “Spectrum Project”, projeto internacional de pesquisa desenvolvido na Europa e nos Estados Unidos, o qual propõe uma metodologia para avaliar características psicopatológicas e clínicas de sintomas relacionados aos transtornos de ansiedade (TA), com enfoque especial no Transtorno do Pânico (TP). Tem como objetivo principal detectar a prevalência de aspectos subclínicos do TP em uma amostra representativa da Região Metropolitana de Campinas (RMC), Brasil. **Casuística e Método** - Realizou-se um estudo epidemiológico de corte transversal. A amostra de estudo constituiu-se de 405 sujeitos, equilibrada segundo sexo, idade e cidade de moradia da população da Região Metropolitana de Campinas (RMC), São Paulo. Utilizou-se o questionário de auto-avaliação “Panic Agoraphobic Spectrum-Self Report” (PAS-SR) que contém 114 perguntas divididas em 8 Domínios e 13 subdomínios. O total escore do PAS-SR (total de respostas positivas de cada questionário) permite uma avaliação quantitativa dos sintomas correlacionados ao transtorno do pânico (TP) em cada sujeito entrevistado. **Resultados**- A idade dos sujeitos da amostra variou entre 16 e 89 anos, com média de 36,82 anos e desvio padrão de 14,74. Em relação ao escore total obteve-se uma média de 31,61 e um desvio-padrão de 19,63. Não foram encontradas diferenças significativas quanto aos valores médios do escore total do PAS-SR em relação a: faixa etária ($p=0,21$), raça ($p=0,59$), grau de instrução ($p=0,20$), estado civil ($p=0,21$) e região ($p=0,13$). A diferença mais significativa foi encontrada entre os sexos ($p=0,001$), onde as mulheres apresentaram em média um valor de escore total de 37,45, enquanto os homens de 25,74. A análise fatorial, utilizada como método de validação de construto, indicou que o questionário possui adequadas características psicométricas.

Conclusões: Os dados obtidos neste estudo corroboram os da literatura quanto aos fatores mais frequentemente associados no TP. O instrumento PAS-SR, traduzido e validado para uso no Brasil foi bem compreendido e teve boa aceitação pelos sujeitos da pesquisa. Isso permitiu a individualização de uma faixa da população geral com maior frequência de sintomas relacionados ao TP. Revelando-se um instrumento útil para avaliação em nosso meio.

Descritores: Transtorno do pânico, Spectrum do Pânico-Agorafóbico, Epidemiologia, Prevalência

ABSTRACT

Objective - The current investigation is part of "Spectrum Project", an international research project already developed in Europe and in the United States, which proposes a methodology for the evaluation of psychopathologic and clinical characteristics of symptoms related to Anxiety Disorder (AD), with a special focus on Panic Disorder (PD). It aims mainly at detecting the prevalence of sub-clinical PD symptoms in a representative sample in the Metropolitan Region of Campinas (RMC), Brazil. **Method** - An epidemiological study of transversal cut was carried out. The sample for this study consisted of 405 subjects and was balanced according to sex, age and city where they live in the Metropolitan Region of Campinas (RMC), São Paulo. The Panic Agoraphobic Spectrum-Self Report (PAS-SR) questionnaire containing 114 questions divided into 8 fields and 13 sub-fields was applied. The total PAS-SR score (total of positive answers of each questionnaire) allows a quantitative evaluation of the symptoms associated with the Panic Disorder (PD) in each interviewed subject. **Results** - The age of the subjects ranged from 16 to 89 years, mean 36.82 (± 14.74) and the total 31.61 (± 19.63). There were no significant differences in the median values of the PAS-SR total score in relation to age range ($p=0.21$), race ($p=0.77$), education level ($p=0.20$), marital status ($p=0.21$) and location ($p=0.14$). The most significant difference was the one found between both sexes ($p=0.001$). Females presented a mean value of total score of 37.45, while males presented the average of 25.74. **Conclusion** - The findings agreed substantially with those found in the literature concerning the most frequent factors associated with PD. The PAS-SR instrument, which was translated and validated for use in Brazil, had a good acceptance and was well understood by the subjects who underwent the research. It allowed the individualization of a sample of general population with greater frequency of symptoms related to PD. Thus, it was revealed as a useful instrument for evaluation in our environment.

Key words: Panic Disorder, Panic-Agoraphobic Spectrum, Epidemiology, Prevalence.

1- INTRODUÇÃO

1.1- Transtornos de ansiedade

MARKS e LADER (1973) estimaram que pacientes com transtornos ansiosos representam 13% de todos os pacientes com patologia psiquiátrica que procuram atendimento primário de saúde no Reino Unido.

Apesar de diferenças metodológicas e culturais entre estudos realizados no mundo, inclusive no Brasil, foram encontrados resultados concordantes. Eles apontam para uma alta prevalência de transtornos ansiosos na população, que busca serviços primários de saúde, sendo ainda maior a população que apresenta sintomatologia ansiosa, mas não preenchem critérios operacionais para transtornos específicos, quadros subsindrômicos (LOTUFO-NETO et al. 1997).

A ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que se apresenta como uma condição inerente ao ser humano como parte do espectro normal das suas experiências, passando a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione, produzindo assim sofrimento físico, psíquico e social.

Segundo GENTIL (1997) os transtornos ansiosos são definidos como estados emocionais repetitivos ou persistentes nos quais a ansiedade patológica desempenha papel fundamental. Os transtornos de ansiedade compreendem grande parte das síndromes neuróticas – assim chamadas há alguns anos atrás e representam uma das principais áreas nosográficas da psiquiatria. Nesta, se confrontam diversos modelos teóricos, principalmente antitéticos. A concepção de ansiedade foi influenciada pelas maiores correntes de pensamento deste século e dos diversos modelos interpretativos dos distúrbios mentais, do psicanalítico, ao comportamental, ao clínico (CASSANO et al., 1994).

O paradigma psicanalítico, particularmente influente até os anos 60, vê na ansiedade um sinal de perigo, de ameaça da falência dos mecanismos de defesa inconscientes e, portanto, o momento psicogenético fundamental dos sintomas neuróticos. Em 1895, Freud publicou o artigo *Sobre os critérios para Destacar da Neurastenia uma Síndrome Particular Intitulada Neurose de Angústia*, dirigindo sua atenção para a ansiedade como questão básica na compreensão dos distúrbios emocionais, e considerado por GOMES DE MATOS (1992) como o primeiro autor a estudar a angústia de forma

sistematizada. A evolução da concepção de angústia no pensamento freudiano tem três momentos essenciais a se distinguir: a primeira teoria de 1893 a 1895, apoiada em torno da neurose de angústia e suas relações com a vida sexual, neste período, Freud estudava a histeria e concomitantemente surgiram outros tipos de patologias onde a angústia se evidenciava. Para encontrar uma explicação para a angústia, Freud reporta-se ao modelo médico e traz uma visão basicamente organicista. A produção de angústia depende de um mecanismo que comporta transformações quantitativas e qualitativas. Na origem, encontra-se uma acumulação de tensão física sexual.

Freud não consegue manter essas primeiras postulações sobre a angústia, porém, não as descarta totalmente e podemos encontrar vestígios nas fases posteriores. Na segunda teoria de 1909 a 1917, Freud aborda as relações entre a angústia e a libido recalçada. A angústia aparece como consequência do recalçamento, entendido como a operação pela qual o indivíduo procura repelir ou manter no inconsciente representações, pensamentos, imagens e recordações ligadas a uma pulsão. À medida que progride nos estudos da sexualidade infantil e das neuroses, toma consciência da importância da angústia em suas relações com o recalçamento. Na terceira e última teoria da angústia de 1926 a 1932, Freud expressa as relações da angústia com o aparelho psíquico. A partir de 1920 Freud elabora a II tópica com suas 3 instâncias - Id, Ego e Superego. A partir daí a angústia tem sua sede no Ego; não é o recalque que produz angústia, mas sim a angústia que produz o recalque. A ameaça interna (a aspiração libidinal ou agressiva) desencadeia a angústia, que aciona o recalque.

Por outro lado, o modelo comportamental se desenvolveu na segunda metade deste século, entendendo a ansiedade como uma resposta aos estímulos condicionados. As técnicas comportamentais de exposição ao vivo, aplicadas recentemente nos tratamentos das fobias, obtiveram consenso e se difundiram, contribuindo para uma melhor definição clínica dos transtornos ansiógenos. O modelo biológico, com o apoio dos tratamentos farmacológicos, direcionou-se primeiramente a identificar os mecanismos neurofisiológicos e neuroquímicos que permeiam a ansiedade, produzindo uma notável aquisição de dados e um desenvolvimento da pesquisa neste setor (CASSANO et al., 1994).

Segundo REGIER et al. (1988) apoiados nos estudos do ECA, um em cada cinco americanos portadores de transtornos ansiosos procura tratamento. Mesmo assim, esses pacientes geralmente procuram profissionais não psiquiatras, sendo que os transtornos ansiosos são mais encontrados em serviços primários de saúde

1.1.1- Nosografia dos transtornos de ansiedade

Registraram-se nas últimas décadas avanços na padronização da avaliação clínica e no aumento da confiabilidade dos diagnósticos. Graças a esquemas estruturados de entrevista, definições uniformes de sinais e sintomas e critérios padronizados de diagnóstico, é possível hoje em dia atingir alto grau de confiabilidade e validade no diagnóstico de transtornos mentais.

No plano nosográfico, a primeira classificação sistemática do que hoje se define como transtornos de ansiedade se deve a Freud (1893) que utilizou o termo “neurose” atribuindo-lhe inicialmente um significado descritivo. Ele forneceu uma clara descrição dos aspectos clínicos e psicopatológicos fundamentais da neurose de angústia, os episódios agudos de angústia, expectativa ansiosa e as fobias. Ilustrou as características salientes dos ataques de pânico sobre o aspecto cognitivo e neurovegetativo: da interpretação catastrófica dos sintomas cardiovasculares, até ao medo de morrer ou de perder o controle (CASSANO et al., 1994).

Freud revelou também a independência de determinados fenômenos chamados de fatores externos desencadeantes e, num segundo momento separou a neurose de angústia da neurose fóbica (histeria de angústia). Finalmente distinguiu esta última das neuroses obsessivas, hipotizando mecanismos psicogenéticos diferentes para os dois transtornos. O termo neurose sucessivamente adquiriu uma prevalente conotação patogenética, com precisas referências à presença de conflitos inconscientes e à ativação de mecanismos de defesa. Sobre o plano descritivo, à original definição sindrômica, foram somados outros significados e o adjetivo neurótico foi utilizado para indicar tanto um estado como um traço designando, de vez em quando, aspectos sintomatológicos, características de personalidade, níveis de gravidade ou variedade fenomenológicas de condições diversas.

A revisão nosográfica das categorias que compreendem as manifestações fóbicas, hipocondríacas, de somatização e de conversão verificou a falta de um fator comum e unificante dos singulares transtornos do chamado espectro neurótico. De uma forma frágil aparece a neurose ligada à estrutura ou à dimensão da personalidade.

A progressiva perda de significado no plano clínico-descritivo levou a se renunciar ao termo neurose nos sistemas classificatórios a partir dos anos 70. No *Research Diagnostic Criteria* (RDC) já se utiliza o termo distúrbio e a seguir no DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders –Third Edition* - APA, 1994) essa nova denominação influenciou a nomenclatura da última classificação internacional da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

O abandono de um termo universalmente difundido (neurose), parte integrante da história da psiquiatria, ainda continua recebendo fortes resistências e causado polêmicas.

Segundo CASSANO et al. (1994) não se pode perder de vista o objetivo dos sistemas classificatórios, que é o de reunir sob uma definição - estabelecendo uma linguagem comum entre os clínicos e os pesquisadores, eliminando as fontes de ambigüidade - o diagnóstico ancorado num aporte eminentemente pragmático, útil para as pesquisas e escolhas terapêuticas. As recentes classificações sobre os transtornos de ansiedade superaram definitivamente a visão unitária das neuroses.

A separação categorial entre ansiedade aguda, ataque de pânico (AP), ansiedade crônica e ansiedade generalizada (AG) constitui o ponto nodal do atual modelo nosográfico e está apoiada em diferentes hipóteses neurofisiológicas.

O DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders –Fourth Edition*) (APA, 1994) traz a seguinte classificação em relação aos transtornos de ansiedade:

- Transtorno do pânico com agorafobia
- Transtorno do pânico sem agorafobia
- Agorafobia sem história de transtorno de pânico
- Fobia específica

- Fobia social
- Transtorno obsessivo-compulsivo
- Transtorno de estresse pós-traumático
- Transtorno de estresse agudo
- Transtorno de ansiedade generalizada
- Transtorno de ansiedade devido a uma condição Médica Geral
- Transtorno de ansiedade sem outra especificação (SOE)

A seguir, faz-se uma breve explanação sobre o TP.

1.1.2- Transtorno do pânico e agorafobia

Transtorno do Pânico

A delimitação dos AP no contexto dos transtornos de ansiedade é derivada de uma observação farmacológica de Klein, na década de 60, que demonstrou a eficácia da imipramina, um antidepressivo tricíclico, no bloqueio dos episódios agudos de ansiedade - definidos como ataques de pânico - em um grupo de pacientes resistentes aos tratamentos habituais com sedativos. Esses pacientes tinham uma história de ataques de pânico em comum, mas mostravam aspectos psicopatológicos e clínicos heterogêneos. Após esta descoberta ocorre um notável interesse científico sobre os ataques de pânico, onde o elemento central, passa a ser o enfoque psicofarmacológico, (CASANO et al., 1997). Um outro marco que foi estabelecido por PITTS e McCLURE (1967) ao descreverem a precipitação dos ataques de pânico, através da infusão do lactato de sódio, em pacientes que apresentavam crises espontâneas de pânico.

As primeiras versões psiquiátricas consideram que a patologia do pânico era decorrente de disfunções neuroquímicas e não contemplavam, portanto como sua causa componentes psicológicos. KLEIN (1964) foi o precursor da leitura moderna sobre o TP. Seus estudos revelam que pessoas que sofriam desse mal haviam, na infância, apresentando conflitos relativos à separação (geralmente dos pais), o que gerava outros sintomas voltados para inibição e medos exacerbados. Denominou esse quadro de ansiedade de separação.

Nota-se, portanto, que esse novo olhar inclui um histórico emocional relativo a esse transtorno. Mais tarde os desconsiderou. Ainda que a dificuldade de separação estivesse sempre presente nesses casos, tal questão ficaria memorizada nas células nervosas e no futuro seria atualizada em forma de ataque de pânico. Tratar-se-ia, então, de um padrão de resposta constituída no cérebro do indivíduo.

Uma visão que aborda os transtornos psíquicos como consequência de disfunções neuroquímicas, se disseminou amplamente no meio médico. Com a publicação do DSM-III (1980) os estados ansiosos, até então designados sob o título de “neuroses de ansiedade”, foram subdivididos em transtornos do pânico e transtornos de ansiedade generalizada. O TP foi, definido como um transtorno crônico, caracterizado por episódios paroxísticos recorrentes de intensa ansiedade, acompanhados de sintomas psicofisiológicos, chamados de ataques de pânico, causando prejuízo funcional, especialmente quando associado a agorafobia. Essa definição é mantida até o presente (DSM-IV; APA, 1994).

Segundo CRUZ et al. (1995) os benzodiazepínicos mostraram-se de grande eficácia no tratamento dos estados de ansiedade generalizada, mas eram pouco eficazes no bloqueio das crises de pânico. Por outro lado, a imipramina, que era eficaz no tratamento das crises de pânico não o era na ansiedade generalizada. Resultados serviram de base para a fundamentação do conceito de pânico como categoria nosológica distinta da ansiedade generalizada. Segundo GOMES DE MATOS et al. (2003) o diagnóstico clínico de transtorno do pânico, na maioria das vezes, não é difícil de ser realizado pelo psiquiatra ou psicólogo experiente, no cotidiano de seu trabalho. Para se caracterizar um ataque do pânico completo, segundo o DSM-IV, é necessário que ocorram pelo menos (4) quatro, dentre os treze (13) sintomas listados. O diagnóstico de TP só é possível ser feito naqueles pacientes que apresentaram AP completos. Mas o sistema também admite a existência de ataques limitados, quando ocorrem simultaneamente menos de quatro (4) sintomas. Muitos autores recomendam que, nestes casos, o diagnóstico seja confirmado na prática clínica, haja vista que a melhora é significativa, quando se administram os mesmos tratamentos habitualmente empregados, no tratamento dos quadros típicos de pânico.

Diversos outros sintomas em comum têm sido observados nos relatos dos pacientes com pânico. Muitos desses exemplos apresentam-se contemplados nesta pesquisa. São eles: boca seca, dor de cabeça, visão borrada, sonolência, pernas bambas, incômodo com sons, sensibilidade a cheiros, tristeza, inquietação motora, idéias de suicídio, entre outros... Entretanto, não podem ser considerados para diagnóstico do transtorno, isoladamente, quando se atêm aos critérios do DSM-IV (modelo categorial). Em ambas as situações – nos pacientes que apresentam apenas ataques limitados ou sinais de pânico, ou aqueles cujos sintomas típicos estão misturados ou mascarados por outras queixas mais proeminentes -, é possível que muitos pacientes com TP, deixem de ser diagnosticados, GOMES DE MATOS et al. (2002).

Segundo o DSM-IV (APA, 1994) o TP é diagnosticado quando ocorrem ataques do pânico (AP) súbitos, que se caracterizam pela sensação de intenso desconforto, que atingem um pico dentro de 10 minutos, tem duração limitada no tempo e são acompanhados por pelo menos 4 dos seguintes sintomas:

- Palpitações ou ritmo cardíaco acelerado
- Sudorese
- Tremores ou abalos
- Sensação de falta de ar ou sufocamento
- Sensação de asfixia
- Dor ou desconforto torácico
- Sensação de tontura
- Náusea ou desconforto abdominal
- Desrealização / despersonalização
- Medo de perder o controle ou enlouquecer
- Medo de morrer
- Parestesias, formigamentos
- Calafrios / ondas de calor

Agorafobia

O termo agorafobia é derivado da palavra *ÁGORA* que significa "praça do mercado" em grego antigo e foi utilizado pela primeira vez por Westfal em 1871, para designar uma síndrome que afetava seus pacientes e que se caracterizava pelo medo de estar em lugares lotados como praças, igrejas e teatros.

O DSM-IV (1994) define a agorafobia como:

"uma ansiedade acerca de estar em locais ou situações das quais escapar poderia ser difícil (ou embaraçoso) ou nas quais o auxílio pode não estar disponível na eventualidade de ter um AP. A ansiedade antecipatória tipicamente leva à esquiva global de uma variedade de situações, que podem incluir: estar sozinho fora de casa ou estar sozinho em casa, estar em meio a uma multidão, viajar de automóvel, ônibus ou avião, ou estar em uma ponte ou elevador. Alguns indivíduos são capazes de se expor às situações temidas, mas enfrentam essas experiências com considerável temor e desconforto. Frequentemente, um indivíduo é mais capaz de enfrentar uma situação temida quando acompanhado por alguém de confiança. A esquiva de situações pode prejudicar a capacidade do indivíduo de ir ao trabalho ou realizar atividades cotidianas".

Segundo CASSANO et al. (1994) o medo de morrer ou de perder o controle de forma imprevisível constitui a base das condutas agorafóbicas, sendo que as situações que os pacientes evitam são muito parecidas (locais lotados, locais fechados, lojas, trens e, principalmente, o risco de ficar completamente sozinhos) e eles desenvolvem o "medo de ter medo". Ainda segundo o mesmo autor, cerca de 30% dos sujeitos agorafóbicos desenvolve desmoralização secundária, com sentimentos de culpa e de inadequação, pela impossibilidade de conduzir sua vida de forma normal.

