



**UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – UNIPAC**  
**FACULDADE DE MEDICINA DE JUIZ DE FORA - FAME/JF**



**TRANSTORNO DO PÂNICO EM DEPENDENTES QUÍMICOS, ACOMPANHADOS EM  
INSTITUIÇÕES DE SAÚDE SELECIONADAS NA CIDADE DE JUIZ DE FORA-MG**

Ana Carolina Dias Bahia

Luiza Mendes Mendonça de Souza

Luma Campos Mendes

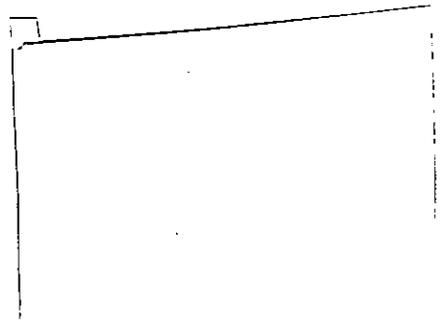
Mariana Teixeira d'Avila

Rayana Sol Santos Martins

Wanessa Moreira de Barros

**Juiz de Fora – MG**

**Maior 2014**



**TRANSTORNO DO PÂNICO EM DEPENDENTES QUÍMICOS,  
ACOMPANHADOS EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE SELECIONADAS NA  
CIDADE DE JUIZ DE FORA-MG**

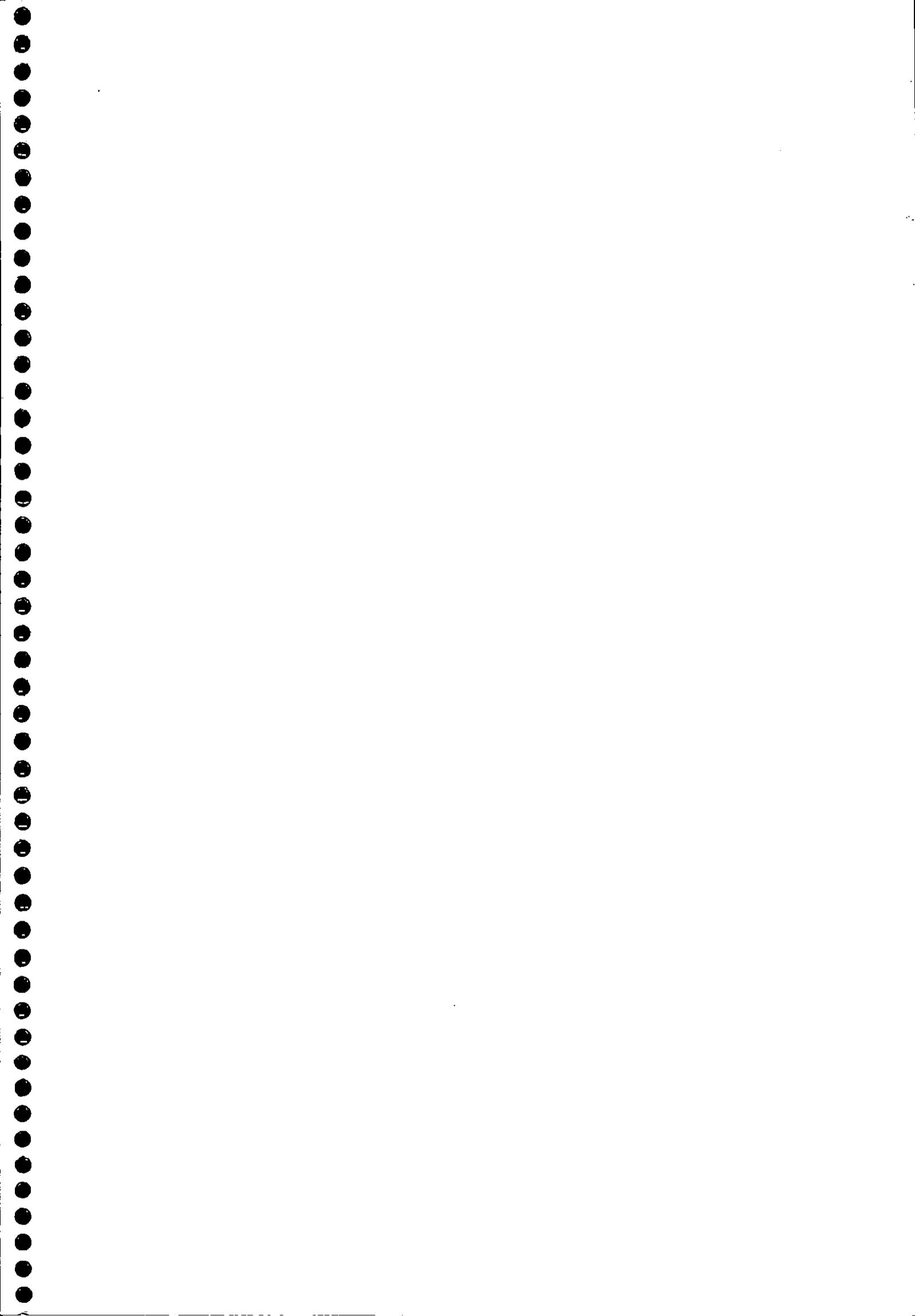
Ana Carolina Dias Bahia  
Luiza Mendes Mendonça de Souza  
Luma Campos Mendes  
Mariana Teixeira d'Avila  
Rayana Sol Santos Martins  
Wanessa Moreira de Barros

**Orientador:** Prof.Dr. Guilherme Henrique Faria do Amaral  
**Co-orientadores:** Prof. Dr. Guillermo Patricio Ortega Jácome  
Prof<sup>a</sup>. Me. Nathália Barbosa do E. Santo

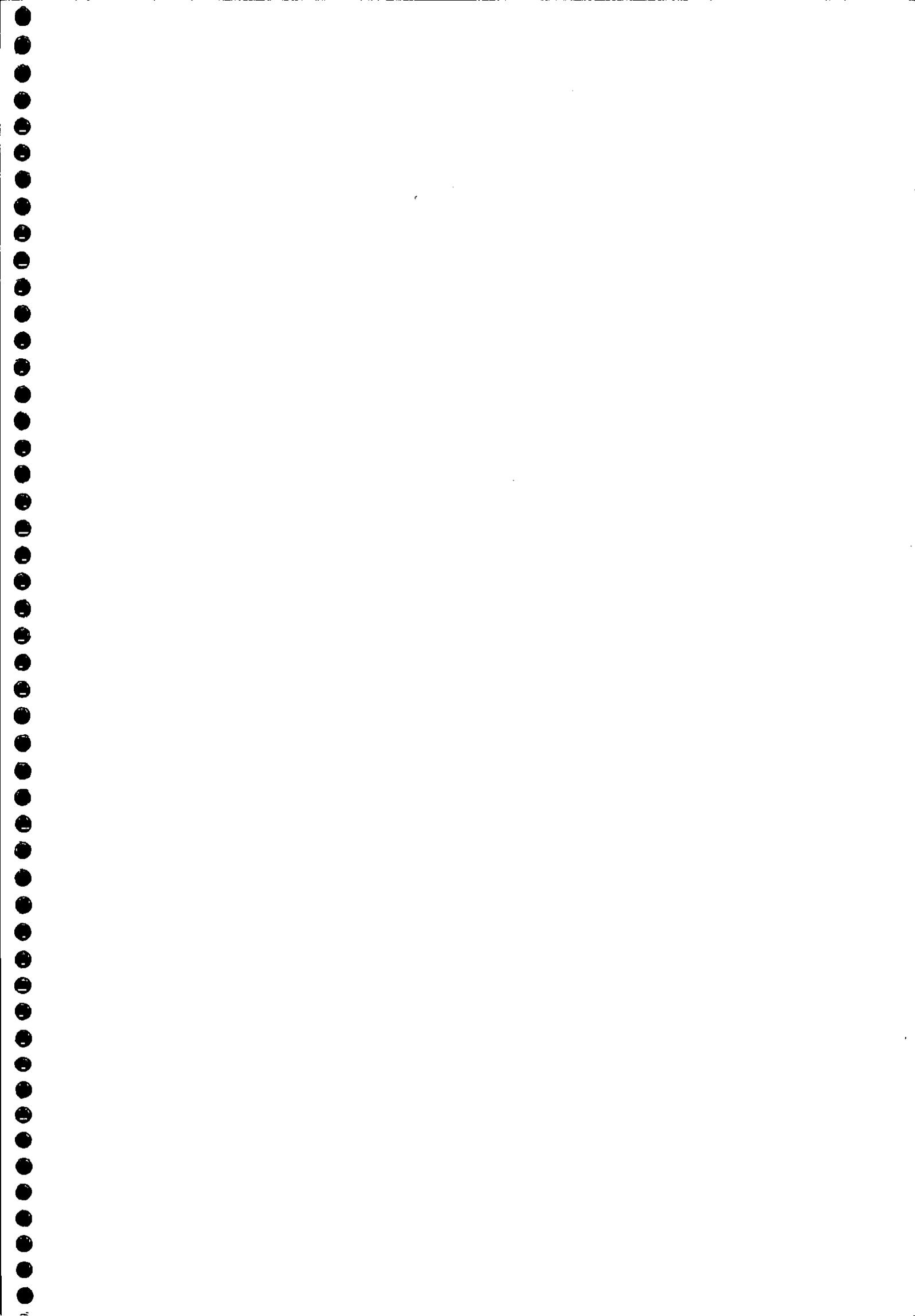
"Trabalho apresentado à disciplina de Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina de Juiz de Fora, da Universidade Presidente Antônio Carlos."

**Juiz de Fora – MG**

**Maior 2014**



Dedicamos nosso trabalho aos nossos pais  
pelo apoio incondicional e aos mestres  
pela sabedoria compartilhada.



## AGRADECIMENTOS

À Deus por nos ter dado força e perseverança para a conclusão deste projeto.

Ao nosso orientador Prof. Guilherme Faria do Amaral pela disponibilidade, atenção e dedicação nas atividades e discussões sobre o andamento desta Monografia de Conclusão de Curso.

Aos nossos co-orientadores Nathália Barbosa do Espírito Santo e Guillermo Patricio Ortega Jácome pela dedicação, comprometimento e paciência, sem vocês não seria possível à realização deste trabalho.

As instituições as quais realizamos as coletas de dados, o nosso muito obrigada pela colaboração e confiança.

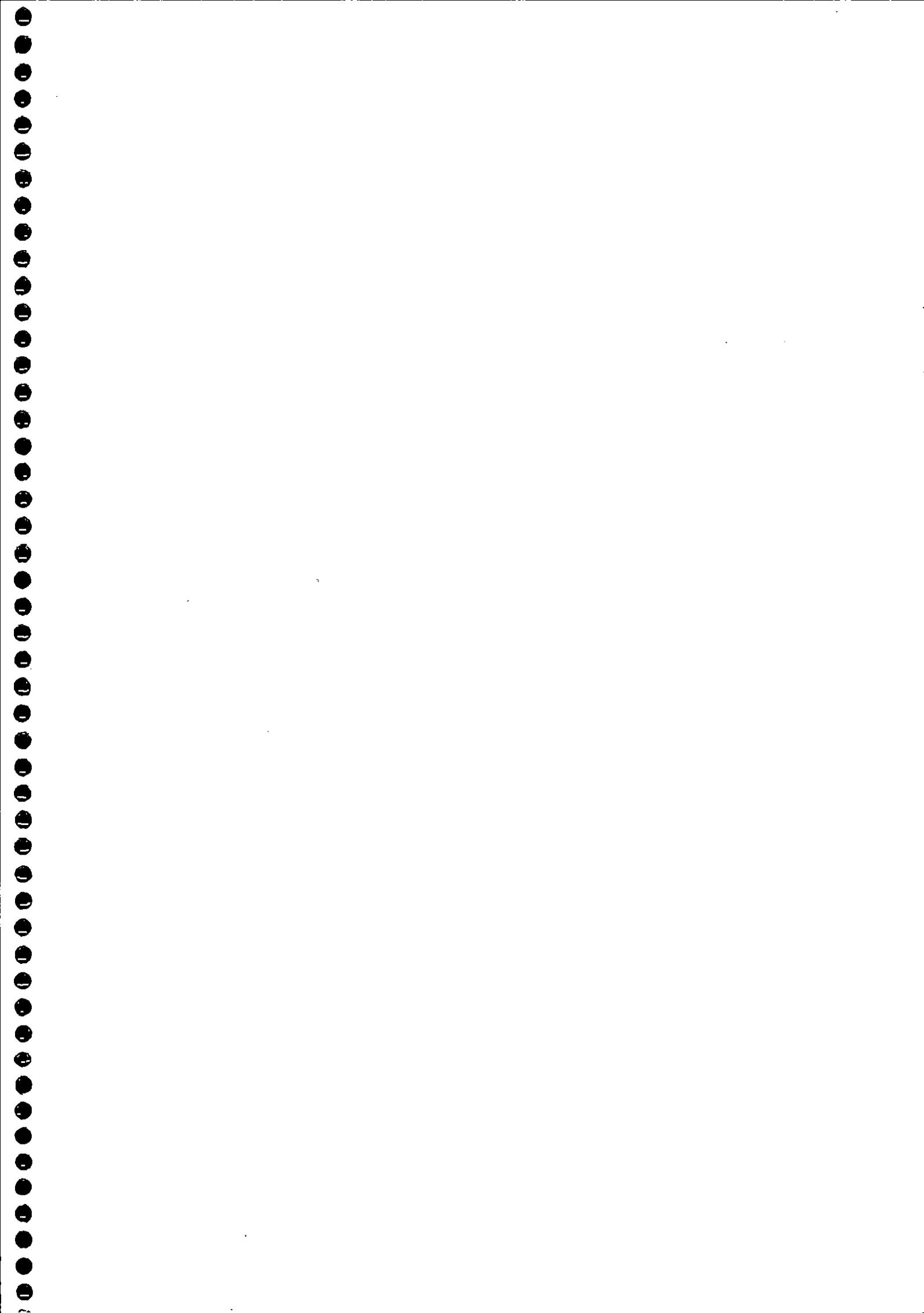
Aos entrevistados, parte fundamental do nosso projeto, pela disponibilidade e vontade em participar.

