

CICERA ANDRÉA OLIVEIRA BRITO PATUTTI

***TRANSTORNO DE PÂNICO E IDEAÇÃO SUICIDA:
Características de Personalidade por meio do Teste de Pfister***

CAMPINAS

2004

CICERA ANDRÉA OLIVEIRA BRITO PATUTTI

TRANSTORNO DE PÂNICO E IDEACÃO SUICIDA:
Características de Personalidade por meio do Teste de Pfister

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 Ciências Biomédicas.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos

CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. Luís Alberto Magna

CAMPINAS

2004

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

P278t Patutti, Cicera Andréa Oliveira Brito
Transtorno de pânico e ideação suicida: Características de
personalidade por meio do teste de Pfister / Cícera Andréa Oliveira
Brito Patutti. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientadores : Evandro Gomes de Matos, Luis Alberto Magna
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Personalidade. 2. Pânico. 3. Suicídio – aspectos psicológicos.
I. Evandro Gomes de Matos. II. Luis Alberto Magna. III.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
IV. Título.

SLP

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos

Co-orientador: Prof. Dr. Luís Alberto Magna

Membros da Banca:-

Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos

Prof. Dra. Maria Adélia Jorge Mac Fadden

Prof. Dra. Anna Elisa Villemor Amaral

Membros Suplentes:-

Prof. Dra. Luzia A. Martins Yoshida

Prof. Dr. Antônio Terzis

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Maria Amélia, ser perseverante e cheio de vida.

Aos meus amados filhos, Felipe e Gabriel, que me provocam a aprendizagem da complexa arte de renascer a cada dia.

Este trabalho é fruto da convivência com um número razoável de pessoas, desde familiares, mestres e colegas. Peço desculpas pelas omissões que, muito provavelmente, poderão ocorrer. De qualquer forma, gostaria de citar alguns que contribuíram significativamente.

Agradeço ao nosso Pai, sem Ele, nada podemos realizar.

Aos pacientes atendidos no Núcleo de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade (NATA) / HC – UNICAMP. Sem eles este trabalho não teria sido concluído, como também meu aprendizado decorrente deste encontro.

Aos meus pais, Etiene e Maria Amélia, pelo incentivo, apoio e principalmente por valorizarem os estudos.

Aos meus queridos irmãos, Adriana, Cristiane, Júnior e Nen, sempre que possível tentaram atender, cada um à sua maneira, meus inúmeros pedidos de socorro.

Ao Gilmar que, pela convivência, provocou a construção, busca e alcance de novas possibilidades.

Quero agradecer ao Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos e Prof. Dr. Luís Alberto Magna, pela orientação, sabedoria oferecida durante a realização deste trabalho e pelo incentivo a novas conquistas e pesquisas.

À Profa. Dra. Anna Elisa Villemor Amaral, pela disposição a orientar e esclarecer dúvidas sobre o Pfister, à Profa. Dra. Marisa Lúcia. F. Mauro e Profa. Dra. Maria Adélia J. Mac Fadden, pelas valiosas sugestões no Exame de Qualificação, à Profa. Dra. Luzia A.M. Yoshida, pelas sugestões e observações na fase final deste trabalho e à Profa. Telma Finardi, pela didática aplicada durante as aulas de inglês.

À amiga Maria Piedade de Araújo Melo (Mapi), sempre com ponderação e respeito, incentivou meu desbravamento na carreira acadêmica.

Meu imenso agradecimento às minhas admiráveis amigas e companheiras do NATA, portadoras de aguda sensibilidade, humor e generosidade: Lionela Ravera Sardelli, Ana Paula Yamakawa Godoy, Rosemary Assis, Carla R.A.V. Stella, Anna Gabriela P.S. Annicchino, Liziane C. Soares, Vânia Paula S. Rossi e Elke Kauder, colaborando para meu amadurecimento profissional, permitindo meu aprendizado com suas pesquisas. Em especial, a Liliana Ravera, apesar da distância (Itália), sempre transmitindo muita força. Às estagiárias-voluntárias, estudantes de Psicologia, Renata Rego e Priscilla S. Braide, pela retaguarda oferecida durante permanência no NATA.