1.1.2.1- Epidemiologia do transtorno do pânico

BERNIK (2001) relata existir um aumento do interesse nos aspectos epidemiológicos, sociais e econômicos dos transtornos mentais e, entre esses, dos transtornos ansiosos. Contribuem para isso o crescimento da epidemiologia médica como ciência, a preocupação com doenças com alto grau de morbidade e cronificação (como os transtornos mentais), o aumento do acesso à saúde pela população e a conseqüente preocupação com os custos crescentes dos serviços médicos. O autor diz, ao se confirmarem os estudos epidemiológicos mais recentes, os transtornos ansiosos têm

prevalência muito maior do que se pensava. Sabe-se hoje que a prevalência das doenças mentais é similar à dos distúrbios cardiovasculares, inclusive da hipertensão. Entre elas, os transtornos ansiosos são os mais frequentes e, ainda, por incidir em uma população mais jovem, levam a um tempo maior de morbidade.

Estudos epidemiológicos indicam que a prevalência do transtorno de pânico durante toda vida, com ou sem agorafobia, varia entre 1,5% e 3,5%. As taxas de prevalência anual encontram-se entre 1 e 2%. Cerca de um terço até metade dos indivíduos diagnosticados com transtorno de pânico em amostras comunitárias também têm agorafobia, embora uma taxa muito superior de agorafobia seja encontrada em amostras clínicas (DSM-IV, 1995).

Segundo os dados do *Epidemiologic Catchment Area Study* (ECA) a idade de início da sintomatologia se concentra entre os quinze e os dezenove anos (VON KORFF et al., 1985). É importante salientar que o primeiro contato ou tratamento psiquiátrico em geral acontece mais tarde, entre os 25 a 45 anos segundo CASSANO et al. (1994).

O TP é mais frequente entre as mulheres, sendo aproximadamente duas vezes maior em relação à população masculina. Pode ocorrer com ou sem a presença da agorafobia, sendo esta última a complicação mais frequente deste transtorno (WEISSMAN e MERIKANGAS, 1986). Outras possíveis complicações são o alcoolismo, o abuso de substâncias, depressão, fobia social e sintomas hipocondríacos (CAETANO, 1985; GOMES DE MATOS et al., 1996; ANDRADE et al., 1997; CASSANO et al., 1998).

Em estudos epidemiológicos brasileiros sobre morbidade psiquiátrica de adultos, realizados em diferentes regiões referem que (ALMEIDA FILHO et al., 1992) os transtornos ansiosos estão entre os mais prevalentes diagnósticos psiquiátricos, constituindo-se no principal problema de saúde mental das regiões urbanas brasileiras estudadas como: Brasília, São Paulo e Porto Alegre. Este mesmo levantamento mostra que os transtornos ansiosos são, também, os que mais apresentam demanda potencial para os serviços de saúde.

Segundo EDLUND e SWANN (1987) os custos econômicos com TP são extremamente relevantes, acrescentando que em uma amostra de 30 pacientes, 83,3% referiram significativa redução do pragmatismo voltado para a área ocupacional, 66,7%

tinham reduzido à metade os próprios ganhos, 43,3% não conseguiram dirigir-se ao trabalho por um mês ao menos, 40% sofriam de depressão secundária (comorbidade) e, 33,3% faziam uso de substâncias alcoólicas devido ao TP.

Segundo dados do *NATIONAL HEALTH INTERVIEW SURVEY* (NHIS, 2002) os pacientes com pânico usam o sistema de saúde 37.7% ao ano, enquanto a população geral utiliza 7,3%; as idas ao Pronto Socorro para os portadores de TP representam 41.1% enquanto na população geral somente 5.2%, sendo que os serviços prestados para os portadores de TP custam anualmente para o sistema de saúde a cifra de US\$ 2.444,70, enquanto para a população geral, US\$ 403,00.

O Relatório de Saúde Mental no Mundo (OMS, 2001) sobre estudos em atenção primária refere que os diagnósticos mais comuns encontrados foram: depressão, ansiedade e transtorno do uso de substâncias, não havendo diferença na prevalência entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, revelando também que o impacto sobre a qualidade de vida não fica limitado aos transtornos mentais graves. Destaca ainda que os transtornos de ansiedade, o transtorno de pânico, têm efeito substancial, especialmente no que se refere ao funcionamento psicológico, constituindo-se em uma condição psicopatológica que tem forte repercussão nos plano individual, social, econômico e da saúde pública.

Deve-se também considerar a existência daqueles sintomas atípicos e subclínicos dos TP que não estão incluídos nos critérios do DSM-IV, mas que provocam perdas significativas.

Neste sentido o Spectrum do Pânico-Agorafóbico busca evidenciar exatamente os sintomas não delimitados no DSM-IV, mas que levam os pacientes a um longo percurso na busca de soluções médicas, sofrendo graves prejuízos em todas as áreas de vida. BOINS e REGIER (1991) referindo-se a estas perdas e conseqüentes comprometimentos apresentados pelos portadores de TP em várias áreas da vida acrescentam que, 19% evidenciam decréscimo em suas funções sociais e profissionais. Também KATERNDAHL (1984) associa o transtorno de pânico a um declínio significativo da performance dos indivíduos acometidos em certas atividades sociais e acrescenta haver um maior risco para a dependência econômica.

Já MARKOWITZ et al. (1989) constataram que 53% dos pacientes com TP, não trabalhavam e que 43% estavam inaptos para o trabalho ao longo de períodos que variavam entre um mês a 25 anos. Cabe acrescentar também as possíveis repercussões na vida conjugal e familiar às quais estão expostos os portadores de TP.

Muitos profissionais de saúde ainda desconhecem o que seja o TP propriamente dito, descrito especificamente no DSM-IV. Se pensarmos em relação aos sintomas subclínicos a situação torna-se ainda mais obscura (CASSANO et al., 1994).

A partir do acima exposto, realizou-se a presente investigação, possibilitando a obtenção de dados nacionais sobre o tema e permitindo sua visibilidade aos profissionais das áreas da saúde geral e mental.

1.2- O “Spectrum colaborative projet”

Segundo CASSANO et al. (1997) enquanto a nova nosologia DSM-IV, facilitou os progressos na epidemiologia, na clínica e, sobretudo, nos resultados das pesquisas, conduziu, sem querer, a uma descrição estereotipada dos pacientes. Estes sinais e sintomas podem ser importantes e não são identificados porque não estão classificados na nomenclatura oficial.

A preocupação em descrever e sistematizar os sintomas sempre existiu em medicina. Os modelos dimensional e categorial nos trazem diferentes visões sobre a definição das doenças desde a antigüidade. O modelo categorial que advém da medicina Platônica define as doenças como “estados típicos distintos uns dos outros e diferentes da sanidade”. Este modelo permite uma classificação em diagnósticos que correspondem a uma entidade mórbida definida por si mesma.

O modelo categorial (DSM e CID) divide as categorias psiquiátricas, simplificando o diagnóstico. O modelo dimensional que advém da medicina hipocrática define as doenças como “um estado que pertence a um continuum, envolvendo neste também a sanidade”. A vantagem do modelo dimensional é a descrição de um modo mais preciso os casos atípicos, subclínicos e borderlines. Além de facilitar o aporte clínico traz a

visão mais global do paciente. Pode-se perceber a importância deste modelo quando se pensa em medicina preventiva, CASSANO et al. (1998).

O “Spectrum Model”, que advém do modelo dimensional, desenvolvido por CASSANO et al. (1997) tem a vantagem de estudar, de forma abrangente, diversos sintomas não privilegiados pelo DSM-IV sem, entretanto, deixar de tê-lo como referência central. Enfatiza sintomas clínicos de pouca intensidade e também sintomas isolados que podem ocorrer conjuntamente com o transtorno maior. Tais sintomas, mesmo na ausência da doença sindromial, podem levar a um sofrimento e incapacidade consideráveis.

Segundo CASSANO et al. (1997) o “*Spectrum*” foi desenvolvido para ser uma expansão da nosologia atual e, a partir destas convicções, foram criados os instrumentos de auto-relato (PAS-SR) e as entrevistas clínicas estruturadas (SCI-PAS). O *spectrum* do pânico agorafóbico representa a primeira série de instrumentos desenvolvidos e submetidos para validação nos grupos colaborativos. O mesmo autor visualiza usos potenciais para a abordagem do “*Spectrum*”, como melhora da seleção para tratamento, desenvolvimento de melhores estratégias para mensuração dos resultados obtidos, monitoramento do curso da doença, alongamento das alianças terapêuticas e melhora da triagem de pacientes para pesquisa clínica, biológica e genética. A evolução clínica, que é informada pelo modelo do *spectrum*, traz como relato um profundo senso de bom entendimento por parte dos pacientes, literalmente vendo-se nos quadros clínicos descritos. Esta percepção leva a fortes alianças terapêuticas, facilitando as intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas.

Assim, o termo “Spectrum” foi usado por um grupo de pesquisadores referindo-se à uma gama de fenômenos psiquiátricos relativos a um específico transtorno mental que compreende entre eles: (CASSANO et al., 1997)

- 1:- sintomas centrais fundamentais, sintomas atípicos, sintomas subclínicos dos transtornos do eixo I do DSM-IV.
- 2:- sinais, sintomas isolados, grupos de sintomas, modalidades de comportamento correlacionados aos sintomas primários que podem ser prodrômicos de uma condição ainda não completamente expressa ou podem ser seqüelas de um precedente transtorno.
- 3:- traços de caráter ou personalidade.

Atualmente o “Spectrum Project” transformou-se em um programa que envolve várias universidades com seus grupos de pesquisa. Exatamente a possibilidade de verificar os sintomas presentes no dia a dia da clínica psiquiátrica, dá ao SCI-PAS e ao PAS-SR o mérito de ter uma visão mais ampla, melhorando o trabalho em saúde mental.

As classificações categoriais têm falhado ao não identificar uma variedade e um *continuum* de sintomas que caracterizam a realidade clínica do TP, enfatizando-se a importância da avaliação dos sintomas subclínicos das manifestações incompletas do pânico para fins de diagnóstico precoce, prognósticos e terapêuticos.

Esta visão tem por objetivo desenvolver uma metodologia de avaliação fenomenológica de sintomas atípicos e subliminares, incorporando e ampliando os diagnósticos, segundo o DSM-IV (CASSANO et al., 1997; ALASTAIR et al., 1996; KRYSTAL et al., 1991).

Nesse sentido, os pesquisadores do Instituto de Psiquiatria da Universidade de Pisa- Itália, em um trabalho original (CASSANO et al., 1997) propuseram um novo modelo conceitual: o “Spectrum do Pânico-Agorafóbico” e o desenvolveram, em parceria com as seguintes universidades americanas: Universidade de Pittsburgh, Universidade da Califórnia em San Diego e a Universidade de Columbia em Nova York.

Cassano e colaboradores (CASSANO et al. 1997; CASSANO et al., 1998; FRANK et al., 1998) criaram uma entrevista clínica estruturada – *a Structured Clinical Interview for Panic Agoraphobic Spectrum* (SCI-PAS) e um questionário de auto-avaliação – *Panic Agoraphobic Spectrum-Self Report* (PAS-SR), instrumentos sensíveis para a avaliação de pacientes portadores desse transtorno.

O termo *spectrum* foi utilizado de maneira análoga ao da metáfora proveniente da física, na qual a luz branca ao atravessar um prisma se abre em inúmeros outros raios, formando um amplo espectro de cores. A metáfora enfatiza como estas manifestações (sintomas, sinais e traços), que são clinicamente relevantes, podem ser derivados de uma mesma origem (CASSANO et al., 1997).

Ainda para CASSANO et al. (1997) no modelo conceitual “Spectrum do Pânico-Agorafóbico”, o termo *Spectrum* do Pânico-Agorafóbico é utilizado em referência à área psicopatológica mais ampla, associada com o transtorno do pânico que inclui, além

dos sintomas nucleares, sinais, sintomas isolados, grupos de sintomas, tipologias comportamentais ligadas aos sintomas principais, que poderiam ser prodrômicos, representar o início de uma condição clínica ainda não expressa ou ser uma seqüela de um transtorno precedente. Considera, também, que toda essa investigação facilitará no aporte clínico, auxiliando na prevenção e tratamento, melhorando o prognóstico e a qualidade de vida do indivíduo.

1.3- Escalas de avaliação em psiquiatria e saúde mental

Avaliar é uma atividade inerente ao ser humano e, se for acrescentado a esta atividade o método científico, ela se transforma em “avaliação psicológica”, diferenciando-se da avaliação não profissional ou senso comum (PASQUALI, 2001).

Atualmente o profissional utiliza estratégias de avaliação, com objetivos bem definidos para encontrar respostas válidas às questões levantadas por vários segmentos da sociedade. A avaliação na área de Saúde Mental é um processo de coleta de informações que visa o conhecimento histórico do sujeito e a identificação do problema para a programação da melhor intervenção possível. Pode-se utilizá-la com objetivo de diagnóstico, intervenção, encaminhamento, seleção, prevenção e pesquisa, com um instrumental diversificado como testes, questionários, entrevistas, observações, provas situacionais dentre outras (NORONHA e ALCHIERI, 2002).

A quantificação através de escalas de avaliação, inventários ou questionários demorou a aparecer na área da psiquiatria e, ainda hoje, há muitos profissionais resistentes à sua utilização. Segundo NARDI (1998) tal fato ocorreu devido a:

“ (...) uma série de fatores, principalmente à introdução de psicofármacos demandando avaliação clínica replicável, aumentou muito o interesse na quantificação de fenômenos psicopatológicos. Dentre os métodos desenvolvidos, destacaram-se as escalas de avaliação. As escalas para avaliação de ansiedade permitiram um rápido progresso científico nas investigações com transtornos de ansiedade, por meio de uma obtenção sistematizada de dados e informações, possibilitando a replicação dos achados. Consistem em uma tentativa de quantificar a intensidade de um determinado traço de

personalidade, sintoma ou uma avaliação geral de determinada síndrome psicopatológica. O uso das escalas auxilia na melhora da qualidade e refinamento de avaliações diagnósticas ou de acompanhamento de pacientes em pesquisa clínica”.

A OMS, através do Relatório sobre a Saúde no Mundo (2001):

“Graças a esquemas estruturados de entrevistas, definições uniformes de sinais e sintomas e critérios padronizados de diagnóstico, é possível hoje em dia atingir alto grau de confiabilidade e validade no diagnóstico dos transtornos, um diagnóstico preciso é requisito essencial para uma intervenção aprimorada no nível individual, bem como para a epidemiologia precisa e a monitorização no nível da comunidade, os avanços nos métodos de diagnóstico vieram facilitar consideravelmente a aplicação de princípios clínicos e de saúde pública ao campo da saúde mental”.

Segundo VERSIANI (2000) a dificuldade em objetivar a psicopatologia e, em seguida, quantificá-la, tem sido um dos obstáculos ao progresso da pesquisa psiquiátrica. As escalas de avaliação psiquiátrica foram introduzidas em diferentes tipos de pesquisa, com grande expectativa inicial na década de 60. Foi criado um laboratório de dados no Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH) com o objetivo de se analisar resultados da aplicação das várias escalas de avaliação em amostras muito grandes de pacientes de diferentes países. Pensou-se que, por meio desses fatores, seria possível gerar uma tipologia dos transtornos psiquiátricos cientificamente baseada em conjuntos de dados muito representativos, com um grande potencial de conclusões, como melhor previsão das respostas aos diversos medicamentos. As expectativas iniciais de grandes resultados não se concretizaram. A precisão de conceitos, princípios e métodos dos quais depende o emprego adequado desses instrumentos de medida dessas escalas de avaliação psiquiátricas não são de fácil utilização. Continua o autor dizendo que: atualmente, conhecendo-se melhor as limitações das possibilidades do emprego das escalas de avaliação psiquiátricas, estamos começando um novo período que será muito produtivo quanto a resultados obtidos com esses instrumentos. Nos ensaios clínicos com medicamentos ou com psicoterapias, as escalas de avaliação são hoje métodos de rotina, uma tecnologia bem estabelecida.

AZEVEDO et al. (1996) referem-se às dificuldades freqüentemente enumeradas relativas aos testes psicológicos, como mais sentidas em países onde faltam instrumentos devidamente validados e padronizados. No Brasil segundo esses mesmos autores, constata-se problemas como “falta de recursos para pesquisa, poucos pesquisadores na área, pouca sensibilidade dos psicólogos para com os problemas enunciados, fraco intercâmbio com colegas dentro e fora do Brasil com interesses comuns na avaliação e outros”. Apesar disso, pode-se observar nos últimos anos, uma fase de crescimento de produção na área, devido ao surgimento de laboratórios de avaliação psicológica e ao investimento desses em pesquisas psicométricas com ênfase na adaptação, construção e validação de instrumentos.

Segundo ANASTASI e URBINA (2000) a validade do instrumento é um atributo indispensável a um teste psicológico. Em termos psicométricos, diz respeito à existência de evidências científicas, que atestem a legitimidade das interpretações, baseadas nos dados obtidos pelos instrumentos (American Educational Research Association, APA, 1999). A validade pode ser entendida por meio da seguinte pergunta: Você está medindo o que pensa que está medindo? Para um teste ou questionário ser válido, ele deve medir o que o pesquisador deseja e pensa que está medindo.

Dentre as atuações do Conselho Federal de Psicologia (CFP) a favor da qualidade psicométrica dos instrumentos de avaliação, foi criada uma comissão para colocar em prática a resolução nº 25/2001 que regulamenta a elaboração, utilização e comercialização destes instrumentos. O resultado da primeira análise dos instrumentos apresentados foi a reprovação de 52,4%, por considerá-los inadequados. O principal problema apontado foi à ausência de pesquisas com a população brasileira. Há, ainda, aqueles que não têm pesquisas que comprovem a sua validade, tornando-os menos confiáveis (CFP, 2002).

A relevância dos estudos de adaptação transcultural de instrumentos psicométricos é importante de ser salientada, pois os mesmos são desenvolvidos em contextos culturais, econômicos e sociais distintos e por meio desses estudos, é possível detectar em que medida um instrumento originário de outro país pode ser utilizado; ou ainda, quais as alterações necessárias em seu novo contexto. A construção de um novo

instrumento ou o aperfeiçoamento do instrumento baseado nesses estudos, que seja adequado á população de destino, contribuirá para o progresso de estudo e avaliação do TP e outras patologias, bem como para a prática profissional nas áreas afins. É, portanto esta premissa que embasa este estudo.

2- OBJETIVOS

2.1- Objetivo Geral

Detectar a prevalência de aspectos subclínicos do TP em uma amostra representativa da Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil.

2.2.- Objetivos Específicos

1. Caracterizar os aspectos sócio-econômico-demográficos da amostra estudada.
2. Caracterizar a prevalência de cada domínio e subdomínio do questionário PAS-SR.
3. Verificar a validade de construto do PAS-SR por meio da análise fatorial exploratória para obtenção da estrutura interna do questionário em questão.
4. Comparar resultados obtidos neste estudo com os dados normativos do estudo italiano original.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foi realizado um estudo epidemiológico de corte transversal, descritivo e analítico. Em uma primeira etapa, foi realizado um estudo piloto (Anexo 1) no ano de 2002, se aplicou 60 questionários PAS-SR. Para esta finalidade, foi composta uma amostra com moradores da cidade de Americana (SP), que integra a RMC. A aplicação do questionário PAS-SR, à época, recém traduzido foi de extrema importância, pois permitiu um primeiro contato, na prática da pesquisadora com o instrumento e os sujeitos de estudo. Em uma segunda etapa foi realizado o estudo em questão com os 405 questionários aplicados na Região Metropolitana de Campinas.