As nossas famílias pelo apoio constante, em especial aos nossos pais, pelo amor e incentivo incondicional.



## SÚMÁRIO.

	Páginas
LISTA DE TABELAS.....	v
LISTA DE FIGURAS.....	vi
RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	ix
1-INTRODUÇÃO.....	1
2-JUSTIFICATIVA.....	5
3-OBJETIVOS.....	6
3.1 Geral.....	6
3.2 Específicos.....	6
4-METODOLOGIA.....	6
5-RESULTADOS.....	8
6-DISCUSSÃO.....	15
7-CONCLUSÃO.....	17
8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
9-ANEXOS.....	21
9.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
9.2 Questionário Sócio Econômico	
9.3 Inventário de Beck de Depressão	
9.4 Instrumento para Avaliar Transtorno de Ansiedade (Ataque de Pânico, Transtorno do Pânico e Agorafobia)	
9.5 Cartas de Autorização das Casas de Saúde	



## LISTA DE TABELAS

	Páginas
<b>Tabela 1.</b> Aspectos sócio econômicos de pacientes em hospitais selecionados de Juiz de Fora, com relação ao Transtorno do Pânico e Agorafobia.....	9
<b>Tabela 2.</b> Frequência de Transtorno do Pânico e Agorafobia em pacientes que ingerem álcool ou fumam ou usam droga.....	10
<b>Tabela 3.</b> Aspectos sócio econômicos de pacientes em hospitais selecionados de Juiz de Fora, em relação a Depressão.....	10
<b>Tabela 4.</b> Frequência de Depressão em pacientes que ingerem álcool ou fumam ou usam drogas.....	11
<b>Tabela 5.</b> Frequência de depressão em usuários de Cocaína, Maconha e Crack, em pacientes de instituições selecionadas de Juiz de Fora, com Transtorno do Pânico e Agorafobia.....	12
<b>Tabela 6.</b> Frequência do uso de Cocaína, Maconha, e Crack, em pacientes de instituições selecionadas de Juiz de Fora.....	12
<b>Tabela 7.</b> Média de idade e Renda Familiar em relação ao Transtorno do Pânico, Agorafobia e Depressão.....	13
<b>Tabela 8.</b> Frequência de Depressão em pacientes com Transtorno do Pânico.....	13
<b>Tabela 9.</b> Frequência de Agorafobia em pacientes com Transtorno do Pânico.....	14



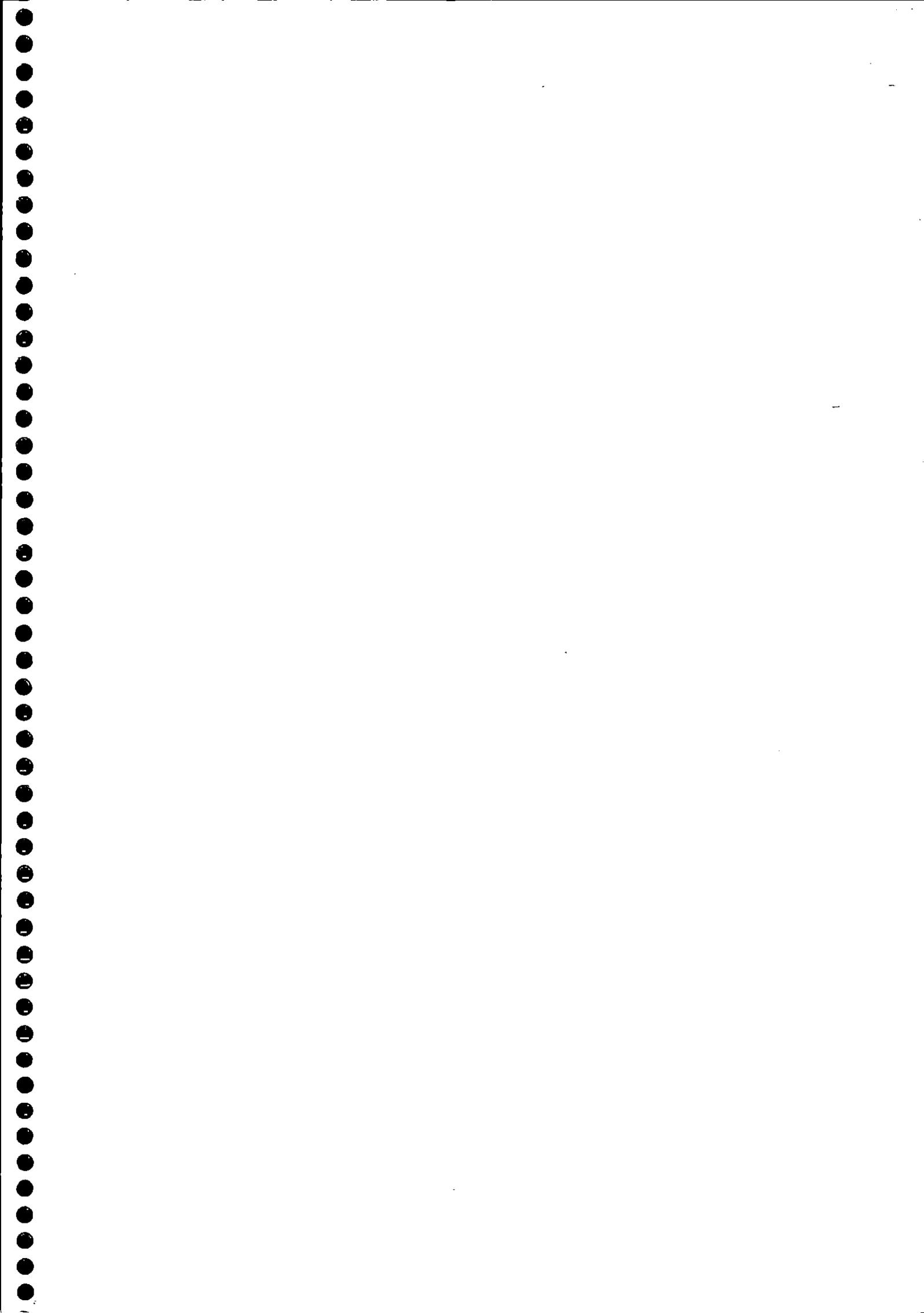
## LISTA DE FIGURAS

	Páginas
Gráfico 1. Frequência de Agorafobia em pacientes com Transtorno do Pânico.....	14



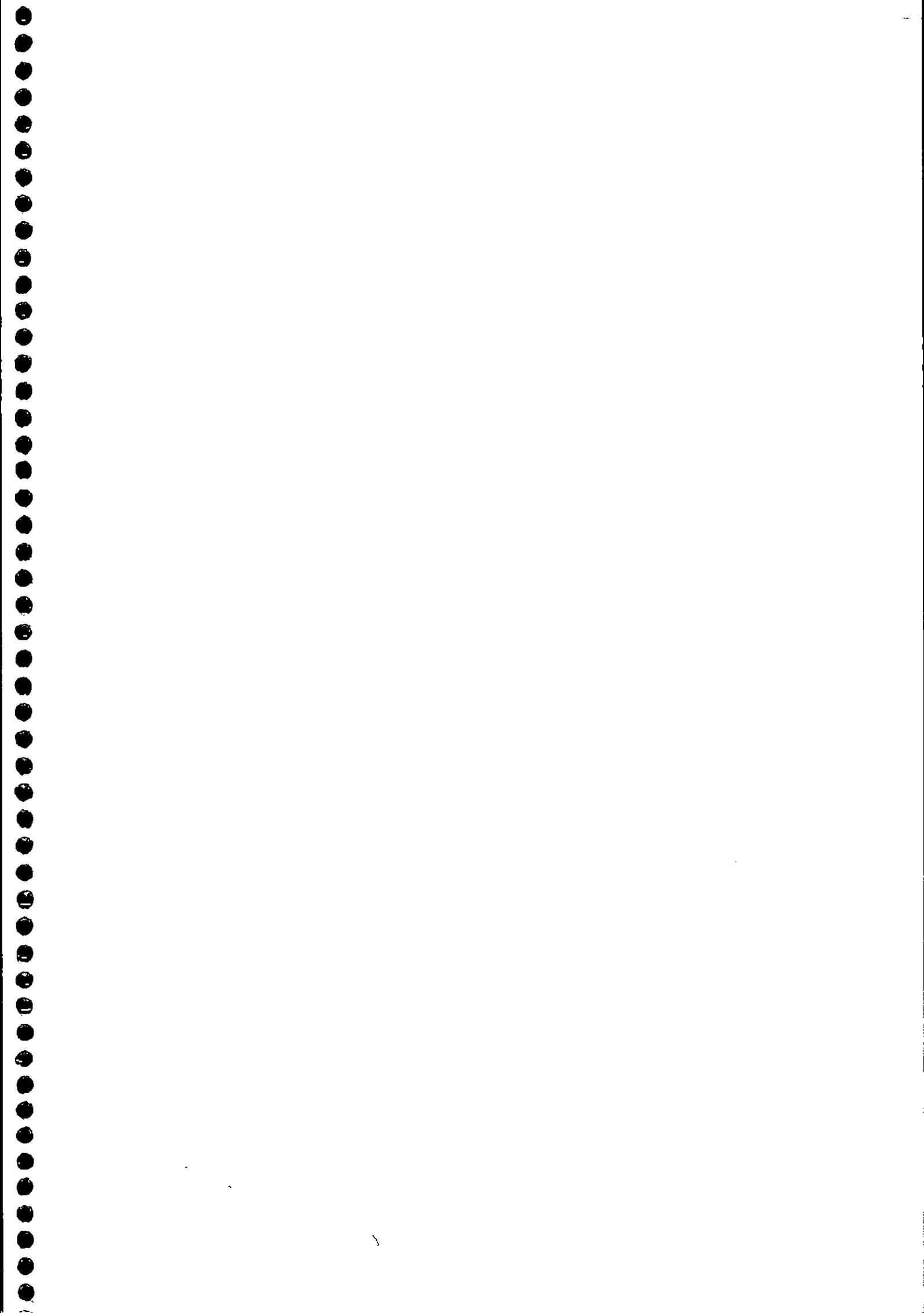
## RESUMO

O Transtorno do Pânico (TP) é classificado pela DSM-IV-TR como um transtorno de ansiedade, caracterizado por ataques de pânico recorrentes e inesperados. Pode ser classificado com ou sem agorafobia. O diagnóstico é essencialmente clínico, devendo se ter cuidado com diagnósticos diferenciais. Muitos transtornos psiquiátricos estão ligados ao uso de substâncias psicoativas, mas o que ressaltamos são os transtornos de ansiedade. Os objetivos deste estudo são analisar a frequência do TP em pacientes dependentes químicos, especificamente, pesquisar a frequência de depressão em pacientes diagnosticados com TP, a presença de agorafobia, aspectos socioeconômicos e a frequência do TP em relação ao tipo de droga. Foi realizado um estudo transversal com pacientes dependentes químicos, para verificar a presença de TP em duas instituições psiquiátricas, o Centro de Atenção Psicossocial- Álcool e Drogas (CAPS-AD) e Clínica Vila Verde, todas na cidade de Juiz de Fora-MG. Aplicou-se um questionário socioeconômico, para avaliar escolaridade, renda familiar, hábitos de saúde entre eles, sedentarismo, tabagismo, uso de álcool e outras drogas. Um questionário baseado no DSM-IV e CID-10 para avaliar transtorno de ansiedade, verificando TP, ataque de pânico e agorafobia e o questionário de Beck para avaliar a presença de depressão. Os dados foram armazenados no programa Access 2007, Microsoft® Corporation, USA. Para a análise estatística, foi utilizado o programa estatístico Epi Info 3.5.3 (2011), Centers for Disease Control and Prevention®, USA. Foram utilizados métodos descritivos para as variáveis estudadas; foi verificada associação entre as diferentes variáveis e transtorno de pânico com análises bivariadas. Para a comparação entre variáveis contínuas foi utilizado o teste *t* de student, e para variáveis categóricas o teste de qui quadrado. Na análise do *p*-valor e os intervalos de confiança o valor crítico foi definido em 95%. Os pacientes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e todas as informações obtidas serão mantidas em absoluto sigilo de acordo com a Resolução CNS 466/12. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos, parecer número 307.619. As análises estatísticas realizadas demonstraram que o TP esta presente em 69% dos dependentes químicos entrevistados, e uma maior porcentagem de TP no sexo masculino 76,5%, idade acima de 40 anos



maior porcentagem de TP no sexo masculino 76,5%, idade acima de 40 anos 53,0%. Em relação a agorafobia, houve maior porcentagem no sexo masculino 76,9% e idade acima de 40 anos 61,5%. Dentre os pacientes que apresentam depressão, a maior porcentagem foi no sexo masculino 78,9%, idade acima de 40 anos 57,9%. Dentre os pacientes com TP que fazem uso de substâncias químicas, o álcool é responsável por 77,1%, seguido por uso de drogas ilícitas 74,2% e tabaco 65,6%. Dentre os pacientes que fazem uso de crack, 87,5% apresentam maior frequência de depressão. Em relação a agorafobia em pacientes com TP a porcentagem é de 67,6%. Conclui-se então que a presença de TP em dependentes químicos tem uma significância muito alta (69%), sendo que dentro das dependências químicas as mais acometidas por TP são álcool e crack, seguidas por cocaína (83,3%) e maconha (68,1%). A frequência de depressão em pacientes com TP é de 81,6% e de agorafobia 67,7%, tendo ainda uma predominância no sexo masculino com idade acima de 40 anos.