3.1- Procedimentos para Amostragem

3.1.1- População de Referência

A Região Metropolitana de Campinas (RMC), recentemente constituída, foi criada pela lei complementar nº 870, de 19/06/2000. É a mais nova região metropolitana do Estado de São Paulo e é formada por 19 municípios segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000).

Quadro 1- Municípios integrantes da RMC

1. Americana	8. Indaiatuba	15. Santa Bárbara d'Oeste
2. Artur Nogueira	9. Itatiba	16. Santo Antônio da Posse
3. Campinas	10. Jaguariúna	17. Sumaré
4. Cosmópolis	11. Monte-Mor	18. Valinhos
5. Engenheiro Coelho	12. Nova Odessa	19. Vinhedo
6. Holambra	13. Paulínia	
7. Hortolândia	14. Pedreira	

Os 19 municípios citados acima ocupam uma área de 3 348 Km², o que corresponde a 0,04% da superfície brasileira e a 1,3 % do território paulista. A RMC tem uma população estimada em cerca de 2 milhões de habitantes, o que corresponde a 1,4 % da população nacional e a 6,3% da estadual. Desse total, Campinas abriga 43,7%. Sumaré,

Americana e Santa Bárbara d'Oeste têm, cada um, mais de 170 mil habitantes. Em Holambra e Engenheiro Coelho, vivem pouco menos de 10 mil pessoas.

Nos últimos anos, a região vem ocupando e consolidando uma importante posição econômica em nível estadual e nacional. Essa área, contígua à Região Metropolitana de São Paulo, comporta um parque industrial moderno, diversificado e composto por segmentos de natureza complementar. Possui uma estrutura agrícola e agroindustrial bastante significativa. Desempenha atividades terciárias de expressiva especialização. Destaca-se pela presença de centros inovadores no campo da pesquisa científica e tecnológica (IBGE, 2000).

A Região Metropolitana de Campinas conta com uma população de 2.338.138 habitantes das cidades que a compõem. Para fins de análise, neste estudo a área total foi dividida em 4 regiões, sendo que Campinas, por ser a mais populosa da região, com 969.396 habitantes, foi separada e chamada de Região I, onde 166 questionários foram aplicados. A Região II, composta pelas cidades de Americana, Nova Odessa, Paulínia, Sumaré, Hortolândia, Monte Mor e Santa Bárbara D'Oeste tiveram 145 questionários aplicados. A Região III, assim denominada neste estudo, foi composta das cidades de Engenheiro Coelho, Arthur Nogueira, Cosmópolis, Holambra, Santo Antônio de Posse, Jaguariúna e Pedreira, com 32 questionários aplicados, por ter uma população correspondente a 177.653 habitantes. Finalmente, na Região IV composta por Valinhos, Vinhedo, Itatiba, Indaiatuba, com 358.435 habitantes foram aplicados 62 questionários.

Foram utilizados os dados do IBGE baseados na amostragem do órgão feita no ano de 2000 dos municípios que constituem a RMC. A amostra (Anexo 5) foi estratificada da seguinte forma:

- 1° **Por cidades** - de acordo com a sua participação no número global de habitantes da RMC;
- 2° **Por faixa etária**, também de acordo com sua participação no número global de habitantes da RMC;
- 3° **Por sexo**, apurada para o total de habitantes da região. Foram aplicados 203 questionários no sexo feminino que representaram 50,1% e 202 questionários no sexo masculino que representaram 49,9% da amostra.

Na Figura 1, abaixo, pode-se verificar como as regiões foram divididas, para fins de análise, conforme contigüidade e afinidade sociopolítica:



Figura 1 – Mapa da Região Metropolitana de Campinas

3.2- Sujeitos

A amostra de estudo constituiu-se de 405 sujeitos, habitantes das 19 cidades que compõem a RMC, com idade igual ou superior a 16 anos, baseando-se em dados da literatura (VON KORFF et al. , 1985) que definem o início da sintomatologia em torno desta idade. Foram estudados 203 indivíduos do sexo feminino e 202 do sexo masculino, levando-se em consideração que a região apresenta uma porcentagem equilibrada entre homens e mulheres.

3.2.1- Critérios de inclusão dos sujeitos participantes na composição da amostra:

- Ter idade igual ou maior de 16 anos
- Ser residente na RMC
- Ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.2.2- Critérios de exclusão

- Dificuldades de compreensão do que era questionado pelo entrevistador ou algum tipo de limitação cognitiva ou mental aparente.

3.3- Procedimentos

Os dados foram coletados por estudantes voluntários, dos últimos anos do curso de Psicologia, selecionados e treinados pela autora da dissertação. As supervisões gerais e o acompanhamento das aplicações do questionário PAS-SR também foram feitos pela mesma, com o objetivo de manter-se a uniformidade dos procedimentos.

Os dados foram coletados através de visita domiciliar aleatória, (inquérito domiciliar) observando sorteio sucessivo de bairro, rua e residência, mantendo-se esta conduta para todas as cidades que compõem a amostra.

Quando não foi encontrado nenhum morador na residência sorteada, quando não foram preenchidos os requisitos de inclusão, ou quando houve recusa em responder ao questionário, seguia-se à norma, previamente estabelecida, de se escolher a primeira casa à direita e assim sucessivamente.

Os pesquisadores, ao chegarem ao local sorteado, se apresentavam munidos de crachá (contendo seu nome, título da pesquisa, pesquisadora responsável e instituição a que pertence). Pediam a colaboração do eventual participante para responder o questionário e faziam uma pequena explanação sobre o tema da pesquisa e sua relevância. Em sequência, era entregue e explicado o Termo Livre e Esclarecido o qual era lido pelo participante, e *a posteriori* assinado. Feito isto, os sujeitos recebiam o questionário PAS-SR que deveria ser lido e preenchido em conjunto com o pesquisador, pois se houvesse alguma dúvida ela era esclarecida imediatamente, sendo o instrumento administrado de forma assistida para todos os participantes. As aplicações dos questionários ocorreram no primeiro semestre do ano de 2003, preferencialmente nos finais de semana (sábados e domingos), no período diurno, em um período de 6 meses no total. Cabe acrescentar que a receptividade em relação aos pesquisadores e ao questionário foi boa, e o número de recusas em respondê-lo não apresentou níveis estatísticos significativos (menos que 5%).

3.4- Instrumento

O PAS-SR (CASSANO et al, 1997) (Anexo 2) é um questionário composto por 114 perguntas, dividido em 8 domínios e estes, por sua vez, divididos em 13 subdomínios (Anexo 3). É composto por respostas dicotômicas (tipo Sim – Não) incluindo também uma parte inicial relativa aos dados demográficos e socioeconômicos dos sujeitos entrevistados. O escore total resulta da soma da pontuação de cada pergunta, sendo considerado um (1) ponto para respostas afirmativas e zero (0) para respostas negativas.

O tempo médio de preenchimento do questionário variou de 35 a 40 minutos em uma única aplicação.

A validação brasileira do PAS-SR foi realizada pela pesquisadora Liliana Ravera em estudo paralelo e a partir de contato feito com os pesquisadores de Pisa, Itália realizada em uma amostra de trinta (30) pacientes diagnosticados com TP pelo DSM-IV, junto ao Ambulatório dos Transtornos de Ansiedade (NATA) do Hospital de Clínicas da UNICAMP. No estudo intitulado “Tradução, adaptação, estudo de confiabilidade dos instrumentos para Avaliação do Transtorno do Pânico SCI-PAS e PAS-SR”, a autora procedeu à tradução, a retrotradução, a adaptação cultural, o estudo de confiabilidade, a validade de conteúdo (feita por 3 juízes independentes) e à análise de consistência interna, obtendo-se um Alfa de Cronbach = 0,92 o que revela que o instrumento possui propriedades psicométricas que o tornam válido para uso em pesquisas similares a esta.

3.5- Aspectos Éticos

Desenvolver uma pesquisa pressupõe que o pesquisador tenha conhecimento teórico-metodológico-científico, sobre o tema a ser investigado. Mas também, fundamentalmente, o compromisso ético em relação ao outro e a si próprio. Todos os sujeitos desta pesquisa foram informados da inocuidade das informações por eles prestadas para sua saúde física e mental e que as mesmas seriam mantidas em sigilo absoluto, garantindo sua privacidade e a não identificação nas conclusões e publicações dos resultados.

Deixou-se claro que a participação seria totalmente voluntária e que poderiam deixar de responder ao questionário a qualquer momento, se o conteúdo do mesmo lhe trouxesse algum tipo de constrangimento.

Essas informações verbais, também estavam redigidas com clareza no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisa em seres humanos (TCLE), devidamente assinado pelo pesquisador responsável. Após a leitura do TCLE era pedido ao pesquisado que também assinasse, comprovando assim seu desejo voluntário em participar da pesquisa.

O Comitê de Ética em pesquisa da FCM-UNICAMP, apoiado nas normas e procedimentos de pesquisa em seres humanos, aprovou a realização da pesquisa e a aplicação do questionário PAS-SR, com a permissão por escrito dos moradores da RMC, através de suas assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4). A presente pesquisa não apresentou riscos à população estudada e poderá trazer benefícios para a RMC, como programas preventivos e de orientação, reduzindo os custos com atendimento de saúde..

3.6- Análise e processamento dos dados

Os dados deste estudo foram analisados através do “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS – Versão 8.0, 1997). Foram realizadas comparações entre as médias pelo teste “*t* de Student” para amostras independentes, ou análise da variância (ANOVA) quando se tratava de mais de dois grupos. A comparação das proporções das variáveis qualitativas foi feita pelo teste do Qui-Quadrado. Adotou-se o nível de 5% ($p \leq 0,05$) para a declaração de significância. Os escores obtidos nos 405 questionários, aplicados na RMC, foram submetidos a uma Análise dos Componentes Principais (ACP) e foi realizada a Análise Fatorial (AF) através da rotação VARIMAX dos fatores pela normalização *Kaiser*. A ACP reduz o número de variáveis através da produção de fatores (componentes) independentes que expressem a informação contida no conjunto original de dados, propicia a eliminação de variáveis irrelevantes e pode gerar hipóteses.

Desenvolvida como um meio de identificar traços psicológicos, a análise fatorial é especialmente relevante para os procedimentos de validação do construto (ANASTASI e URBINA, 2000).

4- RESULTADOS

4.1- Análise Exploratória dos Dados para a amostra da Região Metropolitana de Campinas (RMC)

Para as variáveis contínuas criou-se a seguinte tabela de análise descritiva para N= 405:

Tabela 1- Tabela de Análises Descritivas da Variável Idade e Escore da RMC

Variável	N	Média	DP	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Idade	405	36,82	14,74	16	25,00	35,00	47,00	89
Escore	405	31,61	19,63	0	15,00	30,00	44,00	85

Q1 - Quartil 1

Q3 - Quartil 3

A seguir, pode-se visualizar no Gráfico 1, a distribuição da amostra segundo a Idade:

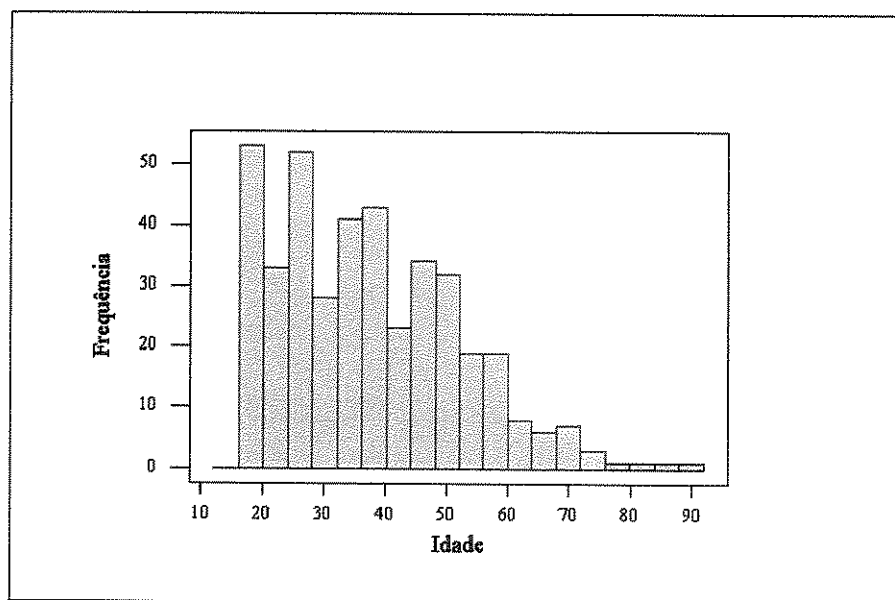


Gráfico 1 – Histograma da distribuição segundo a Idade

O gráfico 1 acima mostra uma distribuição irregular e com assimetria à esquerda. Vale ressaltar que um dos critérios da amostragem estratificada foi à distribuição por faixa etária, de acordo com a participação no número global de habitantes da RMC.

A seguir, apresenta-se no Gráfico 2, a distribuição segundo os escores do PAS-SR obtidos pela amostra de estudo:

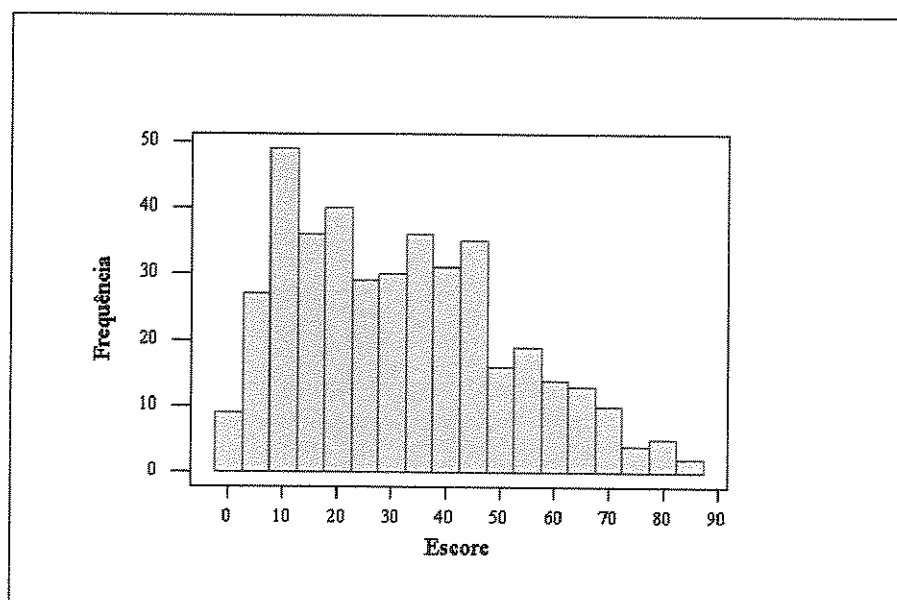


Gráfico 2- Histograma da distribuição segundo o escore obtido no PAS-SR

O Gráfico 2 acima apresenta uma distribuição com leve assimetria à esquerda. Os dados normativos (SHEAR et al. , 2001) indicam um ponto de corte aos 35 pontos. A amostra apresentou 168 registros (41,48%) com pontuação superior a 35 pontos.

Apresenta-se a seguir o Gráfico 3, onde pode ser visualizada a correlação de Pearson realizada entre as variáveis Idade e Escore obtido no PAS-SR:

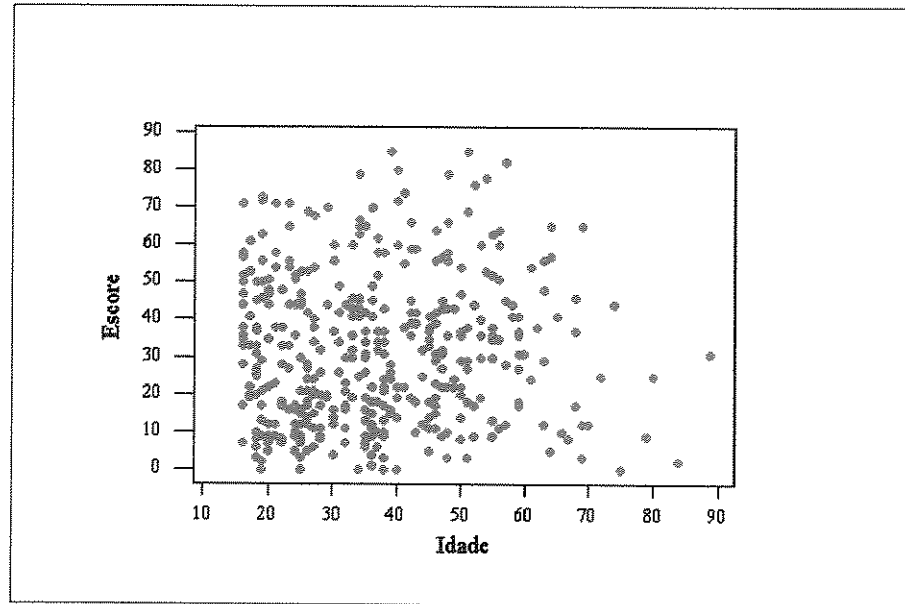


Gráfico 3- Correlação entre Idade e Escore

Obteve-se um índice de 0,016 ($p= 0,742$) o que indica que não há correlação linear entre estas variáveis.

A análise exploratória com a finalidade de verificar a distribuição de frequência de cada variável categórica pode ser vista a seguir:

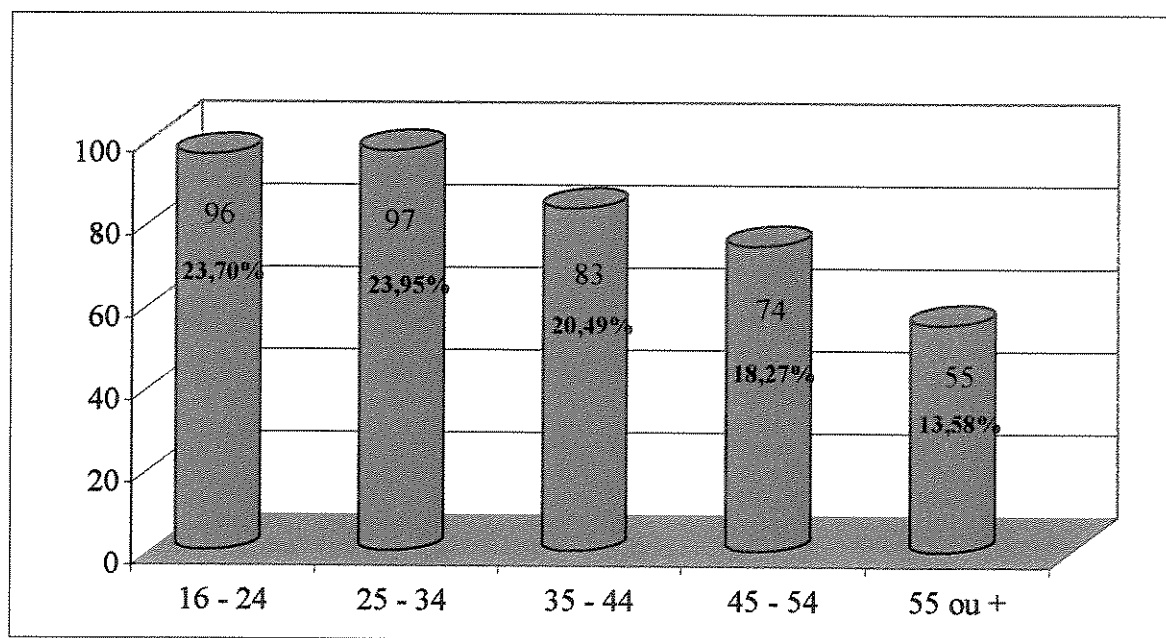


Gráfico 4- Distribuição segundo categorias de Idade

As frequências das variáveis: cidade de origem, região e sexo foram constituídos segundo os critérios adotados da amostragem estratificada: por cidades de acordo com a participação no número global de habitantes da RMC, por sexo e pela razão apurada para o total de habitantes na região (Anexo 5).

Abaixo, seguem gráficos ilustrativos da distribuição dos sujeitos segundo raça, estado civil, grau de instrução e ocupação:

O Gráfico 5 abaixo apresenta a distribuição da amostra segundo a raça:

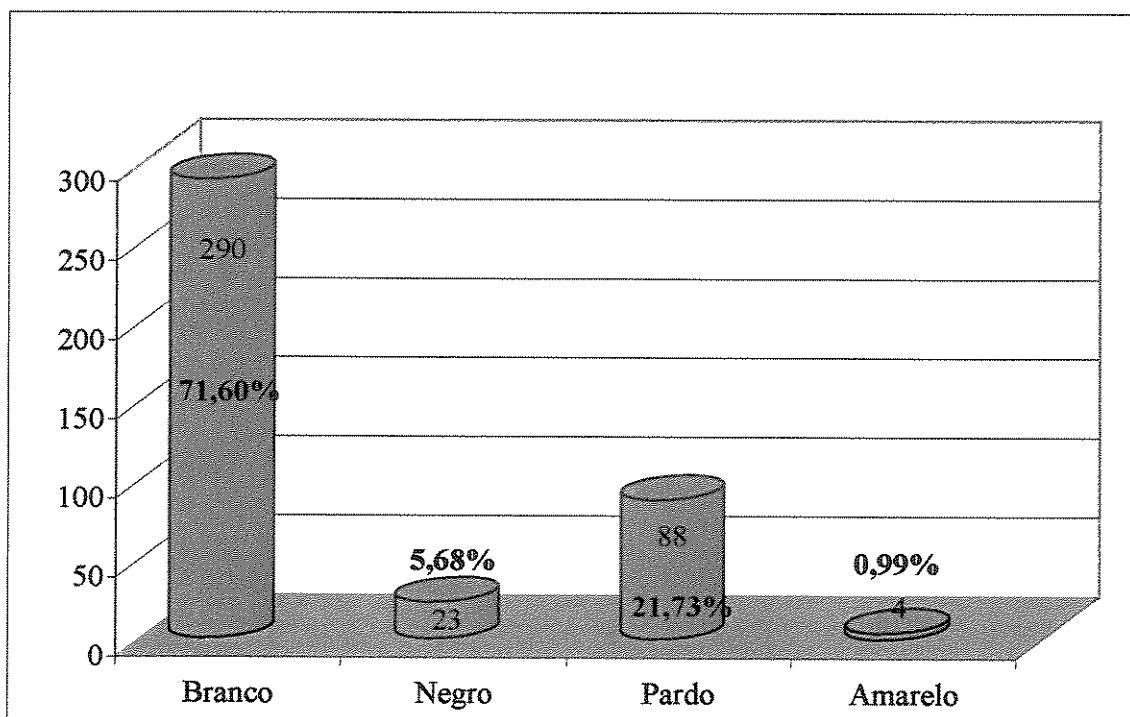


Gráfico 5- Distribuição da amostra segundo a raça

A maior frequência foi de indivíduos da raça branca (71,60%), seguida pela parda (21,73%), negra (5,68%) e amarela (0,99%).

O Gráfico 6 abaixo apresenta a distribuição da amostra segundo o estado civil:

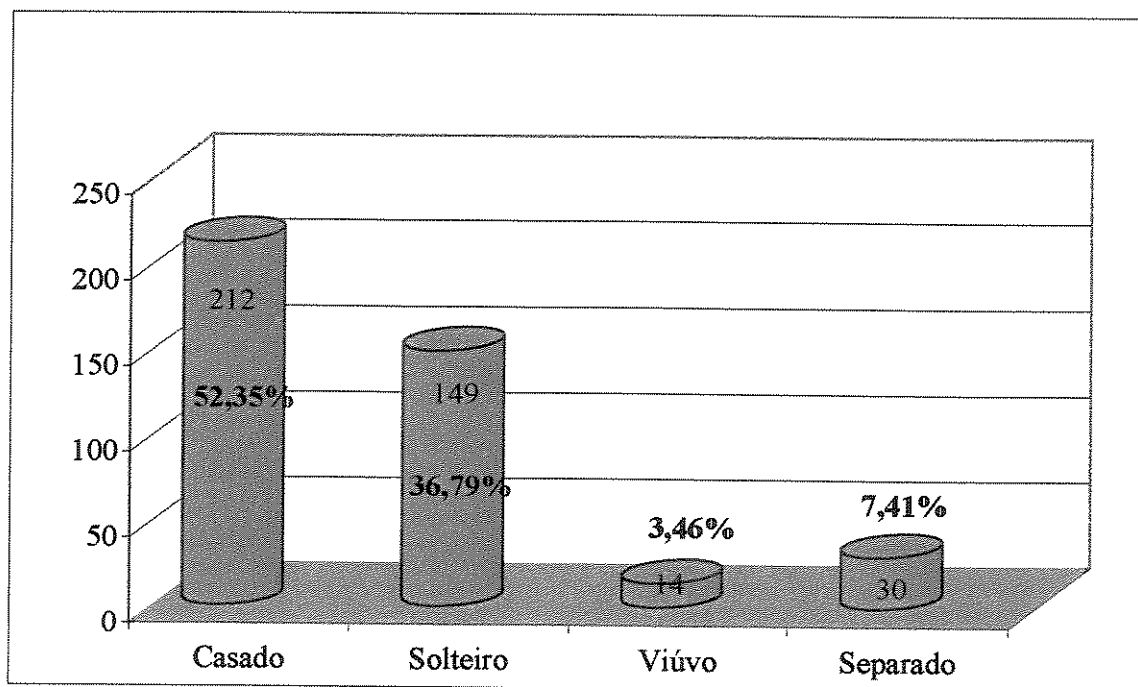


Gráfico 6- Distribuição da amostra segundo o Estado civil

A amostra foi composta por 52,35% de indivíduos casados, 36,79% de solteiros, 7,41% de separados e 3,46 % de viúvos.

O Gráfico 7 abaixo apresenta a distribuição da amostra segundo o grau de instrução:

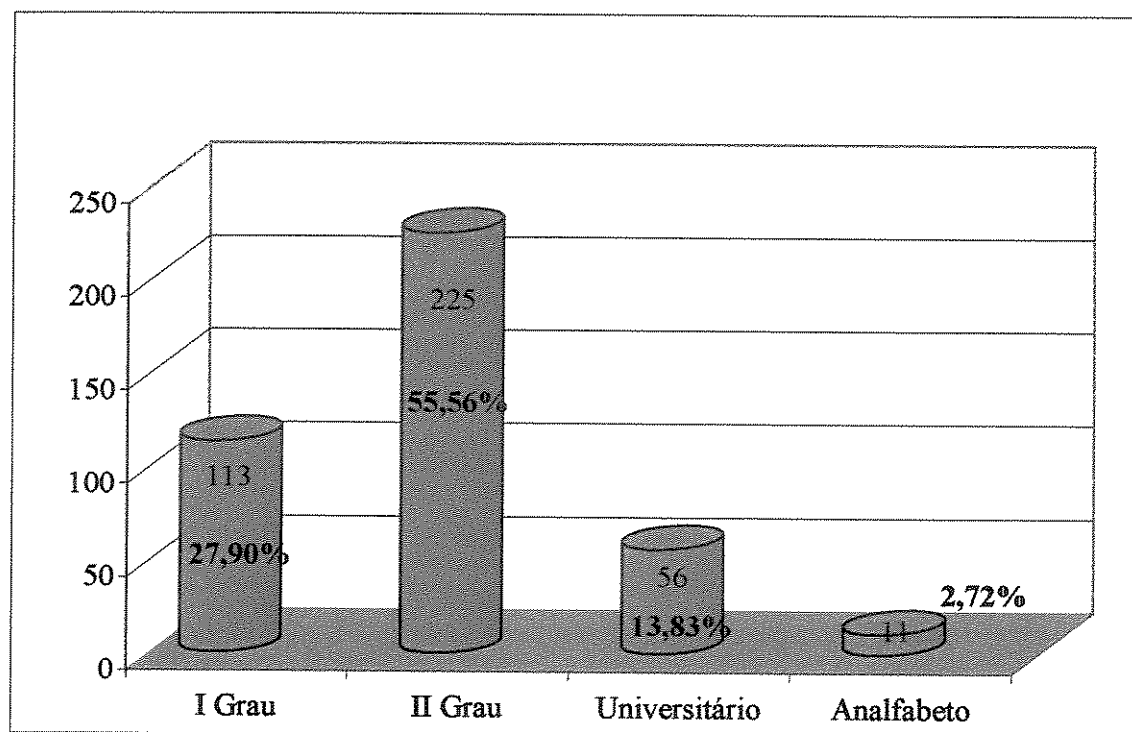


Gráfico 7- Distribuição da amostra segundo o Grau de instrução

O dados expostos acima revelam que a maior parte da amostra possui II Grau (55,56%), e a minoria 2,72% é composta de analfabetos.

A Tabela 2 abaixo apresenta a distribuição da amostra segundo a ocupação

Tabela 2- Tabela de distribuição de frequência segundo a ocupação

OCUPAÇÃO	TOTAL	%
Empregado, Professor, Militar	78	19,3%
Estudante	69	17,1%
Empresário, Profissional Liberal	50	12,3%
Prendas Domésticas	45	10,9%
Aposentado	37	9,2%
Comerciante	34	8,4%
Operário, empregada doméstica	37	9,2%
Desempregado	55	13,6%

A categoria de ocupação mais frequente foi: empregado, professor, militar com 19,3%, seguida de estudante com 17,1% e em sequência desempregado com 13,6%.

A seguir, a Tabela 3 elenca a prevalência ao longo da vida das patologias encontradas na amostra:

Tabela 3- Patologias mais prevalentes encontradas junto à amostra

PATOLOGIAS	TOTAL	%
Ansiedade, pânico	78	19,26
Depressão	68	16,79
Hipertensão	46	11,36
Fobias	34	8,40
Asma, broncopatias	19	4,69
Diabetes	18	4,44
Disfunção da tireóide	12	2,96
Tentativa de Suicídio	11	2,72
Outras cardiopatias	8	1,98
Tumores	7	1,73
Cardiopatias congênitas	4	0,99
Acidente vascular cerebral	3	0,74
Infarto do miocárdio	3	0,74
Não assinalaram	94	23,2

As patologias com maior prevalência foram: ansiedade/pânico com 19,26% e depressão com 16,79% e com menor prevalência: acidente vascular cerebral (AVC) e infarto do miocárdio, ambos em 0,74% da amostra. Noventa e quatro sujeitos (23,2%), não assinalaram nenhuma patologia existente no protocolo. Foram realizadas comparações de proporções através do teste Qui-Quadrado. Todos os testes realizados demonstram que as variáveis categóricas não apresentaram associações significativas entre suas categorias, e.g.:

- a categoria prendas doméstica, da variável ocupação, ocorreu em 45 registros, o que representa 10,9% da amostra. Não se verificou ocorrência desta categoria com o sexo masculino, com indivíduos com idade entre 16 a 24 anos e nem em universitários;
- a categoria estudante, da variável ocupação, ocorreu 69 vezes, representando 17,1% da amostra. Não se observaram indivíduos estudantes acima de 50 anos, estudantes viúvos e nem analfabetos .

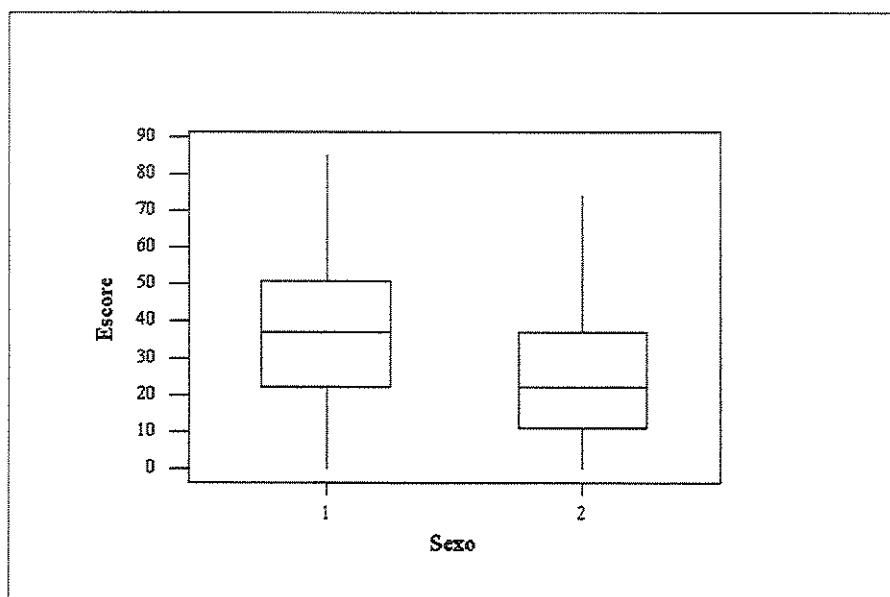
A seguir, objetivando-se verificar se existe diferença significativa dos escores entre as variáveis sócio-demográficas estudadas (idade, religião, sexo, raça, estado civil e grau de instrução), foi utilizado o teste *t* de Student para comparação de duas médias. Para a análise de mais de duas médias utilizou-se análise de variância (Anova) e para verificar as comparações (grupo a grupo) o teste de Tukey.

Tabela 4- Comparação das médias de escore em relação às variáveis sócio-demográficas

VARIÁVEL	p	SIGNIFICÂNCIA
Idade	0,21	-
Região	0,13	-
Sexo	0,00	***
Raça	0,59	-
Estado Civil	0,21	-
Grau de Instrução	0,20	-
- Não significativa a 0,05%		
*** Significante a 0,001%		

Nota-se na tabela 4 acima que somente o variável sexo foi significativa na análise da Anova. A diferença entre as médias dos escores obtidos pelo sexo feminino e pelo masculino é considerada estatisticamente significativa, pois a variável apresentou significância menor do que 0, 001. As demais variáveis não apresentaram valores significativos para rejeitar a hipótese de que possuem a mesma média de escore entre suas categorias.

O Gráfico 8 abaixo ilustra o escore total do PAS-SR para ambos os sexos:



1 – Sexo feminino

2 – Sexo masculino

Gráfico 8- Comparação dos escores por sexo

Nota-se que as diferenças de médias foram significativas ($p=0,001$) entre as médias de escore entre homens e mulheres, sendo que as mulheres apresentaram em média um valor de escore igual a 37,45 e os homens 25,74

A análise do escore por subdomínios para as variáveis categóricas: idade, região, sexo, raça, estado civil e grau de instrução, indicaram haver diferença significativa quando a variável sexo foi considerada de forma independente, com exceção dos subdomínios sensibilidade a substâncias e estado de alarme, que apresentaram ($p= 0,13$) e ($p= 0,24$), respectivamente. Os outros onze subdomínios apresentaram significância, sendo que o sexo feminino apresentou maior escore médio do que o sexo masculino (Tabela 5).

Tabela 5- Análise de Variância dos escores por Subdomínios (Anova)

Subdomínios \ Variáveis	Idade	Região	Sexo	Raça	Estado Civil
Ansiedade de Separação	0,727 -	0,183 -	0,000 ***	0,315 -	0,351 -
Sensibilidade à Perda	0,616 -	0,032 *	0,001 **	0,663 -	0,080 -
Sintomas Típicos	0,092 -	0,130 -	0,000 ***	0,956 -	0,390 -
Sintomas Atípicos	0,034 *	0,027 *	0,000 ***	0,637 -	0,789 -
Sensibilidade ao Estresse	0,003 **	0,485 -	0,000 ***	0,454 -	0,008 **
Sensibilidade a Substâncias	0,834 -	0,820 -	0,129 -	0,528 -	0,898 -
Fobia aos Fármacos	0,003 **	0,126 -	0,001 **	0,260 -	0,009 **
Ansiedade Antecipatória	0,757 -	0,819 -	0,010 *	0,142 -	0,261 -
Estado de Alarme	0,188 -	0,036 *	0,245 -	0,853 -	0,215 -
Agorafobia Típica	0,272 -	0,534 -	0,000 ***	0,426 -	0,068 -
Agorafobia Atípica	0,212 -	0,115 -	0,000 ***	0,153 -	0,151 -
Fobia as Doenças e Hipoc.	0,225 -	0,019 *	0,001 **	0,221 -	0,153 -
Procura de Ajuda	0,003 **	0,019 *	0,000 ***	0,028 *	0,002 **
Medidas Contrafóbicas	0,024 *	0,004 **	0,001 **	0,517 -	0,049 *
Dramatização	0,000 ***	0,014 *	0,004 **	0,582 -	0,001 **

- Não significativa a 5%

* Significante a 5%

** Significante a 1%

*** Significante a 0,001%

A seguir, procedeu-se à Análise Fatorial (AF) do PAS-SR da (RMC).

O Gráfico 9, a seguir, mostra a sedimentação dos 15 fatores do PAS-SR

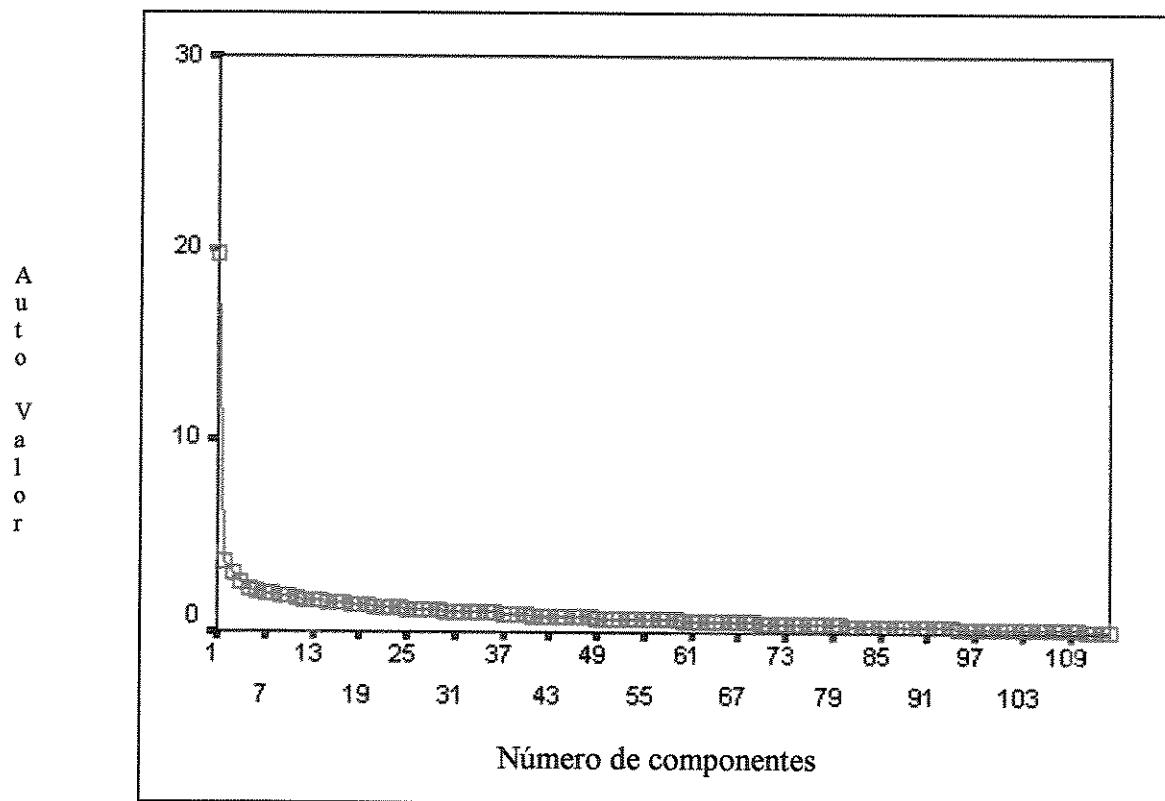


Gráfico 9- Sedimentação dos 15 fatores

A análise dos 114 itens do questionário indicou que 15 fatores permitem uma solução fatorial mais adequada, tendo em vista a qualidade psicométrica e a interpretação dos domínios. Esses 15 fatores representam 43,38% da variância total.