**Palavras-chave:** Transtorno do Pânico. Dependência química. Agorafobia. Depressão.



## PANIC DISORDER IN CHEMICAL DEPENDENTS ACCOMPANIED IN HEALTH INSTITUTIONS SELECTED IN JUIZ DE FORA-MG

### ABSTRACT

The PD is described by the DSM-IV-TR as an anxiety disorder, characterized by recurrent and unexpected panic attacks. It can be described with or without agoraphobia. The diagnosis is essentially clinical, requiring care when dealing with differential diagnosis. Several psychiatric disorders are related to the use of psychoactive substances, but this paper emphasizes the anxiety disorders. The purpose of this paper is to analyze the frequency of PD in chemically dependent patients, more specifically, to research the frequency of depression in patients diagnosed with PD, the presence of agoraphobia, socioeconomic aspects and the frequency of PD in relation to each kind of drug. A cross-sectional study was conducted on chemically dependent patients in order to verify the presence of PD in two psychiatric institutions, the Center for Psychosocial Attention – Alcohol and Drugs (CAPS-AD) and the Vila Verde Clinic, all in the city of Juiz de Fora-MG. A socioeconomic survey was applied to gather the level of education, family income and health habits including, but not limited to sedentarism, tobacco dependence and the use of alcohol and other drugs. A survey based on the DSM-IV and CID-10 to evaluate anxiety disorders, detecting PD, panic attacks and agoraphobia, and the Beck Depression Inventory to evaluate the presence of depression. The data was imported to the software Access 2007, Microsoft® Corporation, USA. The software Epi Info 3.5.3 (2011), Centers for Disease Control and Prevention®, USA, was utilized for the statistical analysis. Many descriptive statistical methods were used for the observed variables; verifying a relationship between these variables and panic disorder through bivariate analyses. The Student's T test was applied to continuous variables, and the Chi-squared test for the categorical variables. For the confidence interval and p-value analysis, the confidence band was defined at 95%. Patients signed a free consent terms and conditions and all information gathered will be kept as confidential in accordance to CNS Resolution 466/12. The project was approved by the Research Ethics Committee of the University of Presidente Antonio Carlos, protocol number 307.619. The statistical analyses support that PD is present in 69% of the chemically dependent patients who participated, a higher percentage of PD of



of the chemically dependent patients who participated, a higher percentage of PD of the male gender, 76,5%, and 53% with age above 40 years. In regards to the agoraphobia, there was a higher percentage of the male gender, 76,9% and 61,5% of those over 40 years old. Among patients diagnosed with depression, a major percentage was male, 78,9%, 57,9% of those above 40. Among patients with PD that make use of chemical substances, alcohol is responsible for 77,1%, followed by the use of illicit drugs 74,2% and tobacco 65,6%. Among patients who make use of crack, 87,5% presented higher frequency of depression. In regards to agoraphobia in patients with PD, the percentage is 67,6%. Was then concluded that the presence of PD in drug addicts have a very high significance (69%), and within the most affected by TP addictions are alcohol and crack, followed by cocaine (83,3%) and marijuana (68,1%). The frequency of depression in PD patients is 81,6% and 67,7% agoraphobia still having a predominance of males over the age of 40 years.

**Key-words:** Panic Disorder. Chemical dependency. Agoraphobia. Depression.

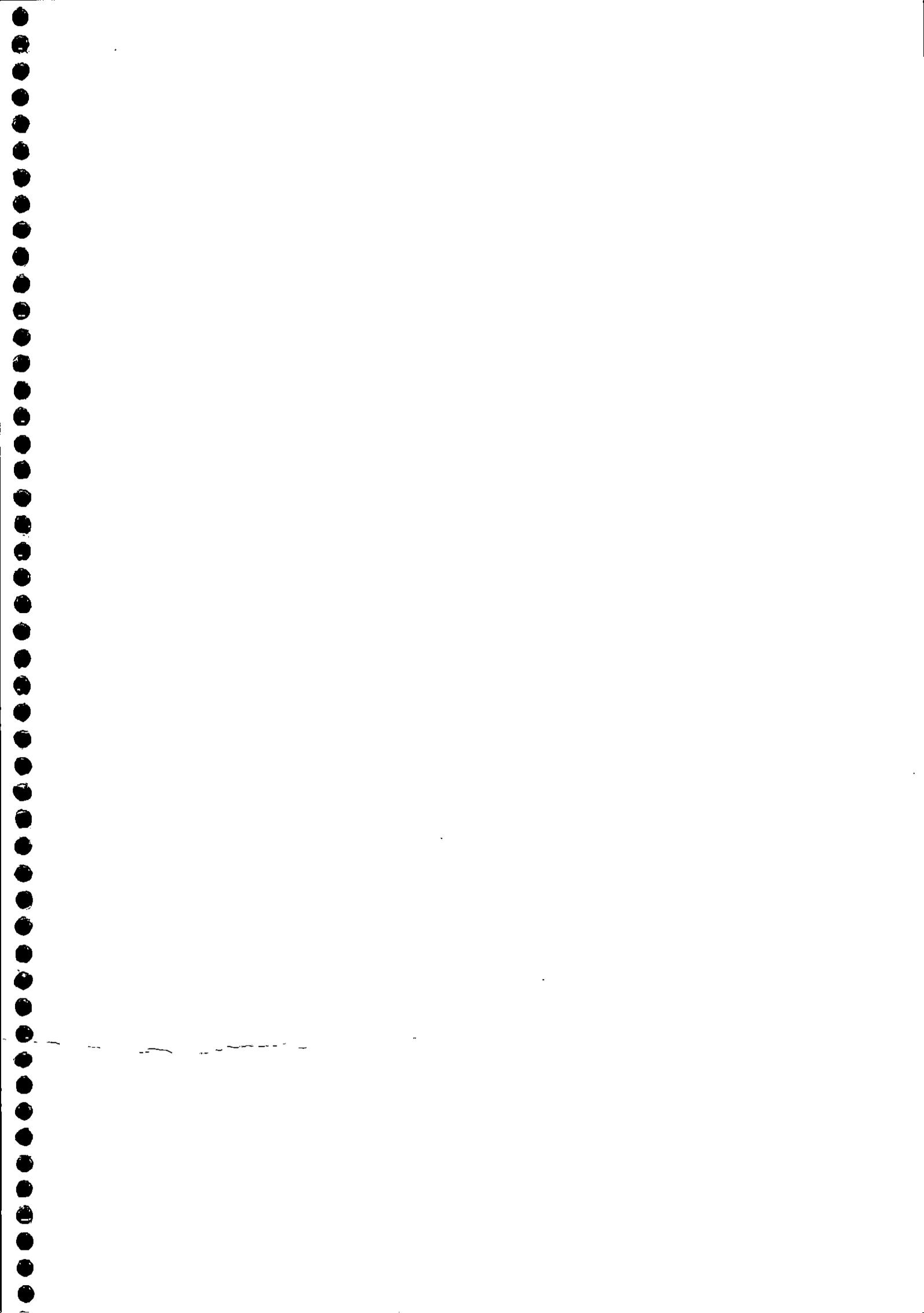


## 1-INTRODUÇÃO

O Transtorno do Pânico (TP) é classificado pela DSM-IV-TR como um transtorno de ansiedade, caracterizado por ataques de pânico recorrentes e inesperados. São crises de medo e desconforto intensos, acompanhados de quatro ou mais sintomas que variam de acordo com as circunstâncias e padrões de pensamento; são seguidos por pelo menos um mês de preocupação persistente de ter outro ataque, devido ao medo das consequências ou alterações comportamentais ocasionadas, assim o paciente evita situações específicas em que já houve um ataque. Essa esquia, por exemplo pedir demissão do emprego, pode caracterizar a Agorafobia, mas normalmente esses negam o medo de um novo ataque (Salum *et al.*, 2009; DSM-IV-TR™, 2003).

Os sintomas variam de pessoa para pessoa, surgem de forma súbita alcançando um pico máximo em 10 minutos. São 13: palpitações ou taquicardia; sudorese; tremores ou abalos; sensações de falta de ar ou sufocamento; sensações de asfixia; dor ou desconforto torácico; náusea ou desconforto abdominal; sensação de tontura, instabilidade, vertigem, ou desmaio; desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (estar distanciado de si mesmo); medo de perder o controle ou enlouquecer; medo de morrer; parestesias (anestesia ou sensações de formigamento); calafrios ou ondas de calor. Os sintomas se intensificam e são avaliados como maiores que a capacidade do indivíduo de desconsiderá-los ou de reagir de forma efetiva (Salum *et al.*, 2009; Gurgel *et al.*, 2007; Melo, 2004; DSM-IV-TR™, 2003).

Há evidências na literatura de que a presença de ataques de pânico pode piorar o prognóstico cardiovascular em cardiopatas e, possivelmente, contribuir para a taxa de mortalidade aumentada destes pacientes, uma vez que ataques de pânico, mesmo em pacientes estáveis na condição cardiovascular e em uso de medicação, provocam uma perfusão sanguínea defeituosa. Outra hipótese é que esta ativação pode se tornar perigosa na medida em que taquicardia durante ataques de pânico pode produzir isquemia miocárdica aguda em cardiopatas (Sardinha *et al.*, 2009).



O TP ainda pode ser classificado de duas formas: com ou sem agorafobia. A Agorafobia consiste em uma ansiedade desencadeada em situações em que o paciente não consegue escapar ou ter ajuda caso ocorra um Ataque do Pânico (DSM-IV-TR™, 2003).

No DSM IV o transtorno do pânico é visto como um diagnóstico primário e a agorafobia como secundário e segundo o CID10 o transtorno do pânico precede a agorafobia, as características relacionadas são os sintomas depressivos ou obsessivos e também as fobias sociais. A evitação de algumas situações é comum na sintomatologia do TP. Alguns agorafóbicos demonstram pouca ansiedade em ocasiões que causariam fobias.

Fatores genéticos, sociais, ambientais e biológicos entre outros também fazem parte das causas etiológicas para a contribuição do aparecimento da ansiedade que é uma sensação decorrente da excessiva excitação do Sistema Nervoso Central. Os sintomas funcionam como um sinal de alerta que adverte sobre perigos eminentes, sentimento vago, desagradável e indefinido. A ansiedade prepara o indivíduo para lidar com situações danosas, reação natural necessária para a autopreservação (Melo, 2004; DSM-IV-TR™, 2003).

Existem dois tipos de ataques: o inesperado e situacional. O primeiro é espontâneo, não está associado a um ativador situacional, que podem vir de estímulos internos (estimulação fisiológica) ou externos (objeto ou situação fóbicos), que podem não ser facilmente identificável pelo indivíduo. O situacional é menos frequente, ocorre quando em exposição a um ativador, o fato de ter medo de algo desencadeia um ataque de pânico. Há também os ataques predispostos a situações, que são mais propensos a ocorrer. É importante observar que para o diagnóstico são necessários pelo menos 2 ataques inesperados (DSM-IV-TR™, 2003).

Nomeado de outras formas, como síndrome do pânico; doença do pânico; desordem do pânico e distúrbio do pânico (Melo, 2004). Em 1984 Freud identificou o Transtorno do Pânico sob o nome de "Neurose de Angústia" no artigo "Sobre os critérios para destacar da Neurastenia uma síndrome particular intitulada Neurose de Angústia".

Sua classificação diagnóstica oficial, como entidade nosológica distinta, ocorreu somente em 1980, com a publicação do DSM-III, pela Associação



Psiquiátrica Americana. Após a publicação do DSM-IV, em 1994, o transtorno de pânico assumiu os contornos que possui atualmente.

O diagnóstico é essencialmente clínico, porém deve ser chamada a atenção para diagnósticos diferenciais como: ataques secundários a uma condição clínica, ao uso de substância ou abstinência, transtornos de ansiedade e transtornos mentais; que podem ocasionar ataques de pânico ou apenas alguns sintomas relacionados. O transtorno induzido por substâncias químicas pode simular um ataque de pânico devido à intoxicação por estimulantes ou abstinência de depressores do sistema nervoso central, sendo assim é importante observar se continuam a ocorrer em outras ocasiões (Salum *et al.*, 2009; DSM-IV-TR™, 2003).

O TP acomete de 3,0% a 5,0% da população mundial enquanto no Brasil é de 4,0% sendo que 40,0% desenvolvem depressão e 90,0% agorafobia, acometendo mais as mulheres na faixa etária entre 20 a 45 anos. Existe uma relação genética onde, parentes biológicos de 1º grau tem 8 vezes mais chance de desenvolver TP e aumento para 20 vezes se o paciente tiver a doença antes dos 20 anos (Melo, 2004; DSM-IV-TR™, 2003).

Os transtornos depressivos são as comorbidades mais frequentes do transtorno de pânico, após outros distúrbios de ansiedade, com incidência estimada de 15% a 30% (Montiel *et al.*, 2005). A depressão, ocasionador importante para a cronicidade em pacientes com TP, pode ser precipitada por casos graves de ansiedade na fase da infância. Tendo como base estudos realizados, o transtorno de ansiedade na infância pode atuar como um "gatilho" e ainda como um fator para a gravidade da psicopatologia na idade adulta. Este transtorno, dentre outros, é associado com a existência de depressão maior em adultos que possuem o TP (Manfro *et al.*, 2002).

Nos transtornos do humor, cerca de 10% preenchem critérios para distímia, 16% para o transtorno bipolar (dos tipos I e II) e 50% para depressão maior (Salum *et al.*, 2009). Dentro da dependência química, a manifestação de comorbidades psiquiátricas vem sendo estudada desde a década de 1980 (Kristensen *et al.*, 2009). Elas são consideradas uma regra, pois cerca de 83,0% dos pacientes com TP sem agorafobia e quase 100% dos pacientes com TP que tem agorafobia, possuem ao menos uma comorbidade psiquiátrica. Dentre esses casos 31% dos pacientes apresentam quadros de



abuso ou dependência de drogas e álcool, considerando essas dependências, 11% preenchem critérios para dependência apenas de drogas e 14% para dependência de álcool (Salum *et al.*, 2009).

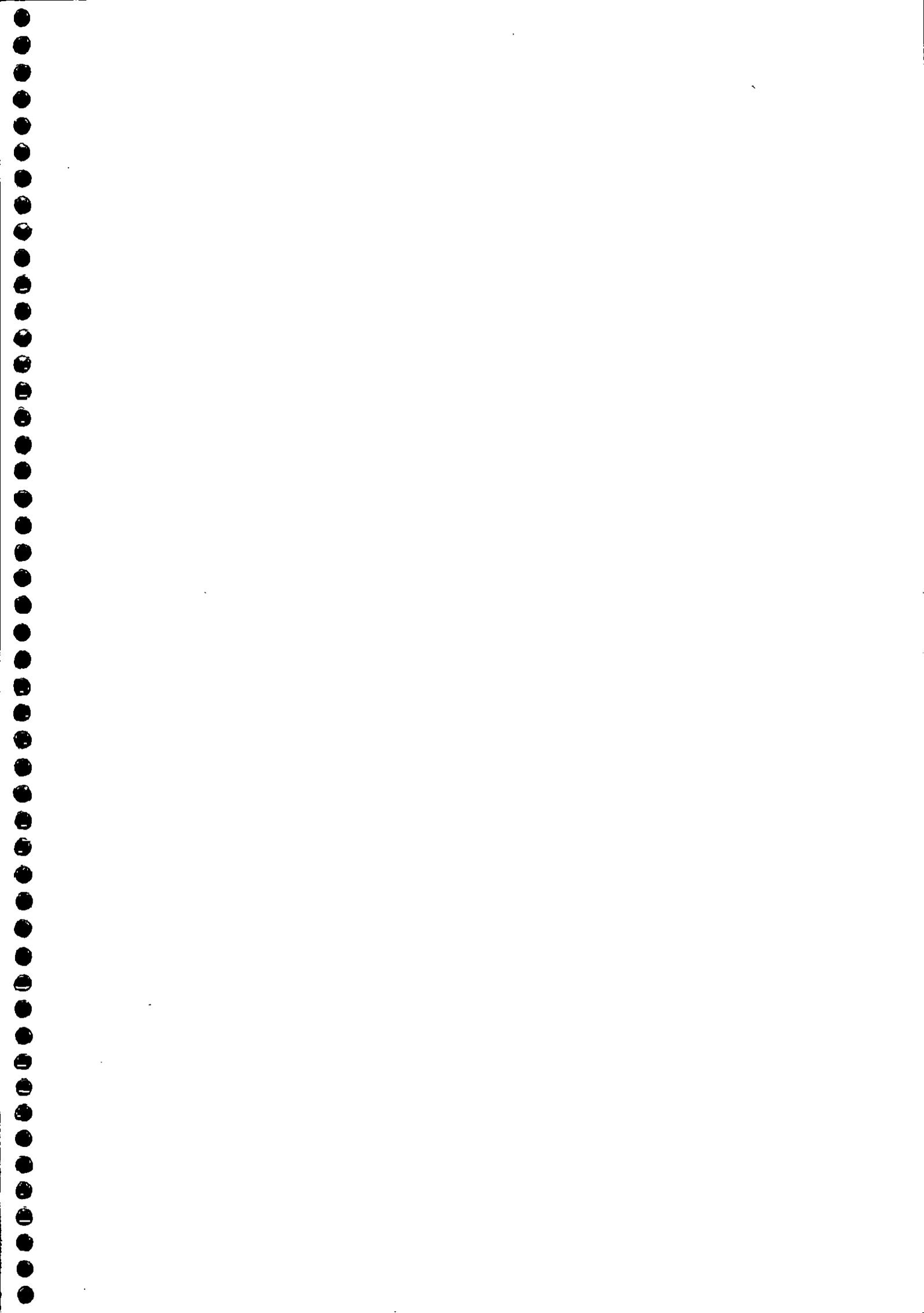
Muitos transtornos psiquiátricos estão ligados ao uso de substâncias psicoativas, como o transtorno de conduta; mas o que ressaltamos são os transtornos de ansiedade; estudos indicam que cerca de 50 a 67% dos alcoolistas e 80% dos pacientes dependentes de outras drogas possuem sintomas semelhantes aos do transtorno do pânico, dos transtornos fóbicos ou do transtorno de ansiedade generalizada (Kristensen *et al.*, 2009).

Melo, em 2004 apresentou como conclusão de sua tese a relação entre os pacientes com TP e drogas, o álcool esteve presente em todos os casos, e a maioria das vezes associado a outras drogas como cocaína e crack. Ao longo do seu estudo, ficou provado que a chance de um dependente de substância química desenvolver TP é cinco vezes maior em relação a população geral. Já Silva e colaboradores (2009) concluíram que a associação desses causa um prognóstico ruim para o tratamento tanto da dependência química quanto do próprio transtorno.

No Brasil verifica-se que a droga ilícita mais usada é a maconha, seguida de solventes, benzodiazepínicos, cocaína e crack (Scheffer *et al.*, 2010).

Um estudo realizado com 48 pacientes mostrou que apenas 1 destes 48 (2,0%) apresentou transtorno do pânico, sendo que 11 (22,9%) apresentaram ataques de pânico ocorridos durante a intoxicação ou como parte da síndrome de abstinência, mostrando assim um transtorno de ansiedade relacionado a substâncias psicoativas, induzido por elas. Entre os 11 pacientes, 10 (90,9%) faziam uso de álcool, 8 (72,7%) cocaína e 7 (63,6%) eram poliusuários. Importante ressaltar que os ataques se iniciam em 50% dos pacientes que apresentam o início do uso de álcool (Terra *et al.*, 2003).

A maioria dos dependentes apresentam graves transtornos psicopatológicos entre eles a depressão (Scheffer *et al.*, 2010). O agravamento em termos de transtornos de ansiedade e depressão em adultos poderia ser evitado através de trabalhos que rastream e atuam de forma precoce nos casos de crianças em risco, há relatos que defendem que uma intervenção



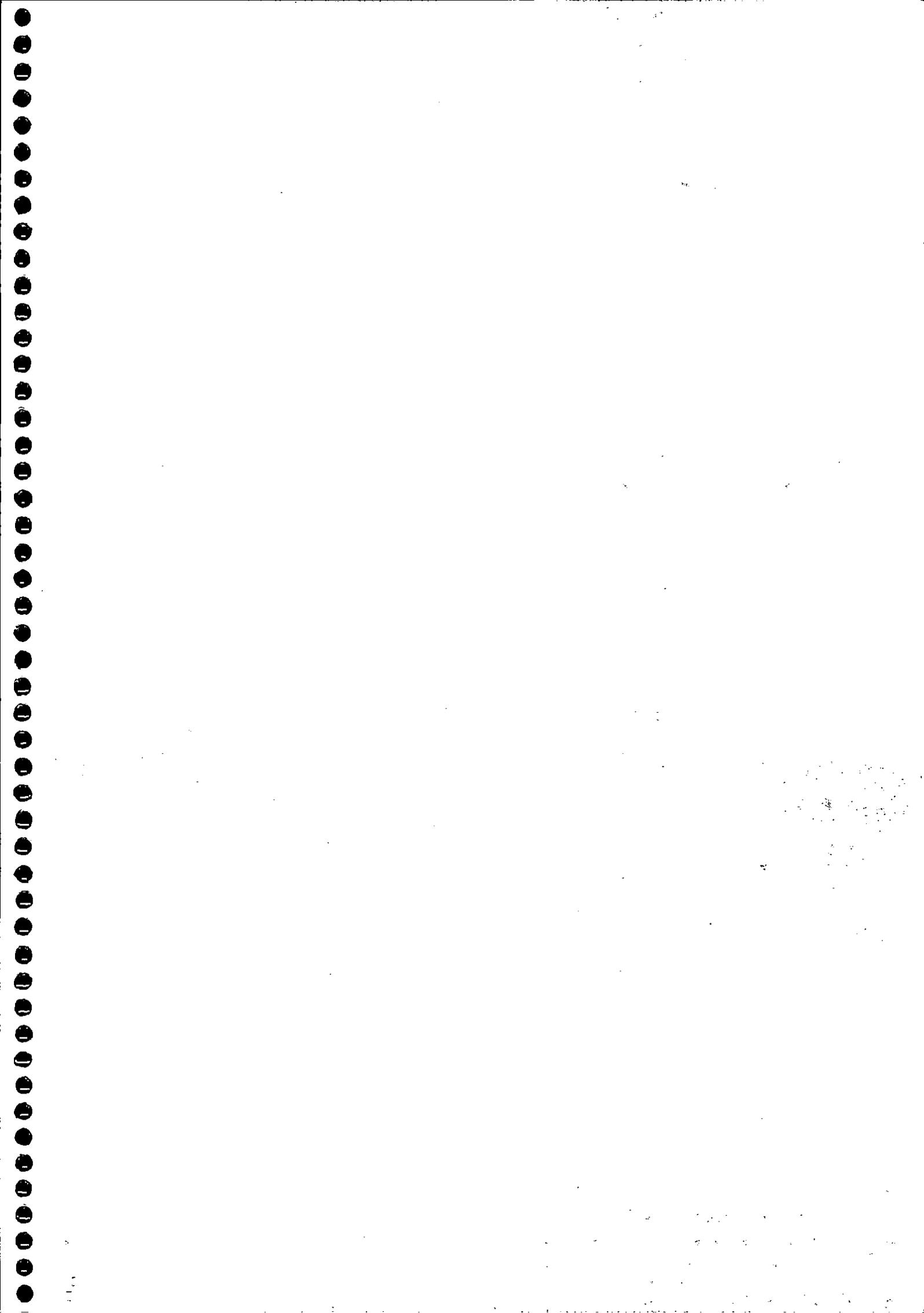
precoce em crianças que possuem o transtorno de ansiedade na infância possa atenuar a evolução da doença na fase adulta (Manfro *et al.*, 2002).

A terapia cognitiva comportamental é uma estratégia bastante eficaz na terapêutica do transtorno do pânico, como um tratamento de primeira linha, passando por pacientes que não respondem ao tratamento medicamentoso e àqueles que usam terapia associada a fármacos. Seus resultados são de bom prognóstico a curto e longo prazo. Através de vivência, troca de experiências e sofrimentos comuns os pacientes tem apresentado melhoras na capacidade de expressar sentimentos, auto-estima e aprimoramento de papéis sociais. O atendimento psicoterápico grupal tem ajudado numa maior compreensão e até mesmo melhora dos sintomas (Manfro *et al.*, 2008; Torres, 2001).

Em uma revisão recente, evidenciou-se que os exercícios físicos podem desempenhar um papel importante no tratamento do TP. Isso se manifesta primariamente por meio de seu efeito antipânico agudo e na melhora dos sintomas com a prática regular. Algumas hipóteses foram aventadas para explicar tal efeito, incluindo o aumento dos níveis de fator neurotrófico cerebral (BDNF) e o sistema serotoninérgico (Sardinha *et al.*, 2011).

## **2 - JUSTIFICATIVA**

É importante conhecer aspectos relacionados ao transtorno do pânico, com a finalidade de apresentar às entidades competentes formas de auxiliar a prevenção e o tratamento da mesma. Contribuindo para o conhecimento mais amplo da sociedade a este transtorno e uma maior abrangência da área da saúde em relação a esses pacientes.



### 3 - OBJETIVOS

#### 3.1- Geral

Verificar a frequência do Transtorno do Pânico em pacientes dependentes químicos.

#### 3.2- Específicos

3.2.1 - Pesquisar a frequência de depressão em pacientes diagnosticados com Transtorno do Pânico;

3.2.2 - Verificar a presença ou não da agorafobia;

3.2.3 - Verificar os aspectos socioeconômicos dos sujeitos da pesquisa;

3.2.4 – Verificar a frequência do Transtorno do Pânico em relação aos tipos de drogas ilícitas e lícitas.

### 4 - METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal com pacientes dependentes químicos, para verificar a presença de Transtorno do Pânico, devidamente cadastrados no Centro de Atenção Psicossocial AD; Clínica Vila Verde; todos na cidade de Juiz de Fora- Minas Gerais. A pesquisa foi realizada durante o período de novembro de 2013 a abril de 2014.

Um questionário sócio econômico foi aplicado com perguntas sobre identificação, escolaridade, renda familiar, hábitos de saúde, entre as quais: sedentarismo, tabagismo, uso de álcool e outras drogas e sintomatologia do transtorno do pânico.

Foi implementado um questionário baseado no DSM-IV e CID-10 para avaliar transtornos de ansiedade, verificando transtorno do pânico, ataques de pânico e agorafobia.

O questionário de Beck foi aplicado a fim de verificar a presença de depressão em dependentes químicos. Consiste em 21 itens relacionados a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas,



crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido. A intensidade varia de 0 a 3 sendo a pontuação abaixo de 10 sem depressão ou depressão leve, entre 10 e 18 depressão leve e moderada, entre 19 a 29 depressão moderada a grave, entre 30 a 63 depressão grave (DSM-IV-TR™, 2003).