A Tabela 6 abaixo demonstra as cargas fatoriais de cada questão por fator:

Tabela 6- Análise fatorial dos 15 fatores do PAS-SR (RMC)

	Questões	8	9	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Fator1	Cargas	0,314	0,403	0,448	0,568	0,519	0,357	0,469	0,273	0,431	0,559	0,391	0,468	0,440	0,396	0,457
	Questões	29	30	31	32	33	34	35	36	40	41	43	44	58		
	Cargas	0,609	0,451	0,307	0,484	0,313	0,323	0,420	0,459	0,452	0,396	0,457	0,345	0,300		
	Cargas															
Fator2	Questões	6	10	37	38	39	42	49	52	53	54	55	59	60	61	62
	Cargas	0,337	0,340	0,516	0,343	0,309	0,326	0,311	0,313	0,306	0,421	0,383	0,472	0,542	0,549	0,477
	Questões	63	64	68	69	70	71	73	78	82	83	84	86	87	88	111
	Cargas	0,613	0,462	0,579	0,448	0,391	0,303	0,394	0,384	0,307	0,435	0,322	0,320	0,366	0,360	0,360
Fator3	Questões	1	2	3	4	5	6	8	9	14	16	19	30	44		
	Cargas	0,520	0,561	0,548	0,404	0,564	0,482	0,312	0,398	0,369	0,302	0,351	0,317	0,360		
Fator4	Questões	12	25	80	105	109	112	113	114							
	Cargas	0,301	0,395	0,293	0,328	0,381	0,712	0,764	0,655							
Fator5	Questões	57	74	92	93	94	95	96	98	110						
	Cargas	0,360	0,366	0,353	0,425	0,586	0,653	0,486	0,536	0,343						
Fator6	Questões	11	82	99	100	102	103	104	105	106						
	Cargas	0,303	0,479	0,360	0,449	0,643	0,331	0,267	0,350	0,498						
Fator7	Questões	27	47	49	50	51	54									
	Cargas	0,316	0,272	0,494	0,667	0,536	0,409									
Fator8	Questões	7	13	19	27	58	81	92	93	101						
	Cargas	0,407	0,535	0,313	0,366	0,318	0,372	0,403	0,317	0,457						
Fator9	Questões	19	56	67	85	107										
	Cargas	-0,302	0,373	0,344	0,415	0,525										
Fator10	Questões	75	76	77	111											
	Cargas	0,537	0,611	0,437	0,366											
Fator11	Questões	89	90	91	97											
	Cargas	0,550	0,570	0,496	0,336											
Fator12	Questões	15	33	45	46	48										
	Cargas	0,326	0,301	0,414	0,669	0,561										
Fator13	Questões	39	65	66	67											
	Cargas	0,368	0,717	0,714	0,349											
Fator14	Questões	15	33	72												
	Cargas	-0,341	0,340	0,473												
Fator15	Questões	79	108													
	Cargas	0,437	-0,528													

	Carga acima de 0,4
	Carga entre 0,3 e 0,4
	Carga abaixo de 0,3

Nota-se no **fator 1** a presença maior de questões relacionadas aos sintomas do pânico (típicos e atípicos) e sensibilidade ao estresse. Foram encontradas 28 questões com carga fatorial significativa, e 23 pertencentes aos sintomas do pânico. Encontrou-se também, neste fator, as duas questões pertencentes à sensibilidade ao estresse.

O **fator 2** é formado pelas cargas elevadas de 30 questões, com 14 delas relacionadas a agorafobia, com destaque para a agorafobia típica, presença do domínio fobia às doenças e hipocondria e encontraram-se também as duas questões de *ansiedade antecipatória*.

Já no **fator 3**, vê-se a predominância de ansiedade de separação, pois oito das dez questões pertencentes a este subdomínio possuem cargas fatoriais altas no fator 3.

O **fator 4** é caracterizado pela dramatização, dado que as três questões deste subdomínio apresentam cargas acima de 0,65.

O **fator 5** apresenta cargas elevadas em cinco das oito questões relativas à procura de ajuda e a forte influência da questão 98, pertencente ao subdomínio medidas contrafóbicas, apresentando carga fatorial cerca de 0,536.

No **fator 6**, verifica-se presença elevada de questões referentes a medidas contrafóbicas. Este fator compõe sete das quinze questões classificadas.

O **fator 7** apresenta forte presença das questões referentes à fobia aos fármacos, com presença de três questões com cargas altas das cinco pertencentes a este subdomínio e ansiedade.

No **fator 8**, são encontradas questões referentes à sensibilidade à separação e sensibilidade à perda.

No **fator 9**, encontram-se cargas referentes a estado de alarme.

No **fator 10**, verifica-se a presença de questões relativas a agorafobia atípica.

No **fator 11** agrupam-se questões referentes à procura de ajuda.

No **fator 12**, encontram-se as questões ligadas à sensibilidade às substâncias.

Os fatores 13, 14 e 15 são resíduos da classificação.

A análise dos quinze fatores permite dizer que os subdomínios foram bem detectados pelos quinze fatores, com destaque para os sintomas do pânico.

Após a análise fatorial feita através dos dados obtidos na população brasileira (RMC), definiu-se que:

- O número de questões do questionário PAS-SR continuaria o mesmo, pois pode-se avaliar que todas as questões são relevantes e de importância dentro do PAS-SR;
- Continuar-se-ia, portanto, também com o mesmo número de subdomínios;
- De oito (8) domínios passar-se-ia a ter seis (6);
- O domínio sensibilidade ao estresse e fobia às doenças e hipocondria se tornariam subdomínios;
- Sensibilidade ao estresse se tornariam subdomínio de sintomas do pânico;
- Fobia às doenças e hipocondria se tornaria subdomínio de agorafobia.

No Quadro 2, a seguir, pode-se verificar de forma esquemática a descrição feita acima:

Quadro 2- Domínios e subdomínios do PAS-SR na RMC após o estudo realizado:

Domínio				Subdomínios		
I. Sensibilidade à separação				Ansiedade de separação		
				Sensibilidade à perda		
II. Sintomas do pânico				Sintomas típicos		
				Sintomas atípicos		
				Sensibilidade ao estresse		
III. Sensibilidade aos fármacos e outras substâncias				Sensibilidade à substâncias		
				Fobia aos fármacos		
IV. Expectativa ansiosa				Ansiedade antecipatória		
				Estado de alarme		
V. Agorafobia				Agorafobia típica		
				Agorafobia atípica		
				Fob. a doenças e hipocondria		
VI. Sensibilidade ao reassseguramento				Procura de ajuda		
				Medidas contrafóbicas		
				Dramatização		
Total de Questões						114

Apresenta-se na tabela 7 a seguir, a comparação das prevalências por domínios do questionário PAS-SR entre estudo piloto realizado em 2002, estudo realizado com 405 sujeitos na RMC, e aquele realizado por Cassano e colaboradores.

Tabela 7- Comparação das prevalências por domínio dos 3 estudos com o PAS-SR

DOMÍNIOS	RMC	Estudo piloto	Cassano et al.
	%	%	%
Sensibilidade à separação	39	43	22
Sintomas do pânico	35	37	36
Sensibilidade ao estresse	42	39	46
Sensibilidade aos fármacos e outras substâncias	17	19	14
Expectativa ansiosa	32	41	62
Agorafobia	31	27	30
Fobia a doenças e hipocondria	32	35	***
Sensibilidade ao reassuramento	19	23	17

*** Domínio não avaliado na amostra de CASSANO et al. (1998).

5- DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) em seu último relatório sobre a Saúde no Mundo (2001) a importância da Saúde Mental é reconhecida desde sua origem e, está refletida em sua definição de saúde, como não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, mas como um estado de completo bem estar físico, mental e social. A Saúde Mental e a Saúde Física são dois elementos estritamente entrelaçados e interdependentes. À medida que cresce a compreensão desse relacionamento, torna-se cada vez mais evidente que a Saúde Mental se torne indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, sociedades e países. O mesmo órgão no relato sobre pesquisas recentes aponta que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais ou de comportamento, mas apenas uma minoria recebe o tratamento básico. Em termos globais, muitos se transformam em vítimas por causa da sua doença e se convertem em alvos de estigma e discriminação.

WEISSMAN et al. (1989) chama a atenção de que um fator de bom prognóstico do TP depende do diagnóstico precoce e da administração eficaz do tratamento. Muitas vezes os sintomas do pânico são confundidos com outros sintomas de outras doenças físicas. O diagnóstico poderá deixar de ser feito no momento adequado e às vezes até feito de forma errônea.

Nos quadros de TP podem ocorrer grandes limitações para as atividades sociais e profissionais e para a auto-imagem do paciente, que geralmente não conseguem explicação para seus sintomas, apesar de freqüentes consultas e exames médicos, em sua maioria negativos. Podem então surgir sintomas depressivos e desmoralização, especialmente porque os sintomas e a sensação de perigo ocorrem fora de contexto gerando sensação de dissonância cognitiva e perplexidade.

Estes apontamentos corroboram as constatações obtidas através deste estudo, pois segundo CASSANO et al. (1997) o modelo do SPA representa um meio útil e compreensivo para a descrição da complexidade do quadro clínico do TP. O modelo proposto, complementar ao categorial, DSM-IV, acolhe as expressões subliminares de um presumível e persistente processo fisiopatológico. A utilidade do instrumento pode ser considerada entre a comunicação médico-paciente, para o prognóstico, para a identificação

de traços de personalidade e para sintomas subclínicos apresentados nestes pacientes em relação à pesquisa e ao tratamento.

Em relação ao escore total dos 405 questionários aplicados na RMC, São Paulo-Brasil, obteve-se uma média de 31,61% de respostas afirmativas, tendo como limite máximo pontuado o valor de 85 e o mínimo de zero.

SHEAR et al. (2001) propõe um “threshold value” ou um escore total do PAS-SR com significado diagnóstico e prognóstico estabelecido a partir de um ponto de corte de 35. No presente estudo foram verificados 168 registros (41,48%) com uma pontuação, significativa para a presença de Spectrum do Pânico-Agorafóbico (SPA).

Não foi evidenciada associação significativa entre o escore total do PAS-SR e a região de procedência das pessoas que constituíram a amostra do presente estudo ($p=0,13$).

Verificou-se neste estudo, que a idade dos sujeitos da amostra variou entre 16 a 89 anos. Segundo a APA (1994) a idade de início do TP, varia muito, mas está tipicamente entre o final da adolescência e a faixa dos 30 anos. Um pequeno número de casos começa na infância e o início, após os 45 anos, é incomum, mas pode ocorrer. Não foi encontrada associação significativa entre o escore total do PAS-SR e a faixa etária ($p=0,21$).

Em relação à raça, obteve-se nesta investigação, a amostra composta por uma maioria de raça branca com 71,60%, 21,73% da raça parda, 5,7% da negra e 0,9 % da amarela. Não foi encontrada diferença significativa entre o escore total do PAS-SR em relação à raça ($p=0,59$).

Esta amostra foi constituída por cerca da metade de pessoas casadas 52,35%, 36,79% de solteiros, 7,41% de separados e 3,46% por pessoas viúvas, não havendo associação entre as variáveis escore total do PAS-SR e estado civil ($p=0,21$).

Quanto ao grau de instrução este estudo ficou representado por 55,5% de pessoas com segundo grau, 27% de pessoas com primeiro grau, 13,83% com grau superior ou universitário e 2,72% da amostra eram analfabetas. Não sendo encontrada também em relação ao grau de instrução diferença significativa em relação ao escore total ($p=0,20$).

Sobre patologias pré-existentes, a que mais pontuou foi ansiedade e pânico com 19,26%, em segundo depressão com 16,79% , em terceiro Hipertensão com 11,36% e fobias em geral com 8,40%. As doenças com menor incidência foram Acidente Vascular Cerebral e Infarto do Miocárdio com 0,74% da amostra. Noventa e quatro sujeitos (23%) não assinalaram no protocolo nenhuma das patologias ali elencadas.

A ocupação que apresentou maior número de sujeitos neste estudo foi de empregado-professor-militar com 19,3%, logo após há estudantes com 17,1% e em terceiro vieram os sujeitos desempregados com 13,5%.

Foi encontrada diferença significativa entre os escores do PAS-SR total com relação à variável sexo ($p=0,001$). Enquanto as mulheres apresentaram em média um valor de escore total igual a 37,45, os homens tiveram em média uma pontuação de 25,74. Aproximadamente uma vez e meia de pessoas do sexo feminino que apresentaram mais sintomas do Spectrum do Pânico-Agorafóbico (SPA) para cada homem. Os achados obtidos no presente estudo estão de acordo com a literatura científica, (CASSANO et al., 1998; KIMBERLY, et al.,1998) isto é, uma maior presença dos sintomas nos sujeitos de sexo feminino em relação àqueles do sexo masculino, manifestados por um PAS-SR escore total mais alto entre as mulheres. Segundo o DSM-IV (1995) o transtorno do pânico com agorafobia é diagnosticado com uma frequência três vezes maior no gênero feminino, enquanto (WEISSMAN e MERIKANGAS ,1986 ; REGIER et al., 1988) referem que a maioria dos estudos concorda que a prevalência de transtornos ansiosos é, em média, duas vezes maior em mulheres. Na Europa, WITTCHEN et al. (1986) relatam uma prevalência do transtorno do pânico de 11% em mulheres e de 7% em homens. UHLENHUTCH (1983) estudando um grupo de 3000 pessoas, encontrou uma proporção mulheres/homens para agorafobia com ataques de pânico de aproximadamente 3,5 mulheres, para um homem. No Brasil, essa mesma relação se repete nos estudos sobre o TP. (CAETANO, 1985; ALMEIDA FILHO et al.,1992).

No presente estudo o domínio “Sensibilidade à separação” composto pelos subdomínios “ansiedade de separação” e “sensibilidade à perda”, foi representado por 39% de respostas positivas.

A ansiedade de separação para SOUZA (2001) pode ser abordada enquanto um fenômeno normal, do desenvolvimento, ou como um transtorno psiquiátrico, que pode ser evidenciado na infância ou adolescência. Comumente, o termo ansiedade de separação refere-se à ansiedade relacionada à separação genuína, ou fantasiada, de uma figura de apego, e vivenciada por sintomas cognitivos, afetivos, somáticos e comportamentais. Segundo TALBOTT et al. (1992) a ansiedade é considerada tão comum em crianças que, freqüentemente, não se considera a possibilidade de um transtorno de ansiedade. As crianças são assim consideradas como inatamente medrosas. Esses estados de ansiedade são freqüentemente desprezados pelos pais, pediatras, psiquiatras, etc, podendo levar a problemas sociais, realizações acadêmicas insatisfatórias, interferência no desenvolvimento da capacidade de afirmação e autonomia pessoal.

A ansiedade de separação como um transtorno psiquiátrico refere-se a um padrão comportamental ou psicológico associado a incapacitação e sofrimento, e causa prejuízo em uma ou mais áreas do funcionamento. Caracteriza-se por uma ansiedade inapropriada e excessiva, em termos evolutivos, em relação à separação de casa ou daqueles a quem a criança tem apego (SOUZA e GOMES DE MATOS, 1995).

Segundo o DSM-IV(1994) o transtorno de ansiedade de separação caracteriza-se por uma ansiedade inapropriada e excessiva em termos evolutivos, envolvendo a separação de casa ou daquelas pessoas a quem a criança está vinculada. O transtorno de ansiedade de separação, pode preceder o desenvolvimento do transtorno do pânico com agorafobia. Um humor depressivo em geral está presente, podendo tornar-se mais persistente ao longo do tempo, justificando um diagnóstico adicional de transtorno depressivo maior ou transtorno distímico. O DSM-IV(1994) também levantou a hipótese de que talvez o transtorno de ansiedade de separação seja mais freqüente em filhos de mães que apresentam transtorno do pânico, como também parece ser mais freqüente em parentes biológicos em primeiro grau do que na população geral.

A “Sensibilidade à perda” refere-se a dramáticas reações de perda. Dificuldade em encerrar relacionamentos tanto sentimentais como de amizade. Dificuldade excessiva em relação à aceitação da morte. Encontram-se nesse quadro pessoas muito dependentes de

familiares e amigos, com dificuldade em encerrar uma psicoterapia quando iniciada, assim como apego anormal por animais como se fossem pessoas (CASSANO,1998).

No domínio sintomas do pânico do SPA, são encontrados dois subdomínios os “típicos” e os “atípicos”, na amostra de estudo 35% apresentaram positividade neste domínio.

No subdomínio “Sintomas típicos” são avaliados todos os 13 sintomas característicos do Ataque de Pânico, conforme descrição segundo o DSM-IV(1994).

“Sintomas atípicos” é um subdomínio que engloba características, tais como, sentimentos de confusão mental, de estar atônito, perplexo, sentimento de desorientação, sensação de pernas bambas, moles, de estar caminhando sobre nuvens, sensação de perder o controle sobre os esfíncteres, sensibilidade a cheiros, sensação de sufocação por calor ou ar poluído, incomodo em relação ao escuro, sensibilidade exacerbada em relação a ruídos mesmo que não altos, sensação de nervosismo em situações como estar em mar aberto, neblina, paisagens desfocadas, sensação de que algo pudesse ter se rompido dentro de si, sensação repentina de falta de audição ou visão e sintomas do pânico durante o sono (CASSANO et al., 1998).

Segundo BERNIK (2001) os transtornos ansiosos amplificam as queixas somáticas dos pacientes e aumentaram a utilização e saturação dos sistemas de saúde, para outras condições médicas associadas como doenças cardiovasculares e pulmonares.

GOMES DE MATOS (1992) relata que boca seca não se encontra como sintoma incluído na lista para o diagnóstico de pânico, entretanto, foi encontrado com muita frequência em sua amostra. Em 2003 este mesmo pesquisador e cols. relataram que a asma brônquica se associa frequentemente com o TP. A melhora dos sintomas do pânico produz também, uma melhora na qualidade de vida destes indivíduos. Estas situações não se encontram contempladas no DSM-IV.

O domínio “Sensibilidade ao estresse” neste estudo na RMC foi de maior prevalência com a maior porcentagem de respostas afirmativas de todo o questionário com 42% das respostas afirmativas.

CAETANO (1986) observou que 40% das crises têm início após um fato estressante da vida do indivíduo e que 32% ocorrem de forma inesperada. Segundo CASSANO et al. (1997) vários estudos têm revelado a vulnerabilidade dos pacientes do pânico para com eventos estressantes da vida. Os sintomas do pânico podem também ocorrer em reação a menores estressores, como problemas do dia a dia da família, períodos de privação do sono ou de muito trabalho. Isto está avaliado no subdomínio sensibilidade ao estresse. Neste sentido, GOMES DE MATOS (1992) refere que o estresse emocional foi o fator precipitante apontado por 72% dos pacientes em seu estudo. Importantes achados neste seu estudo, foram às crises precipitadas por refeições copiosas e após noites mal-dormidas. Outra observação foi que essas pessoas evitam situações desagradáveis, pois passam mal como, por exemplo, em velórios, visitas a doentes ou hospitais.

Dezessete por cento da amostra deste estudo responde positivamente ao domínio “Sensibilidade aos fármacos e outras substâncias”.

Muitos pacientes com ataque de pânico têm alta sensibilidade a várias substâncias. Segundo MC CANN e NUTT (1992) demonstraram em suas pesquisas que simples doses de medicamentos, baixas doses de antidepressivos, hormônios da tireóide e bebidas com cafeína poderiam ser um gatilho disparador para o ataque de pânico. Esses indivíduos apresentam também alta suscetividade à abstinência de drogas como benzodiazepínicos ou álcool. Neste sentido, GENTIL (1998) salienta que diversos estímulos como as flutuações hormonais da fase pré-menstrual, a abstinência de álcool e drogas depressoras do sistema nervoso central, o uso de estimulantes como cocaína, os anorexígenos, ou mesmo o abuso de cafeína, podem baixar o limiar para deflagração de crises de pânico.

CASSANO et. al. (1997) no que se refere ao subdomínio “Fobia aos fármacos”, dizem que esta sensibilidade pode ser observada na maioria dos indivíduos com TP, que rejeitam iniciar tratamento farmacológico, temendo seus efeitos colaterais. Recusam receitas médicas, lêem bulas atentamente, acreditam-se alérgicos a medicamentos, temem mudança de personalidade, danos cerebrais ou em outros órgãos, ao tomarem remédios.

No domínio “Expectativa ansiosa” 31% dos entrevistados responderam positivamente.

O subdomínio “Ansiedade antecipatória” está estreitamente relacionado ao temor aos ataques de pânico, típicos ou atípicos. Caracteriza-se pelo medo do aparecimento de novos ataques em situações ou condições quando previamente eles aconteceram.

Segundo GENTIL (1987) as crises de pânico são muito aversivas e, tipicamente, levam ao receio de novos ataques, a chamada ansiedade antecipatória. Essa ansiedade, freqüentemente ligada à expectativa de sentir-se mal em um determinado local, situação, ou contexto, é gradual, flutuante e crescente, até que o indivíduo entra na situação temida. Então, ele tem uma brusca elevação na intensidade das manifestações autonômicas e o cortejo de outros sintomas somáticos e psíquicos do ataque de pânico situacional.

O subdomínio “Estado de alarme” se manifesta como um estado persistente de alerta, referido pelo paciente como uma sensação de medo de que algo ruim está para acontecer, ameaçando sua integridade física ou emocional. Isto pode acarretar a adoção de comportamentos bizarros. Pode ser diferenciado da preocupação da ansiedade generalizada porque, nesta última, a ansiedade – livre e flutuante – é de natureza altruística, diz respeito aos outros, familiares e pessoas próximas e se relaciona aos eventos do cotidiano (acidentes de trânsito, violência, assaltos, etc.). Ao contrário, no estado de alarme, a preocupação é egoística e diz respeito ao próprio indivíduo.

No domínio “Agorafobia” 32% da amostra apresentaram positividade. Ocorre medo de espaços abertos, de locais onde há aglomeração de pessoas, medo de permanecer sozinho em locais fechados, onde é difícil obter ajuda; inclui os sintomas do DSM IV, e são chamados por Cassano em 1997 de “Agorafobia típica” fazendo parte em seu questionário de um subdomínio.

Segundo LOTUFO-NETO et al. (1997) a agorafobia caracteriza-se pelo comportamento de esquiva fóbica em relação a diversas situações públicas. Não é simplesmente o medo de lugares abertos ou fechados que caracteriza o comportamento do paciente, mas o de se afastar de casa ou de pessoas e familiares que lhe forneçam segurança e ajuda.

MARKS e HERST (1970) relatam que até 95% dos agorafóbicos, de uma população de 1200 pacientes, sentem-se mais incapacitados e inseguros quando sós, requerendo a presença de um acompanhante para se aventurar além de seu limite de segurança. Outros são incapazes de ficar sozinhos mesmo em suas casas.

Podendo também ser reconhecidos como “Traços neuróticos de personalidade”, o subdomínio “Agorafobia atípica” tem entre seus sintomas o incomodo com roupas fechadas ao redor do pescoço, uso de gravata, gola rolê, anéis, incomodo com cinto de segurança em veículos, receio de ficar preso ou sufocar sentado em cadeira de dentistas ou cabeleireiros. Pode ser desenvolvida uma fobia social secundária.

LOTUFO-NETO et al. (1997) relatam que situações sociais em pacientes agorafóbicos podem também causar desconforto. Pacientes relatam timidez e evitam essas situações em grau comparável à de fóbicos sociais.

O domínio “Fobia a doenças e hipocondria” teve 32% de respostas afirmativas. Preocupações hipocondríacas, sintomas físicos são interpretados de forma catastrófica, (por exemplo:- palpitações=infarto; dor de cabeça= tumor cerebral). Essas sensações vêm estritamente ligados ao subdomínio fobia às doenças e hipocondria. Revelam-se também em temores de se submeter a algum procedimento médico (pequenas cirurgias, curativos, ver materiais cirúrgicos). Os temores hipocondríacos se desenvolvem, tornando-se, muitas vezes, a razão central de suas vidas. DIAMOND (1985), SHEEHAN (1983) encontram sintomas hipocondríacos em 68% de seus pacientes com “ansiedade endógena”.

Segundo GENTIL (1997) muitos pacientes apresentam comportamento de esquiva em relação a reportagens, conversas, hospitais ou qualquer outra situação que o confronte com determinada doença temida.

Dezenove por cento (19%) das pessoas entrevistadas deram respostas positivas no domínio “Sensibilidade ao reassseguramento”.

O subdomínio “Procura de ajuda” é definido como aquela situação na qual os indivíduos busquem com uma alta frequência tratamento médico (consultas frequentes, solicitação de exames complementares, visitas ao Pronto Socorro), necessidade constante da presença de amigos ou familiar, tornando-se dependente dessas figuras.

O subdomínio “Medidas contrafóbicas” está representado pela busca contínua e muito freqüente de tratamento médico, consultas freqüentes a várias especialidades médicas, solicitação de exames complementares sem necessidade, visitas também com freqüência ao pronto socorro. Ocorre a necessidade constante da presença de amigos ou familiar tornando-se dependente dessas figuras. Estas pessoas usam a outras pessoas ou objetos como talismãs, na tentativa de se livrarem do incômodo através desses artifícios.

No subdomínio chamado de “Dramatização” por CASSANO et al. (1997) fica claro o exagero com que alguns indivíduos relatam seus sintomas. Frequentemente há uma necessidade que chega próxima à interpretação de um papel para se sentirem ouvidos e entendidos, em relação a seus sintomas.

Pode-se verificar uma substancial concordância das freqüências das respostas positivas em cada domínio, com exceção do domínio “Sensibilidade à separação”, onde a porcentagem de respostas positivas nos dois estudos brasileiros é bem maior do que a encontrada na Itália por CASSANO et al (1998).

Em relação principalmente ao domínio “Expectativa ansiosa” e em menor porcentagem ao domínio “Sensibilidade ao estresse” também se teve uma pontuação mais elevada nos estudos feitos por CASSANO et al. (1998).

Os resultados obtidos na RMC, Brasil se aproximam muito dos resultados obtidos com o estudo piloto (brasileiro) em 2000 e também com o estudo feito por CASSANO et al. (1998) na Itália.

6- CONCLUSÃO



Figura 2- Dante Alighieri, *La Divina Commedia, Inferno, I Canto*. Ano 1306

*Nel mezzo del cammin di nostra vita ritrovai per una
selva oscura che la diritta via era smarrita.*

*Ah quanto a dir qual era è cosa dura esta selva
selvaggia ed aspra e forte che nel pensier rinnova la paura.*

Tant' è amara che poco è più morte!

- 1- O questionário PAS-SR foi bem aceito pela população estudada, sem dificuldades de entendimento, em relação ao que foi perguntado e demonstrou ser de fácil aplicação, em grandes populações, levando em média 40 minutos para ser respondido.
- 2- - A qualidade psicométrica e a interpretação das dimensões da análise fatorial com os 114 itens do questionário, indicaram 15 fatores como uma solução fatorial mais adequada, estando de acordo com o estudo italiano original de CASSANO et al (1998)
- 3- A amostra apresentou 168 registros (41,48%), com pontuação superior a 35, portanto, significativa para o Spectrum do Pânico-Agorafóbico (SPA) segundo dados normativos (SHEAR et al. , 2001), apresentando, portanto, quadros sintomatológicos incompletos que não são encontrados nos critérios diagnósticos da nomenclatura oficial, mas poderiam ser importantes com a finalidade de individualizar sujeitos com possíveis características (sub-clínicas e quadros sintomatológicos incompletos) importantes com maior risco de desenvolvimento do quadro clínico completo.
- 4- A amostra apresentou 168 registros (41,48%), com pontuação superior a 35, portanto, significativa para o Spectrum do Pânico-Agorafóbico (SPA) segundo dados normativos (SHEAR et al. , 2001), apresentando, portanto, quadros sintomatológicos incompletos que não são encontrados nos critérios diagnósticos da nomenclatura oficial, mas poderiam ser importantes com a finalidade de individualizar sujeitos com possíveis características (sub-clínicas e quadros sintomatológicos incompletos) importantes com maior risco de desenvolvimento do quadro clínico completo.
- 5- Das 114 perguntas do questionário as que obtiveram um maior índice de respostas positivas foram a de número 2 (dois) (77,04 %) e logo abaixo a questão 30 (trinta) (66,42%). A pergunta de número 2 (dois) se refere ao domínio Ansiedade de separação e a de número 30 (trinta) ao domínio Sintomas atípicos do pânico. As perguntas com menor número de respostas

afirmativas estão concentradas no domínio “Sensibilidade ao reasseguramento”.

- 6- Obteve-se uma associação significativa entre sexo e escore , na qual o sexo feminino apresenta maior prevalência para SPA (com exceção de 2 subdomínios), o que corrobora com a maioria da literatura mundial inclusive com a de Cassano e colaboradores.
- 7- Não ficou evidenciado no estudo em questão associações entre o SPA e: cidade de origem, idade, raça, estado civil, escolaridade e ocupação.
- 8- A comparação dos estudos brasileiros com de Cassano e colaboradores obteve em sua maioria resultados parecidos. No domínio Sensibilidade à separação houve um percentual menor no de Cassano em relação à pesquisa em questão. Já no domínio Expectativa ansiosa ao contrário a pesquisa de Cassano teve um percentual maior que a realizada neste estudo.
- 9- Um dos desafios da avaliação na área de saúde mental na atualidade reside no desenvolvimento de estratégias que permitam avaliar a eficácia dos tratamentos terapêuticos , educativos, de reabilitação social, e também a eficiência dos programas preventivos, assistenciais e laborais, já colocados em andamento e que devem ser avaliados em seus resultados ou metas que tenham sido alcançadas ou não. O presente estudo teve como meta tentar servir de subsídios para ser aplicado em uma população de uma cultura diferente dos estudos já feitos anteriormente por Cassano e colaboradores.
- 10- O presente estudo sugere que novas pesquisas teriam que ser desenvolvidas ,pois nosso país é repleto de diferenças culturais , sociais entre outras. Um estudo com o PAS-SR no Brasil seria de extrema valia para a pesquisa no campo do TP , principalmente se pensarmos em medicina preventiva.

Através do presente pesquisa realizada na UNICAMP, o Brasil teve a oportunidade de participar e colaborar efetivamente com *Spectrum Projetc* que continua em desenvolvimento na Europa (Itália) e em Universidades da América do Norte (EUA).

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALASTAIR, J.; FLINT, M. B.; COOK, J.M.; RABINS, P.V.. Why is panic disorder less frequent in late life? **American Journal of Geriatric Psychiatry** ,4: 96-109,1996.

ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J. J.;COUTINHO, E.; FRANÇA, J.F.; FERNANDES, J.G.; ANDREOLI, S.B.; BUSNELLO, E.D.. Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em Áreas Urbanas Brasileiras. **Revista ABP-APAL**,14: 93-104,1992.

American Psychiatric Association (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Fourth Edition. Washington,1994 DC: APA.

American Educacional Research Association (APA). **Standards for educational and psychological testing** . Washington,1999 DC: APA.

ANASTASI, A.; URBINA, S.. **Testagem Psicológica**. Porto Alegre. Artes Médicas Sul, 2000.

ANDRADE, L.H.S.G.; LOTUFO NETO, F.; GENTIL, V.; MACIEL, L. M. A .; SHAVITT, R. G. ; BERNIK, M.A. **Pânico, Fobias e Obsessões**. Edusp. São Paulo Brasil, 1997.

AZEVEDO, M. M.; ALMEIDA, L. S.; PASQUALI, L.; VEIGA, H.M.S. Utilização dos testes psicológicos no Brasil: dados de estudo preliminar em Brasília. **In Avaliação psicológica : formas e contextos**. Vol IV. Associação dos Psicólogos Portugueses, 1996.

BOINS, L.N.; REGIER, D. A. **Psychiatric Disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study**. New York: The Free Press, 1991.

BERNIK, M.. Relevância médico-social do transtorno de pânico. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 28(1) : 5-8, 2001.

BREIER, A .; CHARNEY,D.S.;HENINGER, G.R..Agoraphobia with panic attacks. **Arch. Gen. Psych.**, 43:1029-1036, 1986.

CAETANO, D..Relação entre Ataque de Pânico e Depressão.**Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 34(1):17-24,1985.

CAETANO, D.. Comparação entre pacientes com Desordem de Pânico e Prolapso de Valva Mitral e aqueles com Desordem de Pânico e sem Prolapso de Valva Mitral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 35(1) :53-59,1986.

CASSANO, G. B.; CIONI, P.; PERUGI, G.; POLI, E..**Manuale de Psichiatria**. Torino, Ed. UTET, 1994.

CASSANO, G.B.; NICHELINI, S.; SHEAR, M.K.; COLI, E.; MASER, J.D.; AND FRANK, E.. The Panic-Agoraphobic Spectrum: a Descriptive Approach to the Assessment and Treatment of Subtle Symptoms. **Am J Psychiatry**, 154:27-37,1997.

CASSANO, G. B.; ROTONDO, A .; MASER, J.D.; SHEAR, M.K.; FRANK, E.; MAURI, M.; DELL'OSSO, L.. The Panic-Agoraphobic Spectrum: Rationale, Assessment and Clinical Usefulness. **CNS Spectrums**, 3:49-57,1998.

Conselho Federal de Psicologia. O Conselho avalia a qualidade dos testes psicológicos. **Jornal Federal**. no. 73: edição novembro 2002. Disponível em: Pol psicologia online <<http://www.200.199.243.195/noticias/materia.cfm?id=41&materia=158>> Acesso: 12/2004.

CRUZ, A .P.M .; ZANGROSSI, H.J.; GRAEEF, F.G. Psicologia da Ansiedade. In Rangé, B. **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, Editorial Psy, 302-312, 1995.

EDLUND, M.J. ; SWANN, A . C.. The economic and social costs of panic disorder. **Hosp. Community Psychiatry**, 38 (12):1277-9, 1987.

FRANK, E.; CASSANO, G.B.; SHEAR, M.K.; ROTONDO, A .; DELL'OSSO, L.; MAURI, M.; MASER, J.; GROCHOCINSKY, V.. The Spectrum Model: A More Coherent Approach to the Complexity of Psychiatric Symptomatology. **CNS Spectrums**, 3:23-34,1998.

FREUD, S. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**. Tradução Jayme Salomão, Rio de Janeiro, Imago, 1976.

- GEORGE, D. & MALERRY, P.. In: GLIEM, J.A .; GLIEM, R. R. **Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alfa Reliability Coefficient for Likert-Type Scales** . Conference - Ohio University, 2003. p.82-88.
- GENTIL, V..Ansiedade e Transtornos Ansiosos. In: **Pânico, Fobias e Obsessões**. Edusp-1997. p. 29-36.
- GENTIL, V. e ROSSO, M.C.. Atualização sobre a Síndrome do Pânico. Parte I. Conceito e Bases Biológicas. **Rev. Psiq. Rio Grande do Sul**, 9:49-58, 1987.
- GENTIL, V.. Guess Editorial :Towards an Integrated Model for Panic Disorder. **Stress Med.**, 4: 131-133, 1988.
- GOMES DE MATOS, E.. **Contribuições ao estudo do distúrbio do pânico e prolapso da valva mitral**.Campinas, 1992.(Tese–Doutorado-Universidade Estadual de Campinas).
- GOMES DE MATOS, E.; GOMES DE MATOS, E. Jr.; GOMES DE MATOS,T..Estudo prospectivo do tratamento e da evolução de pacientes com asma brônquica e transtorno de pânico. **Revista Brasileira de Medicina**, 60:23-28, 2003.
- GOMES DE MATOS, E.; JORGE, P.A.F.; PIEDRABUENA, A .F.; GOMES DE MATOS, E.J.. Distúrbio de Pânico e Prolapso da Valva Mitral: Investigação Clínica e Eletroencefalográfica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 45:219-225, 1996.
- GOMES DE MATOS, E.; SARDELLI, R. L; PATUTTI, C. A; GODOY, A . P.; STELLA, C.V. . Mesa Redonda. In: I Congresso Brasileiro de Psicologia, 2002, USP. Estudos Clínicos de Pacientes com Transtorno de Pânico (NATA) UNICAMP, São Paulo. C12.
- GORENSTEIN, C. ; ANDRADE, L.H.S.G. ; ZUARDI, A .W..**Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000.
- HARPER,W.B.J.; RALPH, W.. **Pesquisa Mercadológica: texto e casos**. 7.^a Edição. Editora da FGV, Rio de Janeiro, Brasil, 1987.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo/revista.shtm>. Acesso em: Dezembro, 2002.