Foram incluídos na pesquisa todos os pacientes cadastrados nas casas de saúde mencionadas acima que tiverem idade superior a 18 anos. Foram excluídos pacientes que não apresentam condições para responder adequadamente os questionários.

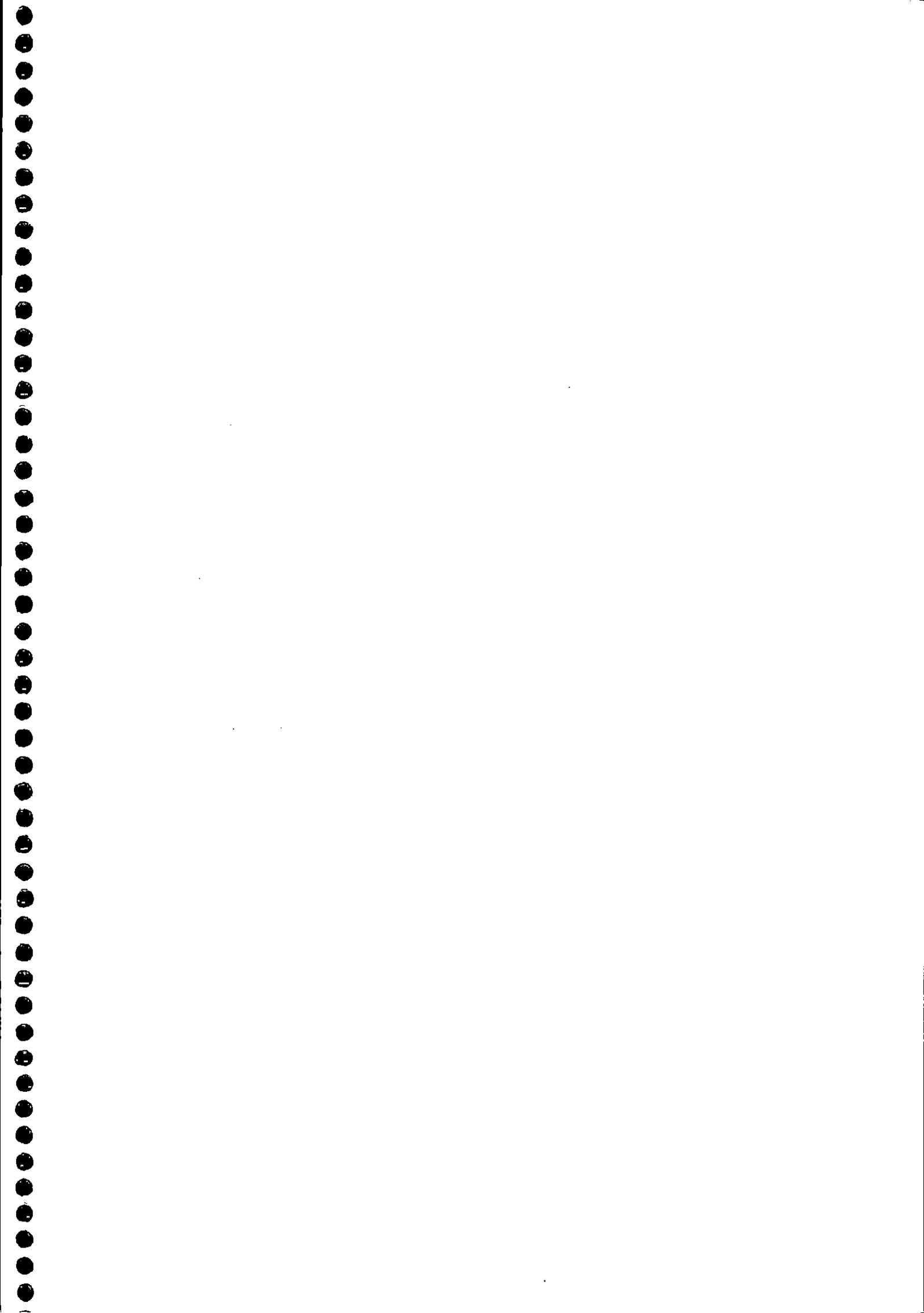
Os dados foram armazenados no programa Access 2007, Microsoft® Corporation, USA. Para a análise estatística, foi utilizado o programa estatístico Epi Info 3.5.3 (2011), Centers for Disease Control and Prevention®, USA. Foram utilizados métodos descritivos para as variáveis estudadas (proporções, médias, medianas); foi verificada associação entre as diferentes variáveis e transtorno de pânico com análises bivariadas. Para a comparação entre variáveis contínuas foi utilizado o teste *t* de student, e para variáveis categóricas o teste de qui quadrado. Na análise do *p*-valor e os intervalos de confiança o valor crítico foi definido em 95%. Os dados foram agrupados e apresentados em tabelas e gráficos.

Os pacientes que participaram da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente, e quaisquer dúvidas, acerca do projeto de pesquisa em questão, foram prontamente esclarecidas.

Foi realizada uma amostragem por conveniência e os participantes foram entrevistados sob supervisão da equipe multidisciplinar.

Devido a utilização de questionários que abordam temas de ansiedade e depressão e relatam dados e/ou experiências pessoais, havendo assim um risco caracterizado como acima do mínimo, foi oferecido apoio psicológico para os participantes que julgaram necessário.

Todas as informações obtidas através dessa pesquisa foram mantidas em sigilo absoluto de acordo com o preconizado pela Resolução CNS 466/12, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil.



O presente projeto foi cadastrado no site Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos, parecer número 307.619.

## 5- RESULTADOS

Dos 49 pacientes psiquiátricos em casas de saúde de Juiz de Fora Minas Gerais, foram entrevistados 40 pacientes no Centro de Atenção Psicossocial- Álcool e Drogas (CAPS-AD) e 09 pacientes na Clínica Vila Verde.

Observa-se que em relação ao Transtorno do Pânico foi verificado maior porcentagem no sexo masculino (76,5%), pacientes acima de 40 anos (53,0%), escolaridade de até primeiro grau completo (55,8%), renda familiar de até três salários mínimos (74,2%) e uma menor porcentagem apresenta união estável (26,5%). Quando comparados a agorafobia, foi demonstrado uma maior porcentagem no sexo masculino (76,9%), idade acima de 40 anos (61,5%), escolaridade até primeiro grau completo (61,5%), renda familiar de até três salários mínimos (79,2%) e uma menor porcentagem apresenta união estável (19,2%) (Tabela 1).



Tabela 1- Aspectos sócio econômicos de pacientes em hospitais selecionados de Juiz de Fora, com relação ao Transtorno do Pânico e Agorafobia.

	Transtorno do Pânico					Agorafobia				
	sim		não		p-valor	sim		não		p-valor
	n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Sexo</b>										
masculino	26	76,5	15	100,0		20	76,9	2	8,7	
feminino	8	23,5	-	-	0,004	6	23,1	21	91,3	0,166
<b>Idade</b>										
18-30	6	17,6	4	26,7		4	15,4	6	26,1	
31-40	10	29,4	1	6,6		6	23,1	5	21,7	
41-60	18	53,0	10	66,7	0,851	16	61,5	12	52,2	0,386
<b>Escolaridade</b>										
analfabeto	1	2,9	-	-		1	3,8	-	-	
até o primeiro grau completo	19	55,8	10	66,7		16	61,5	13	56,5	
até o segundo grau completo	9	26,5	2	13,4		6	23,2	5	21,8	
até o ensino superior completo	5	14,8	3	19,9	0,289	3	11,5	5	21,7	0,773
<b>Renda familiar</b>										
até 3 salários mínimos	23	74,2	7	63,6		19	79,2	11	61,1	
de 3 a 6 salários mínimos	3	9,7	2	18,2		1	4,2	4	22,2	
de 6 a 9 salários mínimos	2	6,4	-	-		1	4,2	1	5,6	
mais de 9 salários mínimos	3	9,7	2	18,2	0,563	3	12,4	2	11,1	0,607
<b>Estado civil</b>										
Solteiro	15	44,1	12	80,0		15	57,7	12	52,2	
Casado	9	26,5	1	6,7		5	19,2	5	21,7	
Separado	10	29,4	2	13,3	0,048	6	23,1	6	26,1	0,725

Observa-se que entre os pacientes com Transtorno do Pânico 77,1% são usuários de álcool, 65,6% são fumantes e 74,2% são usuários de drogas, não encontrando diferenças estatisticamente significativas. Entre os pacientes com agorafobia 57,1% são usuários de álcool, 53,1% são fumantes e 58,1% usam drogas. Não encontrando diferenças estatisticamente significativas (Tabela 2).

Dentre os pacientes que apresentam depressão, a maior porcentagem foi no sexo masculino (78,9%), idade acima de 40 anos (57,9%), escolaridade até primeiro grau completo (63,2%), renda familiar até três salários mínimos (82,4%) e uma menor porcentagem apresenta união estável (21,1%) (Tabela 3).

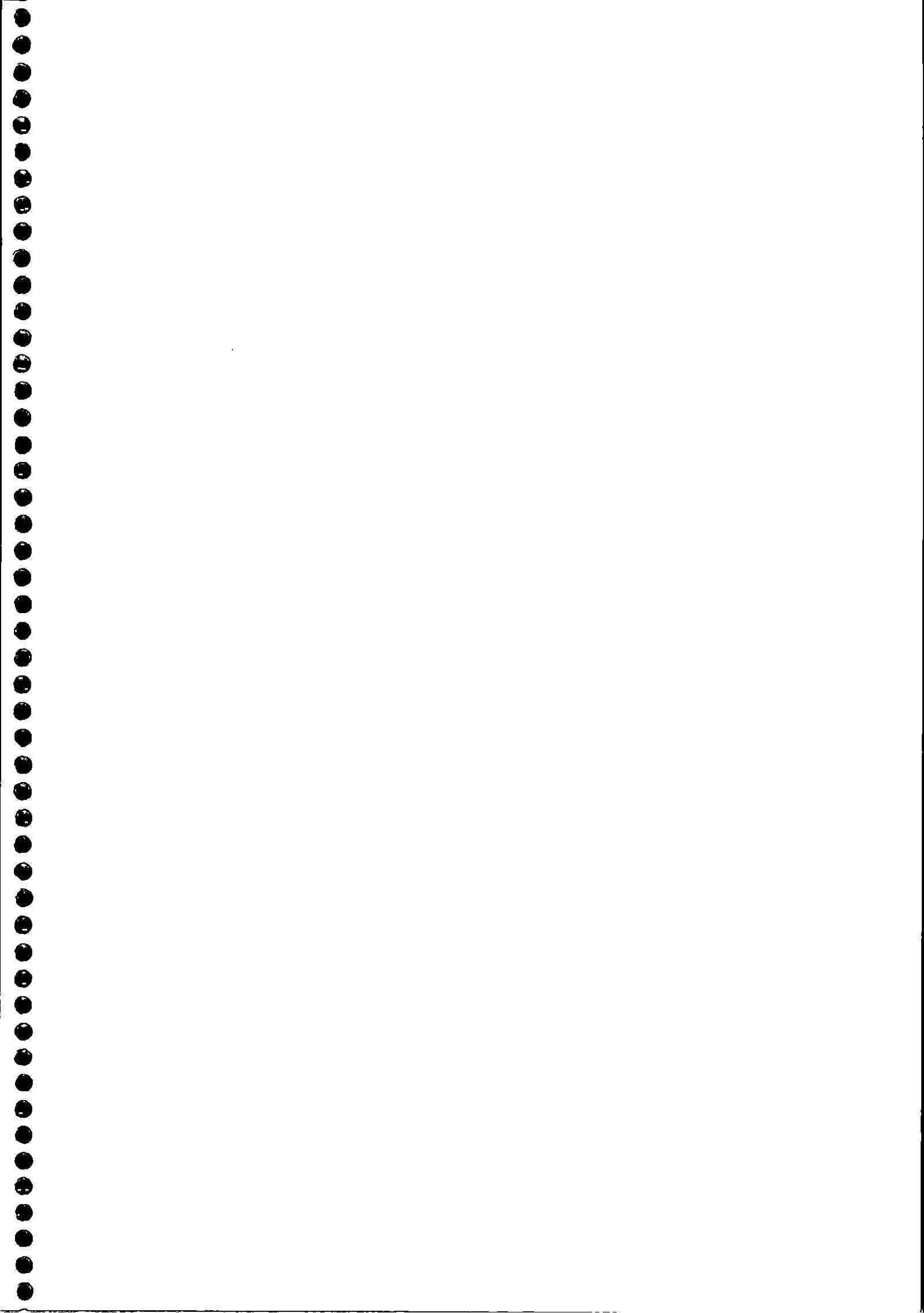


Tabela 2-Frequência de Transtorno do Pânico e Agorafobia em pacientes que ingerem álcool ou fumam ou usam drogas.

	Transtorno do Pânico					Agorafobia				
	sim		não		p-valor	sim		não		p-valor
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Álcool										
sim	27	77,1	8	22,9	0,066	20	57,1	15	42,9	0,278
não	7	50,0	7	50,0		6	42,9	8	57,1	
Fumo										
sim	21	65,6	11	34,4	0,328	17	53,1	15	46,9	0,613
não	13	76,5	4	23,5		9	52,9	8	47,1	
Drogas										
sim	23	74,2	8	25,8	0,260	18	58,1	13	41,9	0,266
não	11	61,1	7	38,9		8	44,4	10	55,6	

Tabela 3- Aspectos sócio econômicos de pacientes em hospitais selecionados de Juiz de Fora, em relação a Depressão.

	Depressão				p-valor
	sim		não		
	n	%	n	%	
Sexo					
masculino	30	78,9	11	100,0	0,108
feminino	8	21,1	-	-	
Idade					
18-30	6	15,8	4	36,3	0,388
31-40	10	26,3	1	9,0	
41-60	22	57,9	6	54,7	
Escolaridade					
analfabeto	1	2,6	-	-	0,249
até o primeiro grau completo	24	63,2	5	45,5	
até o segundo grau completo	9	23,7	2	18,2	
até o ensino superior completo	4	10,5	4	36,3	
Renda familiar					
até 3 salários mínimos	28	82,4	2	25,0	0,015
de 3 a 6 salários mínimos	2	5,9	3	37,5	
de 6 a 9 salários mínimos	1	2,9	1	12,5	
mais de 9 salários mínimos	3	8,8	2	25,0	
Estado civil					
Solteiro	20	52,6	7	63,6	0,509
Casado	8	21,1	2	18,2	
Separado	10	26,3	2	18,2	



Quando verificada a frequência de depressão, foi observada uma maior porcentagem de usuários de álcool (82,9%) e menor porcentagem de usuários de drogas (74,2%), não apresentando diferenças estatisticamente significativas. Em relação ao fumo, observa-se uma diferença importante de depressão em fumantes (68,8%) e não fumantes (94,1%), sendo estatisticamente significativa (Tabela 4).

**Tabela 4- Frequência de depressão em pacientes que ingerem álcool ou fumam ou usam drogas.**

	Depressão					p-valor
	sim		não			
	n	%	n	%		
Álcool						
sim	29	82,9	6	17,1		
não	9	64,3	5	35,7	0,152	
Fumo						
sim	22	68,8	10	31,3		
não	16	94,1	1	5,9	0,042	
Drogas						
sim	23	74,2	8	25,8		
não	15	83,3	3	16,7	0,357	

Quando comparados os usuários de drogas nota-se que os que usam crack apresentam mais Transtorno do Pânico e Agorafobia em relação aos usuários de cocaína e maconha, sem ser esta diferença estatisticamente significativa (Tabela 5).



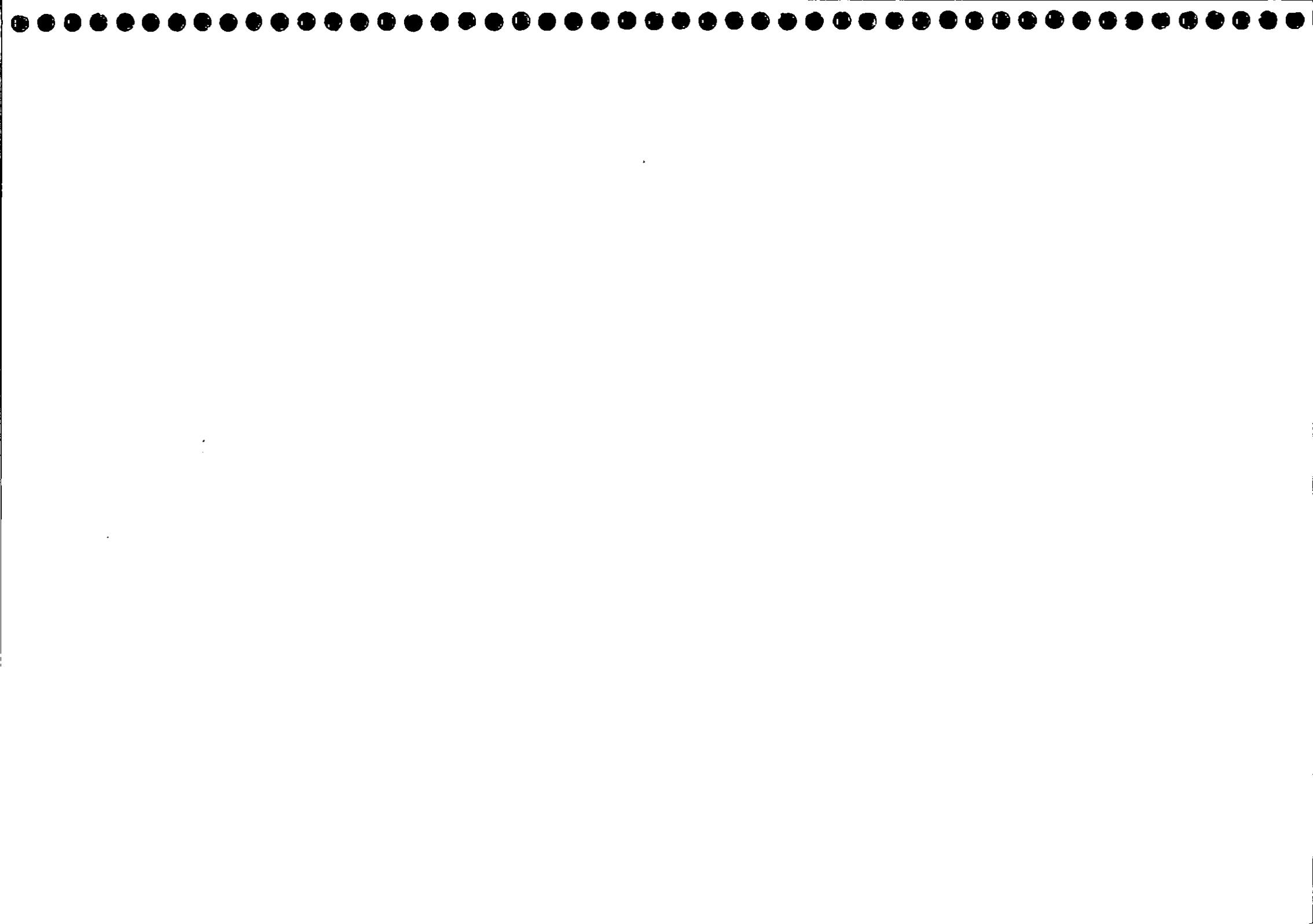
Tabela 5- Frequência do uso de Cocaína, Maconha e Crack em pacientes de instituições selecionadas de Juiz de Fora com Transtorno do Pânico e Agorafobia.

	Transtorno do Pânico					Agorafobia				
	sim		não		p-valor	sim		não		p-valor
	n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Cocaína</b>										
sim	5	83,3	1	16,7		2	33,0	4	66,7	
não	29	67,4	14	32,6	0,395	24	55,8	19	44,2	0,276
<b>Maconha</b>										
sim	15	68,1	7	31,8		11	50,0	11	50,0	
não	19	70,3	8	28,6	0,556	15	55,0	12	44,5	0,460
<b>Crack</b>										
sim	14	87,5	2	12,5		11	68,7	5	31,3	
não	20	60,6	13	39,3	0,053	15	45,4	18	54,5	0,109

Dos pacientes usuários de drogas, os que usam crack apresentam maior frequência de Depressão do que os usuários de maconha e cocaína, não sendo esta frequência estatisticamente significativa (Tabela 6).

Tabela 6- Frequência de depressão em usuários de Cocaína, Maconha e Crack em pacientes de instituições selecionadas de Juiz de Fora.

	Depressão				
	sim		não		p-valor
	n	%	n	%	
<b>Cocaína</b>					
sim	4	66,6	2	33,3	
não	34	79,0	9	20,9	0,408
<b>Maconha</b>					
sim	15	68,1	7	31,8	
não	23	85,1	4	14,8	0,141
<b>Crack</b>					
sim	14	87,5	2	12,5	
não	24	72,7	9	27,2	0,216



Não existe diferença significativamente importante na média de idade dos pacientes que apresentam Transtorno do Pânico, Depressão e Agorafobia. Em relação à renda familiar, os pacientes com Transtorno do Pânico, Agorafobia e Depressão apresentam uma média de renda baixa. Em relação à presença ou não da Depressão, existe diferença estatisticamente importante entre a renda familiar ( $p$ -valor=0,013) (Tabela 7).

**Tabela 7-** Média de idade e Renda Familiar em relação ao Transtorno do Pânico, Agorafobia e Depressão.

	n	Idade			Renda familiar	
		média anos	DP		n	média reais
<b>Transtorno do Pânico</b>						
não	15	40,9	12,4	11	1,7	1,2
sim	34	40,2	8,2	31	1,5	1,0
<b>Agorafobia</b>						
não	23	39,6	10,9	18	1,7	1,0
sim	26	41,1	8,4	24	1,5	1,1
<b>Depressão</b>						
não	11	38,0	11,4	8	2,4	1,2
sim	38	41,1	9,0	34	1,4	0,9 *

\* $p$ - valor menor que 0,05.

Quando compara-se os pacientes com depressão, 81,6% apresentam Transtorno do Pânico, havendo um resultado significativo (Tabela 8).

**Tabela 8-** Frequência de Transtorno do Pânico em pacientes com Depressão.

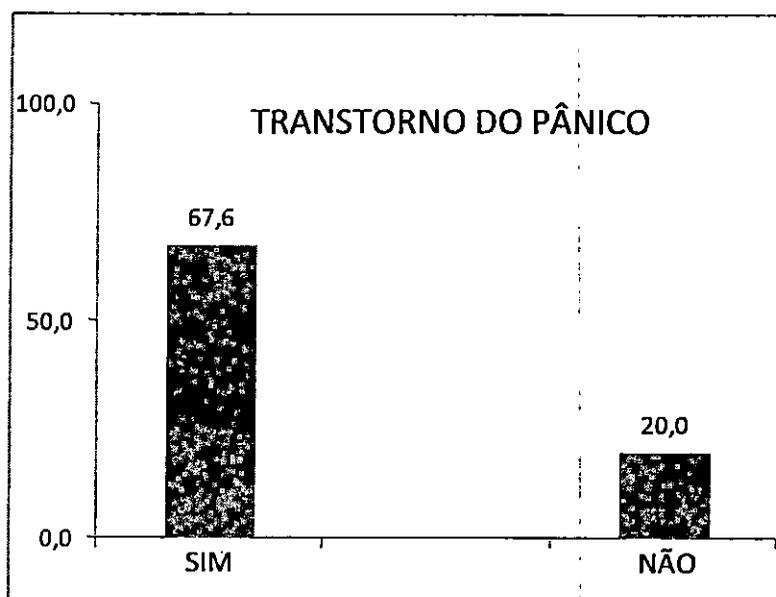
	Transtorno do Pânico				$p$ -valor
	sim		não		
Depressão	n	%	n	%	
sim	32	81,6	7	18,4	
não	3	27,3	8	72,7	0,001



Dentre todos pacientes que apresentam Transtorno do Pânico 67,6% apresentam agorafobia, sendo o resultado estatisticamente significativo (Tabela 9).

**Tabela 9- Frequência de Agorafobia em pacientes com Transtorno do Pânico.**

Agorafobia	Transtorno do Pânico				p-valor
	sim		não		
	n	%	n	%	
sim	23	67,6	3	20,0	0,002
não	11	32,4	12	80,0	



**Gráfico 1- Frequência de Agorafobia em pacientes com Transtorno do Pânico.**



## 6- DISCUSSÃO

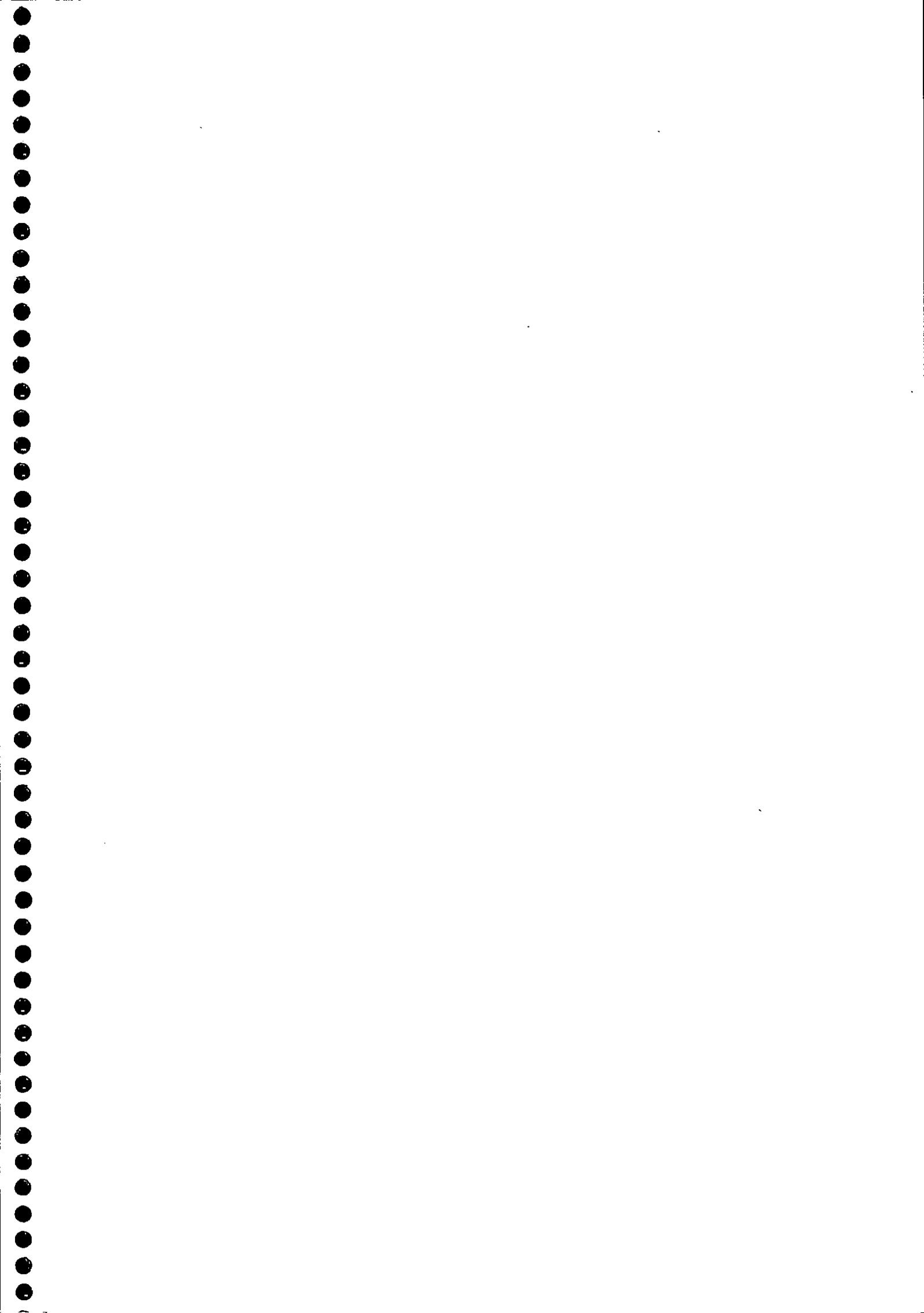
Com o objetivo de verificar a frequência do Transtorno do Pânico (TP) em pacientes dependentes químicos esse trabalho consistiu em um estudo transversal com a amostra de 49 pacientes, entre 18-60 anos, que estavam inseridos em programas de duas instituições de tratamento a dependentes químicos, sendo Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD) e Clínica Vila Verde. Foram excluídos do estudo aqueles com idade inferior a 18 anos.