- KATERNDAHL, D. A. Panic attacks: Psychologic response or medical illness? **Postgrad Med.**, 75:261-8, 1984.
- KESSLER, R.C.; McGONAGLE, K.A. Lifetime and 12-month Prevalence of DSM-III-R. Psychiatric Disorders in the United States: Results from the National Co-morbidity Survey. **Arch. Gen. Psychiatry**, 51:8-19, 1994.
- KIMBERLY, A .Y.; CARON, Z.; JENIFER A.B.; MEREDITH, M. S. S.; SHEA T.; KELLER, M. B..Is the Course of Panic Disorder the same in Women and Men? **Am. J Psychiatric**, 155:596-602, 1998.
- KLEIN, D.F.. Delineation of two drug responsive anxiety syndromes. **Psychopharm**, 5: 397-408, 1964.
- KLEIN, D.F. Anxiety reconceptualized. **Anxiety**, 235-63,1981.
- KRYSTAL, J.H.; WOODS, S.W.; HILL, C.L.; CHARNEY, D.S.. Characteristics of panic attack subtypes: assessment of spontaneous panic, situational panic, sleep panic and limited symptoms panic. **Comprehensive Psychiatry**, 32: 474-480, 1991.
- LOTUFO-NETO, F.; GENTIL,V.; BERNIK, A. (orgs). **Pânico, Fobias e Obsessões: A experiência do projeto AMBAN**. Terceira edição - São Paulo: (Edusp) Ed. da Universidade de São Paulo, 1997.
- MARKS, I. ; LADER, M.. Anxiety States: A Review. **J. Nerv. Ment. Dis.**, 156:3-18, 1973.
- MARKS, I. M. e HERST, E. R.. A Survey of 1200 Agoraphobics in Britain. **Social Psychiatry**, 5: 16-24, 1970.
- MARKOWITZ, J.S.; WEISSMAN, M.M.; OUELLETTE, R.; LIST, J.D.;KLERMAN, G.L. Quality of life in panic disorder. **Arch Gen Psychiatry**, 46(11):984-992, 1989.
- NARDI, A . E.. Comentários do debatedor: escalas de avaliação. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 25(6):331-333, 1998.
- NATIONAL HEALTH INTERVIEW SURVEY (NHIS), 2002. Disponível em: www.cdc.gov/nchs/nhis.htm . Acesso em: Agosto de 2003.

NORONHA, A.P.; ALCHIERI, J.C. Reflexões sobre os Instrumentos de Avaliação Psicológica. In: R. Primi. (org.). **Temas em Avaliação Psicológica**. IBAP. Campinas: Impressão Digital do Brasil Ltda. 2002. p. 7-16.

PASQUALI, L. (org.). **Técnicas de Exame Psicológico**. Vol. I: Fundamentos das Técnicas de Exame Psicológico. LabPAM, *PROAV*. São Paulo: Casa do Psicólogo, Conselho Federal de Psicologia, 2001.

PERUGI, G. Distúrbio D'Ansia. In: CASSANO G.B. **Manuale di Psichiatria**. Torino: Unione Tipografica-Editrice Torinese, 355-390, 1994.

PINI, S.; MASER, J.D.; DEL'OSSO, L.; CASSANO, G. B. . Origins of the Panic-Agoraphobic Spectrum and its Implications for Comorbidity. **CNS Spectrums**, 3:35-48, 1998.

PITTS, F. & McLURE, J.. Lactate metabolism in the anxiety disorder. **New England Journal of Medicine**, 277:1329-1336, 1967.

REGIER, D. A .; MYERS, J. K. e KRAMER, M. et al.. The NIMH Epidemiologic Catchment Area (ECA) Program : Historical Context, Major Objectives and Study Population Characteristics. **Arch. Gen. Psychiatry** , 41:941-943, 1984.

REGIER, D.A.; BOYD, J.H.; BURKE, J.D.; ERA, D.S.; MYERS, J.K.; KRAMER, M.K.; ROBINS, L.N.; GEORGE, L.K.; KARNO, M. ; LOCKE, B.Z.. One Month Prevalence of Mental Disorders in the United States. **Arch. Gen. Psychiatry**, 45:977-986, 1988.

Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. **Organização Mundial da Saúde**: Genebra, 2001.

SOUZA, A .. Pânico, agorafobia e ansiedade de separação: o revelar do comportamento de apego. Campinas, 2001 (Tese de Doutorado, Unicamp – FCM).

SHEAR, M.K.; FRANK, E.; RUCCI ,P.; FAGIOLINI, A.; GROCHOCINSKI, V.J.; HOUCK, P.. Panic-agoraphobic spectrum: reliability and validity of assessment instruments. **J Psich Research**, 35:59-66, 2001.

SHEAR, M.K.; CASSANO, G.B.; FRANK, E.; RUCCI, P.; ROTONDO, A. ; FAGIOLINI, A. The panic-agoraphobic spectrum: development, description, clinical significance. **Psychiatr Clin North Am**, 25:739-756, 2002.

SHEEHAN, D.V..**The Anxiety Disease**.Charles Semhner's Son, 1983.

SNEDECOR, G. W.; COCHRAN, W. G. **Statistical methods**, 6.^a Edição. The Iowa State University Press, Ames, EUA, 1974.

UHDE, T.W.; NEMIAH, J.C.. Panic and Generalized Anxiety Disorders. In Kaplan H, Sadock B.J. eds.: **Comprehensive Textbook of Psychiatry Baltimore**, William & Wilkinns, 1989.

UHLENHUTH, U. D.; BALTER, M. B. ; MELLINGER, G. D. Symtoms check list syndromes in the general population : Correlations with Psychotherapeutic drug use. **Arch. Gen. Psychiatry**, 40: 1167-1173, 1983.

VERSIANI, M. In:**Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000.

VON KORFF, M.R.; EATON, W.W.; AND KEYL, P.M.. The Epidemiology of Panic Attacks and Panic Disorders Results of Three Community Surveys. **Am J. Epidemiol**, 122:970-981, 1985.

WEISSMAN, M.M.; MERIKANGAS, K.R.. The epidemiology of anxiety and panic disorders: an update. **Journal of Clinical Psychiatry**, 47:11-17, 1986.

WITTCHEN, H.U.; REED, V.; KESSLER, R.C.. The relationship of agoraphobia and panic in a community sample of adolescents and young adults. **Archives of Gen Psychiatry**, 55:1017-1024, 1998.

World Health Organisation (WHO). The International Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Geneve; WHO ;1992.

8- ANEXOS

ANEXO 1

Estudo piloto realizado em 2002

Considerando o escore total de cada questionário (soma das respostas afirmativas), é possível efetuar uma primeira avaliação sintética dos resultados. Sendo cada pergunta relativa a presença de um sintoma, a pontuação total avalia globalmente o número de sintomas presentes.

A pontuação total média da amostra examinada foi de 36.1 +/- 21.5.

Na tabela 1 estão descritos os resultados globais, desagregados por sexo.

A pontuação significativamente maior entre as mulheres é coerente com todos os dados da literatura. Nenhuma diferença significativa foi observada em relação a outros parâmetros analisados tais como :- instrução, estado civil, idade, ocupação e raça.

Tabela 1- Resultados globais e desagregados por sexo na pontuação total do estudo piloto.

PAS-SR

Todos	36,1 ± 21,5	
Homens	28,7 ± 21,8	
Mulheres	39,6 ± 19,3	*

Comparação estatística : * = P<0,001

Valores médios (± d.p.) na pontuação total do questionário

Na figura 1 está representada a curva de frequência dos valores do escore total do PAS-SR. A distribuição é claramente multimodal, um dos pontos de flexão da curva ao redor do valor 35, corresponde à descrição do estudo de Frank E. e cols.,2001.

Foi realizado um estudo piloto com 60 sujeitos brasileiros de ambos os sexos, aplicando o questionário PAS-SR.

A aplicação foi efetuada com a presença de um psicólogo que explicou as normas de preenchimento, solicitou a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e esteve presente durante toda a realização da aplicação para solucionar duvidas. Ao final da aplicação solicitou o parecer dos sujeitos submetidos ao PAS-SR.

Quadro 1- Composição da amostra do estudo piloto

Sujeitos N= 60 ;

Sexo : Homens=19 , Mulheres=41

Idade: $33,0 \pm 11,8$ (média $\pm$ desvio padrão)

Instrução: I grau = 10; II grau = 23; III grau = 25

Estado civil: Casados = 21; Solteiros = 30; Divorciados = 8; Viúvos = 1

Cor: Brancos=50; Outros=10

No quadro 1 está descrita a composição da amostra que tem uma idade média igual há 33.0 anos com desvio padrão de ± 11.8 . Conforme podemos notar a população apresenta diferentes graus de escolaridade. Isto é muito importante para a avaliação da facilidade de compreensão do questionário.

O PAS-SR foi respondido pelos sujeitos da amostra (estudo piloto), em um tempo médio de 45 minutos.

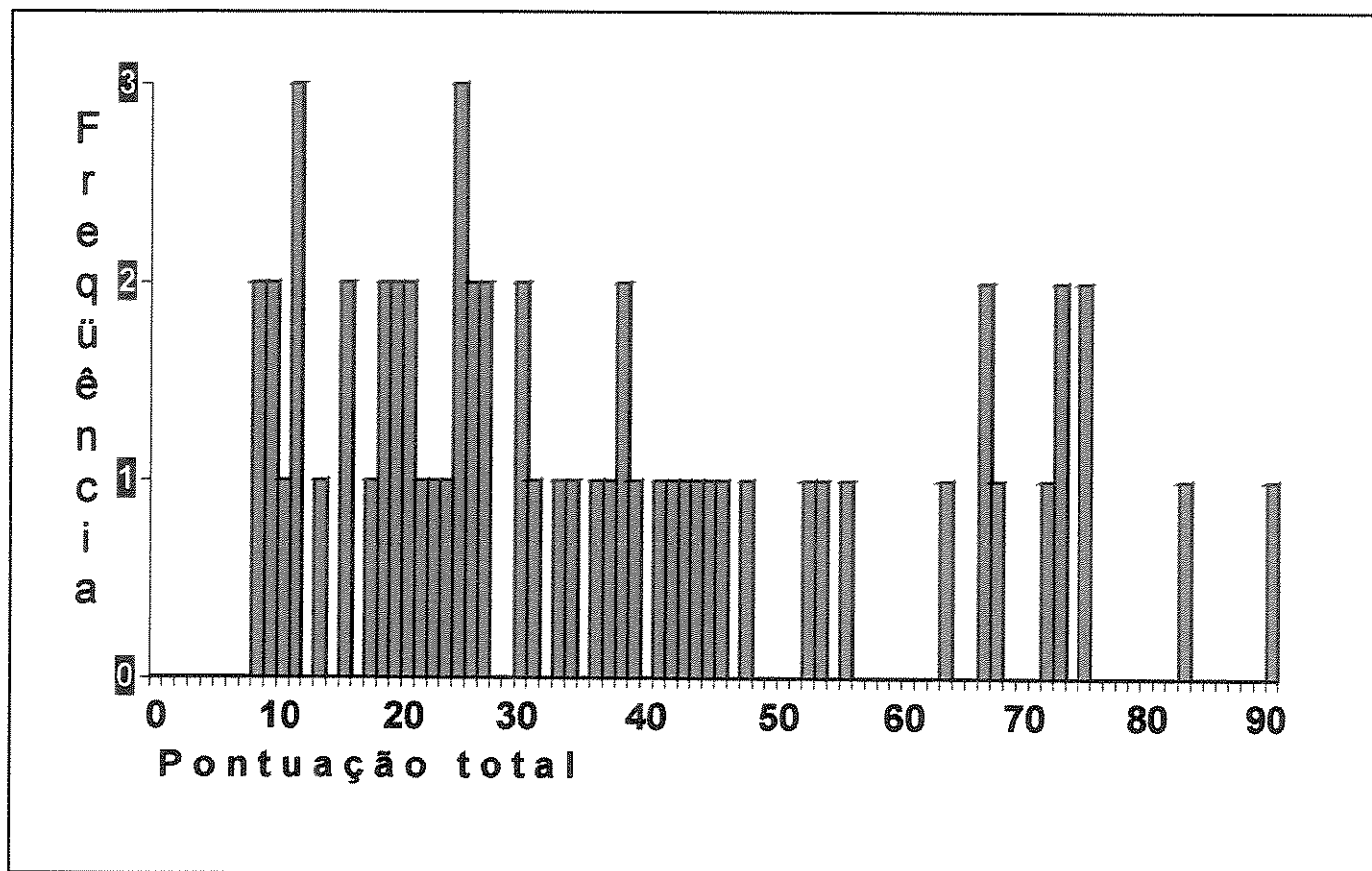


Figura 1 - Distribuição do escore total na amostra do estudo piloto

Tabela 2- Comparação entre estudos

Domínios	Nosso		Cassano et al.*	
	Estudo Piloto			
Sensibilidade à Separação	43	%	22	%
Sintomas do Pânico	37	%	36	%
Sensibilidade ao Estresse	39	%	46	%
Sensibilidade aos Fármacos	19	%	14	%
Expectativa Ansiosa	41	%	62	%
Agorafobia	27	%	30	%
Fobia e Hipocondria	35	%	*	
Sensibilidade ao Reasseguramento	23	%	17	%

* Domínio não avaliado na amostra de CASSANO et al. (1998)

A realização do estudo piloto teve como objetivo principal possibilitar o contato dos pesquisadores com o material traduzido em sua primeira versão.

Foram coletadas algumas informações após o término do estudo e decidiu-se fazer três (3) alterações em relação ao texto traduzido em sua primeira versão:

- A primeira foi em relação ao entendimento da questão número 33 na qual originalmente se encontrava o termo “pernas de pau”, mudado para “pernas duras”, porque em muitos casos os sujeitos não entendiam e foi necessária explicação;
- A segunda foi em relação a situações climáticas: foi retirado da questão número 39 o termo “situações nevadas” por esta condição ser muito rara em nosso meio e;
- A terceira foi a inclusão de um termo na questão 47: foi acrescentado “cola de sapateiro” pois entendeu-se ser esta uma substância muito utilizada como droga em nosso país.

ANEXO 2



Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria
NATA –Núcleo de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade
Coordenador Prof Dr Evandro Gomes de Matos

PAS-SR

Questionário de AUTO-AVALIAÇÃO PARA O SPECTRUM PÂNICO-AGORAFÓBICO PANIC-AGORAPHOBIC SPECTRUM – SELF REPORT (PAS-SR)

Lifetime + Último mês

NÃO ABRA O CADERNO ANTES QUE LHE PEÇAM

Instruções

De início leia o modelo de consentimento livre e esclarecido e, na medida em que aceitar, complete e assine o mesmo. Este questionário contém proposições que podem ou não aplicar-se a você. As perguntas que seguem referem-se à algumas situações que você pode ter tido na sua infância ou também durante outros períodos da sua vida e no último mês. Gostaríamos que respondesse as questões marcando com um X no quadrado (☐) das respostas escolhidas. Nem todas as perguntas referem-se a sintomas específicos de doenças. De a sua própria opinião sendo o(a) mais verdadeiro(a) possível. Na primeira página complete todos os dados solicitados e indique somente suas iniciais, não colocando seu nome e sobrenome completo. Procure não deixar questões sem resposta, leia atentamente cada uma delas. Ao marcar Não ☐ ou Sim ☐ verifique a correspondência entre a proposição e sua resposta. Caso tenha alguma dúvida pergunte à psicóloga presente à aplicação.

MEDIANTE SOLICITAÇÃO DO APLICADOR ABRA O CADERNO E COMECE

Esta edição do PAS-SR (versão 1.3) está em fase de adaptação, padronização e validação para o português, com o objetivo de ser publicada para uso geral no Brasil. Edições atualizadas serão emitidas na medida em que as alterações forem sendo feitas.

A reprodução é proibida sem a autorização dos tradutores.

Tradução efetuada por: Lílana Ravera, Giovanni D'Agostino e Lionela Ravera Sardelli

MOOD ANXIETY SPECTRUM PROJECT

Cassano G.B., Dell'Osso L., Frank E., Maser J.D., Mauri M., Shear K.M.

**UNICAMP - Faculdade de Ciências Médicas –
Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria
NATA – Núcleo de Atendimento dos Transtornos de
Ansiedade**

Coordenador Dr. Prof. Evandro Gomes de Matos

Tradução feita para o português por:-

Liliana Ravera, Giovanni D’Agostino e Lionela Ravera Sardelli

**QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO PARA O
SPECTRUM PÂNICO-AGORAFÓBICO**

PAS-SR – Lifetime + Último mês

MOOD ANXIETY SPECTRUM PROJECT

Cassano G.B., Dell’Osso L., Frank E., Maser J.D., Mauri M., Shear K.M.

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO PARA O SPECTRUM PÂNICO-AGORAFÓBICO

PAS-SR – Lifetime + Último mês

Data: ____/____/200__

Protocolo PAS _____HC _____

Nome e Sobrenome / Iniciais:

Cidade _____

Idade: ____ anos

Sexo: M ☐ F ☐

Raça: Branca ☐ Negra ☐

Parda ☐ Amarela ☐

Estado civil:

Casado ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Separado ☐

Grau de Instrução: I grau ☐ II grau ☐ Universitário ☐ Analfabeto ☐

Ocupação: .

Estudante ☐

Desempregado ☐

Prendas domésticas ☐

Operário, empregada doméstica ☐

Comerciante, artesão ☐

Empregado, professor, militar ☐

Empresário, profissional liberal ☐

Aposentado ☐

Doenças:

Diabetes ☐

Disfunção da tireóide ☐

Cardiopatia congênita ☐

Ac. vascular cerebral ☐

Asma, broncopatias ☐

Ansiedade, pânico ☐

Tentativa de suicídio ☐

Hipertensão ☐

Infarto Miocárdio ☐

Outras cardiopatias ☐

Tumores ☐

Fobias ☐

Depressão ☐

As perguntas que seguem referem-se a algumas situações que você pode ter tido na sua infância ou também durante outros períodos da sua vida. Se a sua resposta é 'Sim' gostaríamos de saber se teve esses sintomas no último mês. Gostaríamos que respondesse as questões marcando com um X no quadrado (□) das respostas escolhidas.

Nem todas as perguntas referem-se a sintomas específicos de doenças.

As perguntas que seguem referem-se a sensações que você pode ter sentido durante sua vida e no último mês.

Durante sua vida alguma vez você sentiu um intenso desconforto.

1... quando foi separado(a) ou pensou em ser separado(a) de sua casa ou das pessoas queridas (por ex. quando tinha que permanecer com um parente) Não□ Sim□
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não□ Sim□

2... ao pensamento de poder perder seus pais ou uma pessoa querida ou que pudessem ocorrer a eles algo de ruim (por ex. você se preocupou muito se ou eles ficaram ou se um deles adoeceu) ?

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não□ Sim□

3... ao pensamento que algo de ruim pudessem separar você das pessoas que lhe são queridas (por ex. perder-se ou ser raptado) ? Não□ Sim□
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não□ Sim□

4... ao pensamento de separação quando você tinha que ir à escola (ou ao trabalho) Não□ Sim□
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não□ Sim□

5... quando ficou só sem um dos pais ou uma pessoa querida em casa ou outros lugares Não□ Sim□
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não□ Sim□

6... quando se deixou sentir alguém perto ou teve que dormir fora de casa Não□ Sim□
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não□ Sim□

7... sentiu-se nervoso(a) ou desconfortável ou evitou ir para a cama por medo de ter um ataque de pânico ou sentir-se mal e poder morrer? Não□ Sim□
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não□ Sim□

8... Teve pesadelos ou pensamentos recorrentes de ser separado(a) de sua família (por ex. pesadelos com incêndios, homicídios ou outras catástrofes) ? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

9... Teve sintomas físicos quando foi separado(a) de pessoas queridas ou quando pensou que isso pudesse acontecer (por ex. dor de cabeça, dor de estômago, náusea ou vômito) ? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

10... Fica muito preocupado(a) ao ser separado(a) de seus entes queridos durante condições climáticas particulares (por ex. durante um temporal, um vendaval)? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

As perguntas que seguem referem-se a como você enfrentou o fim de um relacionamento.

Durante sua vida alguma vez ...