Com relação às análises descritivas, a amostra deste estudo encontrou com maior frequência o Transtorno do Pânico (TP) nos pacientes do sexo masculino (76,5%) com idade acima de 40 anos. Esse resultado entra em discordância com o Melo (2004), pois ao apontar que no Brasil o TP acomete em torno de 4,0% da população, com maior frequência em mulheres na faixa etária entre 20 a 45 anos. Essa divergência de resultados se dá pelo fato das instituições abordadas apresentarem maior número de pacientes masculino do que feminino.

Verificou-se que a maioria dos dependentes químicos com TP apresentou baixa escolaridade, até primeiro grau completo (55,8%), renda familiar baixa, de até três salários mínimos (74,2%) e uma menor porcentagem apresentam união estável (26,5%), dados semelhante ao estudo realizado por Melo (2004), onde 83,4% dos entrevistados possuem no máximo até o primeiro grau completo e dos 25 pacientes entrevistados, apenas 5 possuem união estável.

Dentre os pacientes que apresentaram Depressão, a maior porcentagem foi no sexo masculino (78,9%), idade acima de 40 anos (57,9%), escolaridade até primeiro grau completo (63,2%), renda familiar até três salários mínimos (82,4%) e uma menor porcentagem apresenta união estável (21,1%). Além disso, com relação à renda familiar, os pacientes com Transtorno do Pânico, Agorafobia e Depressão apresentaram uma média de renda baixa.

Segundo Melo (2004), a chance de um dependente de substância química desenvolver TP é cinco vezes maior em relação à população geral. No



presente estudo não foi possível estabelecer correlações entre pacientes dependentes químicos e os que não apresentam essa dependência, devido à população abordada ser totalizada por pacientes em tratamento por uso de álcool e drogas, afirmando o foco do trabalho.

Apesar disso, pode-se constatar que uma grande porcentagem dos pacientes com TP (65,6%) e Agorafobia (53,1%) são fumantes. A mesma correlação foi sugerida por Valença e cols. (2001), que encontrou elevadas prevalências de tabagismo em pacientes com Agorafobia (57%) e TP (47%), confirmando associação positiva entre tabagismo e transtorno psiquiátrico encontrado no presente estudo.

Dentre as drogas utilizadas por dependentes químicos, verificou-se que os que usam crack apresentam mais TP e Agorafobia em relação aos usuários de cocaína e maconha, fato comprovado pelo estudo realizado por Scheffer e cols. (2010), que relata que dentre os transtornos ansiosos, houve maior prevalência para Agorafobia e TP nos dependentes de crack.

Verificando a frequência de depressão, observou-se uma grande porcentagem em usuários de álcool (82,9%) e drogas (74,2%), não apresentando diferenças estatísticas significativas. Este resultado é semelhante ao do Scheffer e cols. (2010), que concluiu que o abuso de substâncias tem sido relacionado à ocorrência de episódios depressivos observando-se que o uso abusivo de álcool, mesmo em concentrações mínimas como 0,1% e cocaína e afeta o sistema serotoninérgico e que este está relacionado com a depressão, causando a sua diminuição no meio extracelular. Já a depressão em relação ao tabagismo, verificou-se no estudo atual, uma diferença de depressão em fumantes (68,8%) e não fumantes (94,1%), corroborando os resultados encontrados por Valença e cols. (2001), onde demonstrou-se uma associação positiva entre tabagismo e transtornos psiquiátricos, incluindo ansiedade e depressão. Malbegier e cols. (2005), relaciona o tabagismo e aspectos negativos da afetividade, tais como tensão, ansiedade, irritabilidade, humor e sintomas depressivos em geral.

Ainda com relação à Depressão, observou-se que 81,6% dos pacientes com depressão apresentaram Transtorno do Pânico. Esse resultado vai de



encontro às sugestões de Montiel (2005), de que os transtornos depressivos são as comorbidades mais frequentes do Transtorno de Pânico, após outros distúrbios de ansiedade, com incidência estimada de 15% a 30%.

Em concordância com o referencial bibliográfico verificado, foi observado no presente estudo que dentre os pacientes que apresentam Transtorno do Pânico, 67,6% possuíam sintomas de Agorafobia.

A partir dos resultados encontrados, pode-se conhecer a maioria dos pacientes que estão sendo atendidos por queixa de dependência química no momento, pelas principais instituições especializadas da cidade de Juiz de Fora-MG. As análises descritivas informaram dados que podem contribuir para ações preventivas com foco em determinada faixa etária, escolaridade e renda.

Esse estudo possui limitações metodológicas, como a dificuldade no acesso às instituições psiquiátricas de Juiz de Fora, o que explica a maioria dos resultados apresentados não serem estatisticamente significativos. Afirmamos a importância do tema, que não é facilmente encontrado na literatura, e sugerimos a necessidade de realização de estudos relacionando Transtorno do Pânico, Agorafobia e Depressão com amostras maiores.

## **7- CONCLUSÃO**

No presente estudo foi possível analisar que a frequência do Transtorno do Pânico (TP) em dependentes químicos foi de 69%, sendo que 77,1% em usuários de álcool, 65,6% em fumantes e 74,2% em usuários de drogas. A frequência de depressão em pacientes com TP é de 81,6% e a de Agorafobia foi de 67,6%. Quanto aos aspectos socioeconômicos, os pacientes que mais apresentaram TP foi do sexo masculino 76,5%, com idade acima de 40 anos 53,0%, com escolaridade até primeiro grau completo 55,8%, renda familiar de até três salários mínimos 74,2% e estado civil solteiro 44,1%. Em relação aos tipos de drogas e a frequência do TP, foi constatado que a porcentagem nos usuários de crack foi de 87,5%, e a porcentagem nos usuários de cocaína foi de 83,3% e nos usuários de maconha foi de 68,1%.



## 8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Andrade LHS de, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev de Psiquiatria Clínica 2006; 33(2):43-54.
- 2- CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde -  
[http://virtualpsy.locaweb.com.br/cid\\_janela.php?cod=11](http://virtualpsy.locaweb.com.br/cid_janela.php?cod=11) (acessado em 02/Mar/2012).
- 3- DSM-IV-TR™ Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Cláudia Dornelles; 4ªed rev. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- 4- Freud S. Mal Estar na Civilização. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. XIV
- 5- Gurgel JDC, Costa KVT, Cutini FN, Júnior KMAS, Meszsalma MA, Cavalvanti HVR. Tontura associada a distúrbio do pânico e agorafobia: relato de caso e revisão da literatura. Rev Brasileira de Otorrinolaringologia 2007; 73(4):569-72.
- 6- Manfro GG, Heldt E, Cordioli AV, Otto MW. Terapia coognitivo-comportamental no transtorno do pânico. Rev Brasileira de Psiquiatria 2008; 30(Supl II): S 81-7.
- 7- Manfro GG, Isolan L, Blaya C, Santos L, Silva M. Estudo retrospectivo da associação entre transtorno de pânico em adulto e transtorno de ansiedade na infância. Rev Brasileira de Psiquiatria, 2002;24(2):26-9.
- 8- Melo MPRA. Transtorno de Pânico em dependentes de substâncias psicoativas alcoólicas e não alcoólicas. Área de Concentração Saúde Mental, Unicamp; 2004. 141p.



- 9- Montiel JM, Copovilla AGS, Berberiam AA, Copovilla FC. Incidência de sintomas depressivos em pacientes com transtorno de pânico. Revista de Psicologia da Vetor Editora 2005; 6(2):33-42.
- 10-Pinto LF, Jorge A, Rodrigues R. Transtornos do pânico – atualização clínica e epidemiológica e a abordagem homeopática. Brazilian Homeopathic Journal 2008; 10(1):30-7.
- 11-Salum GA, Blaya C, Manfro GG. Transtorno do pânico. Rev psiquiatrica. Rio Gd Sul 2009; 31(2):86-94.
- 12-Sardinha A, Araujo CGS, Nardi AE. Treinamento físico intervalado como ferramenta na terapia cognitivo-comportamental do transtorno de pânico. Jornal Brasileiro de psiquiatria 2011, 60(3):227-30.
- 13-Sardinha A, Nardi AE, Zin WA. Ataques de Pânico são realmente inofensivos? Impacto cardiovascular do transtorno do pânico. Rev Brasileira de Psiquiatria 2009;31(1):57-62.
- 14- Scheffer M, Pasa GG, Almeida RMM. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. Psicologia: Teoria e Pesquisa 2010, 26(3):533-41.
- 15-Silva CR, Kolling NM, Carvalho JCN, Cunha SM, Kristensen CH. Comorbidade psiquiátrica em dependente de cocaína/crack e alcoolista: um estudo exploratório. Aletheia no.3º Canoas dez 2009.
- 16-Souza AM. Estudo da associação entre ansiedade de separação e transtorno de pânico. UNICAMP;1996.



- 17-Terra MB, Figueira I, Athayde LD. Fobia social e transtorno do pânico: relação temporal com dependência de substâncias psicoativas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 2003; 25(3):436-43.
- 18-Torres AR, Lima MCP, Ramos-Cerqueira ATA. Tratamento do transtorno de pânico com terapia psicodramática de grupo. *Rev Brasileira de Psiquiatria* 2001; 23(3):141- 8.
- 19-Yano Y, Meyer SB, Tung TC. Modelo de Tratamento para o transtorno do pânico. *Rev Estudos de psicologia* 2003; 20(3):125 - 34.
- 20-Valença A M, Nardia A E, Nascimento I, Mezzasalma M A, Lopes F L, Zinb W. Transtorno de pânico e tabagismo. *Rev Bras Psiquiatr* 2001;23(4):229-32.
- 21-Malbergier A, Oliveira Jr H P. Dependência de Tabaco e Comorbidades Psiquiátricas. *Rev. Psiq. Clín.* 32 (5); 276-282, 2005



## **9. ANEXOS**





## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### Informações ao participante:

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a Frequência de Transtorno do Pânico em pessoas acompanhamento em instituições de saúde na cidade de Juiz de Fora(MG). Serão aplicados um questionário sócio econômico e o inventário de Beck (que investiga graus de depressão).

É importante conhecer na população ,que fazem uso de substancias psicoativas ,o grau de depressão e se o mesmo pode levar ao Transtorno do Pânico.

Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam o que será realizado.

1. Os profissionais envolvidos estão capacitados e instruídos para a aplicação do questionário, sendo capazes de esclarecer qualquer dúvida antes, durante e após a entrevista.
2. Você pode se recusar a participar do estudo e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem que haja penalização ou prejuízo. Durante o preenchimento dos questionários, você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento.
3. A participação como voluntário(a), não dará ao (à) participante, nenhum privilégio, nem prejuízo, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento.
4. Devido a utilização de questionários que abordam temas de ansiedade e depressão e relatam dados e/ou experiências pessoais, havendo assim um risco caracterizado como acima do mínimo, será oferecido apoio psicológico para os participantes que julgarem necessário.
5. Serão garantidos o sigilo e a privacidade, sendo reservado ao(a) participante o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometer-lo(a), de acordo com o preconizado na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil.
6. As pessoas que irão analisar os dados dos questionários não terão acesso aos nomes, e sim a um número de identificação. Na apresentação dos resultados os nomes dos participantes serão preservados. Estes só serão apresentados em conjunto, portanto o sigilo quanto aos dados do(a) Sr(a). está garantido.
7. Os questionários serão aplicados no horário mais conveniente ao participante. Aproximadamente gastaremos cerca de 10 a 20 minutos com a entrevista.
8. O Termo de Consentimento será assinado pelo participante e por um dos pesquisadores coordenadores do projeto.
9. Caso tenha qualquer pergunta sobre esta pesquisa ou desejar ter outras informações ou esclarecimentos a respeito da mesma, por gentileza, entre em contato com um dos pesquisadores envolvidos através do telefone (32) 84269543.



10. A sua participação será bastante valiosa já que os resultados do estudo são importantes para avaliação e criação de programas que melhorem a qualidade de vida dos médicos residentes. A pesquisa é de intuito investigativo-acadêmico sem quaisquer efeitos avaliativos individuais e/ou institucionais.

11. Os resultados estarão disponíveis para acesso de todos os participantes no final da pesquisa. Caso esteja interessado entrar em contato com os pesquisadores no telefone acima especificado.