11... você teve uma ligação sentimental ou de amizade que depois de interrompida, pode dizer ter tido notável dificuldade para aceitar o fim desta ligação? Não ☐ Sim ☐
☐ Não tive uma ligação que terminou
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐
☐ Não tive uma ligação que terminou no último mês

12... Aconteceu de continuar a ter relacionamentos com alguém, mesmo que não mais lhe interessasse, para não correr o risco de ficar só ? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

13... Se você se submeteu a uma psicoterapia, teve dificuldade para terminá-la ou teria continuado as sessões mesmo que o psicoterapeuta considerasse que você não tinha mais necessidade das mesmas? Não ☐ Sim ☐
☐ Não me submeti a uma psicoterapia
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐
☐ Não me submeti a uma psicoterapia no último mês

14... Se você perdeu uma pessoa querida, pode dizer ter tido dificuldades para aceitar a morte? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

15... O que você pensa dos animais domésticos? É o tipo de pessoa que se afeiçoa de tal forma ao seu animal, a ponto de sofrer de modo excessivo pela sua morte ou seu desaparecimento?

Não ☐ Sim ☐

☐ Não tive animais domésticos.

Se você respondeu Sim: isso ocorreu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

As perguntas que se seguem referem-se a sintomas que você pode ter tido no decorso da sua vida e no último mês, sintomas que tenham aparecido inesperadamente, de forma inesperada. Estes sintomas podem ter ocorrido também durante o sono.

Para as mulheres: Responda sim também se estes sintomas apareceram somente na ocorrência do ciclo menstrual, no parto, ou pós-parto.

Nota: Não considere os sintomas que podem representar uma resposta fisiológica normal (por ex. batimentos cardíacos acelerados durante uma corrida) Não considere nem os sintomas que podem estar associados a uma condição médica clara, na qual as palpitações se você sabe ser portador de uma arritmia cardíaca, ou temore se tiver febre.

Durante sua vida alguma vez lhe ocorreu inesperadamente, ou de forma inesperada de ...

16 ... ter palpitações ou sentir seu coração na garganta?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

17 ... começar a suar?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

18... tremer ou sobressaltar-se?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

19... sentir falta de ar?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

20... sentir-se sufocar?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

21... sentir dor ou peso no peito?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

22... ter náusea, dor de estômago, ou diarreia?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

23... sentir-se confuso(a), instável, como se estivesse para desmaiar?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

24... ter a impressão que as coisas ao seu redor não fossem mais familiares, mas irreais e estranhas ?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

25... sentir-se separado(a) de seu corpo ou de partes do mesmo ?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

26... ter a sensação de estar ao ponto de perder o controle ou enlouquecer ?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

27... sentir-se a ponto de morrer ?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

28... ter uma sensação de torpor ou formigamento em alguma parte do corpo ?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

29... ter arrepios de frio ou acessos de calor ?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

As perguntas que seguem referem-se a sintomas que você pode ter tido durante sua vida e no último mês.

Durante sua vida alguma vez você sentiu-se...

30... confuso(a) ou atordoado(a) ?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

31... desorientado(a) como se tivesse perdido os pontos de orientação ?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

32... como se estivesse andando sobre borracha ou estivesse com as pernas bambas?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

33... como se estivesse caminhando com dificuldade ou tivesse pernas duras ?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

34... como se não pudesse controlar-se no urinar ou defecar?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

35... ao ponto de perder o controle sobre suas próprias ações? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

36... nervoso(a), desconfortável, ou como se estivesse para sufocar, por causa do calor, do ar poluído ou úmido, de perfumes ou outros cheiros, mesmo que não fortes? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

37... nervoso (a) ou desconfortável no escuro? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

38... nervoso(a) ou desconfortável por ruídos, mesmo que não fortes? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

39... nervoso(a) ou desconfortável perante perspectivas indefinidas como o oceano, mar aberto?
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

40... como se algo tivesse se rompido em seu cérebro ou em seu corpo? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

41... como se tivesse perdido a visão ou a audição? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

42... você teve sintomas de pânico durante o sono? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

As próximas perguntas referem-se a sintomas abaixo enumerados e que você pode ter tido durante sua vida e no último mês : palpitações, sudorese, tremores, sobressaltos, falta de ar, suor frio, suplicamento, dor no peito, náusea, diarreia, vertigens, desmaios, formigamento, entorpecimentos, enrubescimento, arrepios, confusão, desorientação, perda de controle ao urinar, perda de controle no defecar, perda de controle.

Durante sua vida você alguma vez percebeu que aqueles sintomas por nós já discutidos apresentaram-se ..

43... muito facilmente mediante uma situação de stress, mesmo se o stress associado não era tão intenso (por ex. um período de trabalho excessivo, problemas familiares, ter dormido menos que o habitual ou mudanças na rotina diária)? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

44... logo após uma situação estressante, por ex. depois de ter resolvido um problema difícil ou superado uma prolongada e difícil situação, como após ter saído de uma rodovia ou ter deixado um local lotado?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

Durante sua vida você sentiu os sintomas acima quando usou...

45... café, chá ou outras substâncias que contêm cafeína?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

46... fármacos para a tireóide, para gripe, spray nasais, medicamentos antidepressivos?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

47... cocaína, anfetaminas (ex Ecstasy), cola de sapateiro, ou outras drogas estimulantes?

Não ☐ Sim ☐

☐ Nunca fiz uso destas substâncias

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

☐ Não fiz uso destas substâncias no último mês

48... qualquer medicamento ou outra substância?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

Durante sua vida você tomou ou evitou...

49... tomar os medicamentos prescritos por medo que lhe fizessem mal. Preocupou-se de ser hipersensível aos efeitos colaterais ou "alérgico"?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

50... tomar os medicamentos prescritos porque poderiam fazê-lo perder o controle ou mudar sua personalidade?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

51... tomar os medicamentos prescritos porque pudessem causar-lhe um dano cerebral permanente?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

Durante sua vida alguma vez você temeu ou evitou ...

52... submeter-se à anestesia ou tomar comprimidos para dormir por medo de sentir-se mal ou morrer? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

☐ Não dirigi no último mês

53... Você lê a bula dos medicamentos muito atentamente e com grande atenção porque sente-se nervoso ou desconfortável quando deve tomar medicamento? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

54... Você se preocupou muito de poder ter um dos sintomas acima descritos ou se preocupou no que poderia significar para sua saúde física ou mental tê-los? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

55... sentiu-se ansioso ou desconfortável tendo que enfrentar ou imaginar enfrentar situações similares às aquelas nas quais teria sentido os sintomas acima descritos? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

Durante sua vida alguma vez você se preocupou muito que pudesse ter algo de terrivelmente errado..

56... que você não conseguia definir e perante o qual sentia-se impotente e indefeso? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

57... Temeu que estivesse para ocorrer algo de terrível para sua saúde, como um ataque cardíaco ou um derrame ou que estivesse sufocando ou morrendo? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

58... Preocupou-se muito que estivesse para ocorrer algo de terrível para sua mente como perder o controle de seus pensamentos ou ações? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

As perguntas que seguem referem-se a lugares ou situações em que você pode ter-se sentido ansioso, desconfortável, ou mesmo ter evitado.

Durante sua vida alguma vez você evitou ou ficou ansioso ou desconfortável ...

59... quando esteve fora de casa ou mesmo longe de casa? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

60... quando esteve em casa sozinho(a)? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

61... quando esteve em um lugar lotado? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

62... quando esteve sobre uma ponte ou teleférico (bondinho)? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

63... quando esteve em locais fechados (como túnel, metrô, ônibus ou trem)? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

64... quando esteve em um elevador? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

65... dirigindo um carro? Não ☐ Sim ☐
☐ Nunca dirigi

Nota: não por medo de um acidente

66... dirigindo um carro em uma rodovia? Não ☐ Sim ☐
☐ Nunca dirigi em uma rodovia

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐
☐ Não dirigi em uma rodovia no último mês

67... encontrando-se em espaços abertos ou a céu aberto? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

68... viajando de carro, como passageiro(a), ou em ônibus, ou trem, ou avião? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

69... estando em uma gestão pública? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

70... em locais ou situações nas quais pensou que os sintomas que falamos precedentemente
pudessem estar afetando você? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

71... indo ao dentista, porque se sentia preso(a) na cadeira ou porque se sentia sufocar
durante a cirurgia? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

Nota: não por medo da dor, ou da anestesia, ou de ser contaminado

72... indo ao cabeleireiro ou barbeiro porque se sentia preso(a) ou sufocado(a) na cadeira?
Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?
Não ☐ Sim ☐

73... encontrando-se em locais ou situações nas quais tinha medo de perder-se, mesmo se não fosse razoável pensar nisso ?
Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?
Não ☐ Sim ☐
Nota: não somente em locais desconhecidos

74... Submetendo-se a procedimentos médico-diagnósticos como EEG, TCC, RMN, porque se sentia preso(a)?
Não ☐ Sim ☐
☐ Nunca me submeti à nenhum desses procedimentos
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?
Não ☐ Sim ☐
☐ Não me submeti à nenhum desses procedimentos no último mês

75... usando cinto de segurança porque se sentia preso(a)?
Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?
Não ☐ Sim ☐

76... usando anéis ou colares por causa da sensação de constrição?
Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?
Não ☐ Sim ☐

77... usando blusas de gola alta, gravatas, ou roupas justas pela sensação de sufocar?
Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?
Não ☐ Sim ☐

78... engolindo ou vomitando por medo de sufocar?
Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?
Não ☐ Sim ☐

79... tendo relações sexuais e sentir-se mal durante o ato?
Não ☐ Sim ☐
☐ Nunca tive contatos sexuais
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?
Não ☐ Sim ☐
☐ Não tive contatos sexuais no último mês

80... nadando ou aprendendo a nadar sob a água?
Não ☐ Sim ☐
☐ Nunca nadei
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?
Não ☐ Sim ☐
☐ Não nadei no último mês

81... indo a locais onde pensava que pudesse acontecer de ser enterrado vivo(a), mesmo se essa possibilidade fosse extremamente improvável? Não ☐ Sim ☐

☐ Nunca fui em tais locais

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

☐ Não fui em tais locais no último mês

82... indo a locais sem estar certo de que tivesse à disposição um banheiro (WC)?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

83... encontrando-se em outras situações ou locais nos quais poderia sentir-se preso(a) ou em que poderia sentir-se mal sem poder receber auxílio?

Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

As perguntas que seguem referem-se a preocupações e relações que você pode ter ouvido falar ou pensado em relação às doenças

Durante sua vida você já se preocupou ...

84... em ter uma grave doença física quando ouviu falar de alguém que estivesse doente? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

85... em ter uma grave doença mental, quando ouviu dizer que alguém a tivesse? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

86... em ler artigos de medicina ou ouvir alguém falar de assuntos médicos? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

87... em ler os resultados dos exames ou controlar a pressão arterial ou batimentos cardíacos? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

88... em ver instrumentos médicos (por ex. bisturi), ou encontrar-se em ambientes médicos (por ex. hospital ou pronto socorro)? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês?

Não ☐ Sim ☐

As perguntas seguintes referem-se a sintomas abaixo enumerados e que você pode ter tido durante sua vida: *palpitações, sudorese, tremores, sobressaltos, respiração curta, sufocamento; dor no peito, náusea, diarreia, vertigens, desmaios; formigamento, entorpecimentos, enrubescimento, arrepios, confusão, desorientação; perda de controle no urinar, perda de controle no defecar, perda de controle.*

Durante sua vida, alguma vez você :

89... sentiu necessidade de ser confortado(a) ou reasegurado(a) pelos amigos ou familiares? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

90... procurou ajuda de seus familiares, amigos ou vizinhos de casa devido a seus sintomas? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

91... quando teve necessidade de ajuda e conforto foi facilmente reasegurado(a)? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

92... recorreu ao pronto socorro ou chamou médico pela necessidade de reaseguramento? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

93... pediu para ser internado(a) no hospital, para sentir-se protegido(a) ou reasegurado(a), mesmo se o médico não considerou necessário? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

94... pediu que lhe fosse medida repetidamente a pressão arterial ou controlados os batimentos cardíacos mesmo se o médico não considerou necessário? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

95... pediu repetidamente para ser submetido(a) a procedimentos diagnósticos particulares (por ex. angiografia ou ecografia) mesmo quando o médico não considerou necessário? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

96.. pediu para ser submetido(a) a exames de laboratório mesmo quando seu médico não considerou necessário? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

97.. teve necessidade de ficar com alguém a maior parte do tempo? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

98.. teve necessidade de saber que tivesse um médico ou um pronto socorro quando foi a um local desconhecido? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

99... teve necessidade de sentar-se perto da saída quando foi a um cinema, teatro, igreja ou locais similares? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

100.. teve necessidade de ter consigo um telefone celular ou controlar que tivesse um telefone público onde estava indo? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

101.. teve necessidade de assegurar-se de ter no bolso ou bolsa tranquilizantes, mesmo que não prescritos pelo médico ou prescritos no passado, e que não eram mais necessários? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

102... teve necessidade de levar consigo uma garrafa de água quando foi a algum lugar? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

103... teve necessidade de levar consigo uma bengala ou sombrinha (guarda-chuva)? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

104... teve necessidade de levar consigo seu cão? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

105... teve necessidade de usar um boné quando saiu? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

106... teve necessidade de levar consigo balas ou goma de mascar quando saiu? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

107... teve necessidade de levar consigo um amuleto? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

108... teve necessidade de usar óculos escuros mesmo em ambientes pouco iluminados? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

109... teve necessidade de usar bebidas alcóolicas ou sedativos? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

110... teve necessidade de estabelecer com médicos relacionamentos de modo para estar seguro que tomariam conta de você? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

111... teve necessidade de ter sempre uma luz acesa no seu quarto para poder adormecer? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐
As perguntas que se seguem referem-se à forma como comunica seu desconforto aos outros.

Durante sua vida, alguma vez você:

112... sentiu-se como se tivesse exagerado seus sintomas para estar seguro(a) que os outros entendessem plenamente seu sofrimento? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

113... sentiu-se como se tivesse exagerado seus sintomas para receber reassseguramento ou ajuda de quem precisava? Não ☐ Sim ☐
Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

114... sentiu-se não autêntico(a), como se estivesse interpretando um papel para receber o reasseguramento e a ajuda que precisava? Não ☐ Sim ☐

Se você respondeu Sim: isso aconteceu no último mês? Não ☐ Sim ☐

Nota: O sentir-se não autêntico faz especificamente referência ao fato de fingir ou inventar os sintomas

REPRODUÇÃO PROIBIDA

ANEXO 3

Domínios e Subdomínios do Spectrum do Pânico-Agorafóbico

Domínios				Subdomínios		Qtões
I. Sensibilidade à separação				Ansiedade de separação		1 a 10
				Sensibilidade à perda		11 a 15
II. Sintomas do pânico				Sintomas típicos		16 a 29
				Sintomas atípicos		30 a 42
III. Sensibilidade ao estresse						43 a 44
IV. Sensibilidade aos fármacos				Sensibilidade à substâncias		45 a 48
e outras substâncias				Fobia aos fármacos		49 a 53
V. Expectativa ansiosa				Ansiedade antecipatória		54 a 55
				Estado de alarme		56 a 58
VI. Agorafobia				Agorafobia típica		59 a 70
				Agorafobia atípica		71 a 83
VII. Fobia as doenças e hipocondria						84 a 88
VIII. Sensibilidade ao reassseguramento				Procura de ajuda		89 a 96
				Medidas contrafóbicas		97 a 111
				Dramatização		112 a 114
Total						114

ANEXO 4

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

para pesquisas com seres humanos

Nome do projeto: **Spectrum do Pânico-Agorafóbico**

-um estudo na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil

Nome do responsável pela pesquisa: **Lionela Ravera Sardelli**

Nome do Co-orientador da Pesquisa: **Prof. Dr. Evandro Gomes de Matto s- UNICAMP**

Nome completo ou Iniciais _____

Idade _____

RG _____

Endereço _____

Cidade de Moradia _____

Nome completo do responsável legal (nos casos de autorização fornecida por responsável, casos de menores de idade) _____

Idade _____

RG _____

Endereço _____

Cidade _____

Grau de parentesco _____

(Prova documental comprobatória de responsabilidade) _____

Esta pesquisa visa conhecer a frequência de alguns sintomas em pacientes/na população em geral, que possuam Transtornos (distúrbios) de Ansiedade e em outros sujeitos (definidos 'grupo controle').

Para este fim traduzimos um questionário já utilizado na Europa e nos USA. Com este teste experimental serão obtidas informações via questionários e entrevistas, sempre efetuados com supervisão por psicólogos qualificados.

O abaixo assinado:

1. aceita livremente participar nesta pesquisa;
2. não aceita automaticamente ser submetido (ou seu representado) a nenhum tipo de terapia (farmacológica ou psicoterápica);
3. neste caso não será exposto (ou o seu representado) a nenhum risco à sua saúde física ou mental;
4. é livre de mudar de idéia a qualquer momento em relação à sua participação nesta pesquisa (por ex. não completando o questionário ou negando-se a responder a outros eventuais questionários que lhe foram apresentados);
5. declara saber que pode formular qualquer pergunta ao entrevistador sendo que este se compromete a mais absoluta sinceridade de resposta;
6. poderá solicitar uma avaliação clínica dos resultados do questionário/entrevista à que se submeteu (ou seu representado);

Os organizadores da pesquisa se empenham ao sigilo e caráter confidencial das informações recebidas, zelando pela privacidade dos entrevistados e garantindo que sua identificação não será exposta nas

conclusões e publicações efetuadas.

Nome e telefone do entrevistador _____

Tel. contato 19 34610357

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP: 19 37888936

Data ____/____/200__

Assinatura do entrevistado(a) _____

Ass.do Responsável pela Pesquisa _____

Lionela Ravera Sardelli

Psicóloga - CRP 06/21686-5

ANEXO 5

Composição da Amostra por região, cidade de procedência, sexo e faixa etária

Cidades e Regiões	16 a 24 anos		25 a 34 anos		35 a 49 anos		50 anos ou mais		Popul. IBGE	
	Total	M	F	M	F	M	F	M		F
Campinas										
T. Região I	166	20	20	20	20	25	25	18	18	969.396
Americana	31	3	4	3	4	5	5	3	4	182.593
N Odessa	9	1	1	1	1	2	2	1	0	42.071
Paulínia	8	1	1	1	1	1	2	0	1	51.326
Sumaré	30	4	3	4	3	5	5	3	3	196.723
Hortolândia	30	3	4	3	4	5	5	3	3	152.523
Monte Mor	7	1	0	1	1	2	1	1	0	37.340
S.B. O.	30	4	3	4	3	5	5	3	3	170.078
T.Região II	145	17	16	17	17	25	25	14	14	832.654
Eng. Coelho	2	0	1	0	0	0	1	0	0	10.033
A. Nogueira	6	1	0	1	1	1	1	0	1	33.124
Cosmópolis	6	1	1	1	0	1	1	1	0	44.355
Holambra	2	0	0	0	1	0	0	0	1	7.211
Sto A.Posse	4	0	1	1	0	1	0	0	1	18124
Jaguariúna	6	1	0	1	1	1	1	0	1	29.597
Pedreira	6	1	1	0	1	1	1	1	0	35.219
T.Região III	32	4	4	4	4	5	5	2	4	177.653
Valinhos	14	2	2	1	2	2	2	1	2	82.973
Vinhedo	8	1	1	1	1	2	1	0	1	47.215
Itatiba	14	1	2	2	2	2	2	2	1	81.197
Indaiatuba	26	3	3	3	3	4	4	3	3	147.050
T.Região IV	62	7	8	7	8	10	9	6	7	358.435
Total Geral	405	48	48	48	49	65	64	40	43	2.338.138