Responda as perguntas a seguir, circulando a resposta SIM ou Não:

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 1. Você leu o termo de consentimento?                          | SIM | NÃO |
| 2. Você se sente completamente esclarecido (a) sobre o estudo? | SIM | NÃO |
| 3. Foram respondidas todas as suas perguntas sobre o estudo?   | SIM | NÃO |
| 4. Você concorda em fazer parte do estudo?                     | SIM | NÃO |

A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou o meu consentimento.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Nome do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador





UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – UNIPAC  
FACULDADE DE MEDICINA DE JUIZ DE FORA – FAME/JF



QUESTIONÁRIO SÓCIO ECONÔMICO

IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADOR: \_\_\_\_\_ DATA DA ENTREVISTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME

IDADE
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

SEXO
Feminino [ ]      Masculino [ ]

RAÇA
Branco(a) [ ]    Negro(a) [ ]    Pardo(a) [ ]    outra: _____

ESTADO CIVIL
Solteiro(a) [ ]    Casado(a) [ ]    Separado(a) [ ]

RELIGIÃO

MORADIA
Com a família [ ]    Sozinho(a) [ ]    Com amigos [ ]    Parentes [ ]
Número: _____

RELAÇÃO FAMILIAR E SOCIAL

ANTECEDENTE FAMILIAR DE HISTÓRIA DE AP,TP E AGOROFOBIA



COMO FOI A INFÂNCIA

ESCOLARIDADE			
Analfabeto[ ]	Alfabetizado [ ]	Primeiro Grau Incompleto[ ]	
Primeiro Grau Completo[ ]	Segundo Grau Incompleto [ ]	Segundo Grau Completo [ ]	
Superior Incompleto[ ]	Superior Completo [ ]	Não sabe/Não respondeu [ ]	

RENDA FAMILIAR

TRABALHO ANTERIOR		
TIPO	INÍCIO	FIM

OCUPAÇÃO ATUAL		
TIPO	INÍCIO	

FUMO			
TIPO	INÍCIO	FIM	QUALIDADE

USO DE ÁLCOOL			
TIPO	INÍCIO	FIM	QUALIDADE

DROGAS ILÍCITAS			
TIPO	INÍCIO	FIM	QUALIDADE





UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – UNIPAC  
FACULDADE DE MEDICINA DE JUIZ DE FORA – FAME/JF



TRATAMENTO
QUE TIPO DE TRATAMENTO ESTÁ SENDO FEITO? _____
HÁ QUANTO TEMPO COMEÇOU A DESINTOXICAÇÃO? _____
ESTÁ SE SENTINDO MELHOR? _____

EXAME FÍSICO
PESO: _____
ALTURA: _____
PRESSÃO ARTERIAL: _____



## Inventário Beck De Depressão

### A - TRISTEZA

- Não me sinto triste.
- Sinto-me melancólico(a) ou triste.
- Estou triste e melancólico(a) o tempo todo e não consigo sair disso.
- Estou tão triste e infeliz que isso é extremamente doloroso.
- Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar.

### B - PESSIMISMO

- Não estou particularmente triste ou desencorajado(a) em relação ao futuro.
- Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.
- Sinto que não tenho nada para alcançar.
- Sinto que nunca superarei meus problemas.
- Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

### C - SENSO DE FRACASSO

- Não me sinto um fracassado(a).
- Sinto que tenho fracassado(a) mais que uma pessoa comum.
- Sinto que tenho realizado muito pouca coisa que valha.
- Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- Sinto que sou um completo fracasso como pessoa (pai, marido, mulher...).

### D - INSATISFAÇÃO

- Não estou particularmente insatisfeito(a).
- Sinto-me entediado(a) a maior parte do tempo.
- Não tenho gosto pelas coisas como costumava ter.
- Não consigo ter satisfação por nada atualmente.
- Estou insatisfeito(a) com tudo.

### E - CULPA

- Não me sinto particularmente culpado(a).
- Sinto-me mal ou indigno(a) uma boa parte do tempo.
- Sinto-me bastante culpado (a).
- Sinto-me mal ou indigno (a), praticamente o tempo todo, agora. Sinto-me mal ou indigno (a), praticamente o tempo todo, agora.
- Sinto-me como se estivesse bem ruim e sem valor.

### F - EXPECTATIVA DE PUNIÇÃO

- Não acho que esteja sendo punido.



- ~ Tenho um pressentimento de que alguma coisa ruim possa acontecer comigo.
- ~ Sinto que estou sendo punido(a) ou que irei ser punido.
- ~ Sinto que mereço ser punido(a).
- ~ Quero ser punido(a).

#### G - AUTODESGOSTO

- ~ Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo.
- ~ Estou desapontado(a) comigo mesmo.
- ~ Não gosto de mim.
- ~ Estou aborrecido(a) comigo mesmo.
- ~ Eu me odeio.

#### H - AUTO-ACUSAÇÕES

- ~ Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.
- ~ Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
- ~ Eu me culpo sempre por minhas falhas.
- ~ Eu me culpo por tudo de mau que acontece.

#### I - IDÉIAS SUICIDAS

- ~ Não tenho quaisquer pensamentos sobre prejudicar a mim mesmo(a).
- ~ Tenho pensamentos sobre prejudicar a mim mesmo(a), mas eu não os colocaria em prática.
- ~ Sinto que estaria em melhor situação morto(a).
- ~ Sinto que minha família estaria em melhor situação se eu estivesse morto(a).
- ~ Eu me mataria se pudesse.

#### J - CHORO

- ~ Não choro mais do que o habitual.
- ~ Choro mais agora do que costumava.
- ~ Agora, choro o tempo todo.
- ~ Costumava ser capaz e chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

#### K - IRRITABILIDADE

- ~ Não sou mais irritado agora do que já fui.
- ~ Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
- ~ Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
- ~ Não me irrita mais com as coisas que costumavam me irritar.

#### L - INTERAÇÃO SOCIAL

- ~ Não perdi o interesse pelas outras pessoas.



Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.

Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.

Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.

#### M - INDECISÃO

Tomo decisões tão bem quanto antes.

Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.

Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.

Não consigo mais tomar decisões.

#### N - MUDANÇA DA IMAGEM CORPORAL

Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.

Estou preocupado por estar parecendo velho ou sem atrativos.

Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.

Acredito que pareço feio.

#### O - RETARDO PARA O TRABALHO

Posso trabalhar tão bem quanto antes.

Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.

Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.

Não consigo mais fazer trabalho algum.

#### P - INSÔNIA

Consigo dormir tão bem como o habitual.

Não durmo tão bem quanto costumava.

Acordo um a duas horas mais cedo do que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir.

Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

#### Q - SUCETIBILIDADE À FADIGA

Não fico mais cansado do que o habitual.

Fico cansado com mais facilidade do que costumava.

Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.

Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

#### R - ANOREXIA

Meu apetite não está pior do que o habitual.

Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.

Meu apetite está muito pior agora.



☐ Não tenho mais nenhum apetite.

#### S – PERDA DE PESO

☐ Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.

☐ Perdi mais de dois quilos e meio.

☐ Perdi mais de cinco quilos.

☐ Perdi mais de sete quilos.

#### T – PREOCUPAÇÃO SOMÁTICA

☐ Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.

☐ Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.

☐ Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.

☐ Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

#### U – PERDA DO INTERESSE SEXUAL

☐ Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.

☐ Estou menos interessado por sexo do que costumava estar.

☐ Estou muito menos interessado em sexo atualmente.

☐ Perdi completamente o interesse por sexo.

Corrigir

#### Pontos de Corte

Existem várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão, utilizando-se o Inventário Beck de Depressão (Beck et al., 1961; Gotlib, 1984; Oliver e Simmons, 1984; Tanaka-Matsumi e Kameoka, 1986; Louks et al., 1989). Segundo Beck et al. (1988), a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. Para amostras de pacientes com transtorno afetivo o "Center of Cognitive Therapy" recomenda os seguintes pontos de corte:

Abaixo de 10 = Sem depressão ou depressão leve;

Entre 10 e 18 = Depressão leve a moderada;

Entre 19 e 29 = Depressão moderada a grave;

Entre 30 e 63 = Depressão grave.





**Instrumento para avaliar transtornos de ansiedade (Ataque do Pânico,  
Transtorno do Pânico e Agorafobia)**

Ataque do Pânico - Sintomas		Sim	Não
Excitação autonômica	Palpitações ou taquicardia		
	Sudorese		
	Tremores ou agitação		
	Boca seca		
	Sensação de falta de ar ou sufocamento		
	Sensação de asfixia		
	Dor no peito ou desconforto		
Náusea ou desconforto abdominal			
Cérebro e mente	Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio		
	Desrealização ou despersonalização		
	Medo de perder o controle ou enlouquecer		
	Medo de morrer		
Sintomas gerais	Anestesia ou sensação de formigamentos		
	Calafrios ou ondas de calor		

Sintomas Agorafóbicos		Sim	Não
	Medo de multidões		
	Medo de estar em lugares públicos		
	Medo de viajar sozinho		
	Medo de estar fora de casa		

Frequência de Ataques de pânico	Dias	Semanas	Mês	Ano





Ilmo(a) Senhor(a) Sônia Ramos,  
Diretor(a) da CAPS-AD.

Vimos, por meio desta, apresentar os acadêmicos do curso de Graduação em Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos (FAME/JF) Ana Carolina Dias Bahia, matrícula: 091-007104, Fernanda Silva Alves de Melo, matrícula: 091-007004, Luiza Mendes Mendonça de Souza, matrícula: 091-007074, Luma Campos Mendes, matrícula: 091-007114, Mariana Teixeira d'Avila, matrícula: 091-007096, Rayana Sol Santos Martins, matrícula: 091-007006, Wanessa Moreira de Barros, matrícula: 091-006993 que estão desenvolvendo o projeto "Transtorno do Pânico em dependentes químicos, acompanhados em Instituições de Saúde selecionadas em Juiz de Fora - MG", como parte de requisito parcial para conclusão do referido curso.

Os referidos alunos realizarão uma pesquisa cujo objetivo é relacionar a presença do transtorno do pânico, depressão e perfil sócio econômico em pacientes dependentes químicos e alcoólicos.

Os dados coletados poderão ser usados como fonte de informação para definir o perfil dos usuários de substâncias químicas e que possuem o Transtorno do Pânico. O mesmo será executado sob a orientação do Prof. Dr. Guilherme Henrique Faria do Amaral. Os participantes da pesquisa serão pacientes que se encontram em tratamento nestas instituições, sendo estes dependentes químicos que serão avaliados quanto ao Transtorno do Pânico.

Cabe esclarecer que os trâmites necessários para a realização da pesquisa envolvendo seres humanos, dispostos pela Resolução 196/96, serão observados com rigor. O protocolo será apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos de Juiz de Fora e só será iniciado após ter sido aprovado por este Comitê. O senhor receberá uma cópia da carta de aprovação tão logo ela esteja disponível.

Colocamos nossa contribuição para o que for necessário e, desde já, contamos com a vossa valiosa contribuição.

Atenciosamente,

Juiz de Fora, 6 de junho de 2012.

Dr. César Carvalho-Esteves  
Coordenador do Curso  
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora  
FAME/JF - UNIPAC

Guilherme H. Faria do Amaral  
PSICOPATRIA  
FONE: 35 36 588

Dr. Guilherme Henrique Faria do Amaral  
Orientador da Pesquisa  
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora  
FAME/JF - UNIPAC

*ciente - aguardando  
autorização do comitê  
de ética 06/06/12*

Sônia Ramos  
Coordenadora  
CAPS Álcool-Drogas  
DRSME/SCIP/JF  
FONE 3530





**Ilmo(a) Senhor(a) Guilherme Henrique Faria do Amaral,  
Diretor(a) da Clínica Vila Verde – Bromélias.**

Vimos, por meio desta, apresentar os acadêmicos do curso de Graduação em Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos (FAME/JF) Ana Carolina Dias Bahia, matrícula: 091-007104, Fernanda Silva Alves de Melo, matrícula: 091-007004, Luiza Mendes Mendonça de Souza, matrícula: 091-007074, Luma Campos Mendes, matrícula: 091-007114, Mariana Teixeira d'Avila, matrícula: 091-007096, Rayana Sol Santos Martins, matrícula: 091-007006, Wanessa Moreira de Barros, matrícula: 091-006993 que estão desenvolvendo o projeto "Transtorno do Pânico em dependentes químicos, acompanhados em Instituições de Saúde selecionadas em Juiz de Fora - MG", como parte de requisito parcial para conclusão do referido curso.

Os referidos alunos realizarão uma pesquisa cujo objetivo é relacionar a presença do transtorno do pânico, depressão e perfil sócio econômico em pacientes dependentes químicos e alcoólicos.

Os dados coletados poderão ser usados como fonte de informação para definir o perfil dos usuários de substâncias químicas e que possuem o Transtorno do Pânico. O mesmo será executado sob a orientação do Prof. Dr. Guilherme Henrique Faria do Amaral. Os participantes da pesquisa serão pacientes que se encontram em tratamento nestas instituições, sendo estes dependentes químicos que serão avaliados quanto ao Transtorno do Pânico.

Cabe esclarecer que os trâmites necessários para a realização da pesquisa envolvendo seres humanos, dispostos pela Resolução 196/96, serão observados com rigor. O protocolo será apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos de Juiz de Fora e só será iniciado após ter sido aprovado por este Comitê. O senhor receberá uma cópia da carta de aprovação tão logo ela esteja disponível.

Colocamos nossa contribuição para o que for necessário e, desde já, contamos com a vossa valiosa contribuição.

Atenciosamente,

Juiz de Fora, 1º de junho de 2012.

Dr. César Carvalho Esteves  
Coordenador do Curso  
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora  
FAME/JF - UNIPAC

Dr. Guilherme Henrique Faria do Amaral  
Orientador da Pesquisa  
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora  
FAME/JF - UNIPAC