Deixo meus agradecimentos aos profissionais, amigos e pessoas que, de alguma forma, colaboraram em algum momento de minha trajetória. Em especial à Maristela Silva Farci, psicóloga da enfermaria de Psiquiatria, ao Prof. Dr. Wolgrand A. Vilela, pelo ombro amigo, sempre disponível, ao Prof. Dr. Cláudio E.M. Banzatto, Profa. Dra. Liliana Adolpho M. Guimarães, Profa. Heloísa B. Grubts Freire, Profa. Maria Érica O. Lima (querida prima) e Dr. Antonio de Carvalho Silva, pelo interesse e atenção dada à pesquisa.

À amiga Marlene A. Dias Pinto que, com muita propriedade, orientou nos trâmites da Ética em Pesquisa e aos amigos que, apesar da distância, estavam sempre presentes em meus pensamentos: Andréa Cristina Trivelato, Gisleine e Flávio Fernandes, Claudia Balista, Robson Gabeta, Andréa Paula Moutinho e Francisco Carlos Piccolo (Cacá).

À Mônica, secretária do DPMP, Márcia, secretária da CPG, sempre disponíveis para o atendimento ao aluno nos trâmites burocráticos da pós-graduação, Lurdinha, Ani e Nádia, atendentes do ambulatório geral de psiquiatria, prestativas durante o funcionamento do NATA.

Agradeço a CAPES pelo apoio financeiro durante o desenvolvimento deste estudo.

“Via de regra, o que não está à vista perturba a mente do homem mais seriamente que o que ele vê”.

Júlio César

	PÁG.
RESUMO	<i>xxxiii</i>
ABSTRACT	<i>xxxvii</i>
1- INTRODUÇÃO	41
1.1- Transtorno de Pânico.....	44
1.2- Personalidade no Transtorno de Pânico.....	50
1.2.1- Avaliação Psicológica: Teste das Pirâmides Coloridas de Max Pfister.....	51
1.3- Suicídio no Transtorno de Pânico.....	58
2- OBJETIVOS	63
2.1- Geral.....	65
2.2- Específicos.....	65
3- MÉTODO E CASUÍSTICA	67
3.1- Desenho da pesquisa.....	69
3.2- Contexto de origem da pesquisa.....	69
3.3- Local e sujeitos.....	74
3.4- Aspectos Éticos.....	76
3.5- Instrumentos de Pesquisa.....	77
3.6- Coleta de dados.....	78
3.7- Análise dos dados.....	81
4- RESULTADOS	85
4.1- Caracterização da amostra.....	87

4.2- Instrumentos.....	94
4.2.1- BDI.....	94
4.2.2- Sheehan.....	96
4.2.3- Pfister.....	98
5- DISCUSSÃO.....	107
6- CONCLUSÃO.....	121
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	125
8- ANEXOS.....	137
8.1- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa / FCM – Unicamp.....	139
8.2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	143
8.3- Protocolo NATA.....	145
8.4- Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	147
8.5- Escala de Ansiedade de Sheehan.....	149
8.6 Folha de Registro e Avaliação – Teste Pirâmides Coloridas de Pfister.....	151

LISTA DE ABREVIATURAS

AM	Cor amarela
APA	Associação Psiquiátrica Americana
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AZ	Cor azul
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BR	Cor branca
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CI	Cor cinza
CID	Classificação Internacional das Doenças
CIS	Com Ideação Ssuicida
CM	Com medicação
DM	Depressão Maior
DP	Desvio-Padrão
DPMP	Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	“Epidemiologic Catchment Area Study”
F	Sexo feminino
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FOB. ESPEC.	Fobia Específica
GR 1	Pacientes sem ideação suicida e sem medicação
GR 2	Pacientes sem ideação suicida e com medicação

GR 3	Pacientes com ideação suicida sem medicação
GR 4	Pacientes com ideação suicida com medicação
HC-UNICAMP	Hospital das Clínicas-UNICAMP
HAM-A	Escala de Ansiedade de Hamilton
HAM-D	Escala de Depressão de Hamilton
HTP	“House Tree Person”
IMAO	Inibidor da amonoxídase
IS	Idéias de Suicídio
LA	Cor laranja
M	Sexo masculino
MA	Cor marrom
MMPI	Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade
NATA	Núcleo de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade
NIMH	“National Institute of Mental Health”
OMS	Organização Mundial da Saúde
PR	Cor preta
PVM	Prolapso da Valva Mitral
R2	Médico do 2º ano de residência em psiquiatria
SHEEHAN	Escala de Ansiedade de Sheehan
SM	Sem medicação
TA	Transtornos de Ansiedade
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental

TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TP	Transtorno de Pânico
TPC	Teste das Pirâmides Coloridas
TS	Tentativa de Suicídio
SIS	Sem Ideação Suicida
VD	Cor verde
VI	Cor violeta
VM	Cor vermelha
Vs.	Versus
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS

	<i>PÁG.</i>
Tabela 1- Características sociodemográficas.....	87
Tabela 2- Análise descritiva da idade.....	88
Tabela 3- Análise descritiva da idade do 1º ataque de pânico.....	88
Tabela 4- Frequência de comorbidades.....	88
Tabela 5- Frequência de abuso de substâncias.....	90
Tabela 6- Caracterização da amostra dividida em grupos.....	93
Tabela 7- Análise descritiva da idade nos grupos.....	94
Tabela 8- Sintomatologia depressiva.....	94
Tabela 9- Níveis de sintomatologia depressiva nos grupos.....	96
Tabela 10- Sintomatologia ansiosa.....	96
Tabela 11- Níveis de sintomatologia ansiosa nos grupos.....	98
Tabela 12- Frequência dos aspectos formais das pirâmides.....	99
Tabela 13- Correlação do aspecto formal das pirâmides entre os grupos.....	99
Tabela 14- Comparação de médias das cores entre grupos estudados.....	101
Tabela 15- Comparação das médias das síndromes entre grupos.....	103
Tabela 16- Correlação da amplitude do campo cromático entre grupos.....	106

LISTA DE FIGURAS

	<i>PÁG.</i>
Figura 1- Afrodite, Pã e Eros. Grupo de mármore procedente de Delos. Data: aC.100. Atenas, “National Archacological Museum”, 1999.....	45
Figura 2- Cartão com esboço de pirâmide.....	53
Figura 3- Quadriculos coloridos do Teste de Pfister.....	53
Figura 4- Modelos de formas piramidais (VILLEMOR AMARAL, 1978 e HEISS et al., 1983).....	57
Figura 5- Organograma do NATA.....	71
Figura 6- Distribuição amostral.....	75

LISTA DE GRÁFICOS

	<i>PÁG.</i>
Gráfico 1- Freqüência de comorbidades.....	89
Gráfico 2- Freqüência de abuso de substâncias.....	90
Gráfico 3- Incidência de ideação suicida (n = 158).....	91
Gráfico 4- Incidência de tratamento farmacológico (n = 158).....	91
Gráfico 5- Distribuição da amostra em grupos.....	92
Gráfico 6- Níveis dos sintomas depressivos – BDI.....	95
Gráfico 7- Níveis dos sintomas ansiosos – Sheehan.....	97
Gráfico 8- Distribuição de formações piramidais – Grupo 1.....	100
Gráfico 9- Distribuição de formações piramidais – Grupo 2.....	100
Gráfico 10- Distribuição de formações piramidais – Grupo 3.....	100
Gráfico 11- Distribuição de formações piramidais – Grupo 4.....	100
Gráfico 12- Cor azul vs. grupos, as médias e seus respectivos intervalos de confiança (95%).....	102
Gráfico 13- Síndrome Fria vs. grupos, as médias e seus respectivos intervalos de confiança (95%).....	104
Gráfico 14- Síndrome Incolor vs. grupos, as médias e seus respectivos intervalos de confiança (95%).....	105

LISTA DE QUADROS

	<i>PÁG.</i>
Quadro 1- Sintomas que acompanham o ataque de pânico, segundo DSM-IV (APA, 1995).....	47
Quadro 2- Diretrizes diagnósticas, segundo DSM-IV (APA, 1995).....	48
Quadro 3- Classificação do valor de saturação das Cores (HEISS et al.,1983).....	55
Quadro 4- Síndromes cromáticas do Teste de Pfister (VILLEMOR AMARAL, 1978).....	56
Quadro 5- Domínios do comportamento suicida (GLIATTO et al., 2001).....	59
Quadro 6- Item-9 do Inventário de Depressão de Beck.....	72
Quadro 7- Item-32 e Item-33 da Escala de Ansiedade de Sheehan.....	74
Quadro 8- Distribuição da amostra estudada em grupos.....	74

RESUMO



O Transtorno de Pânico (TP) é um dos quadros ansiosos que causam substancial impacto psicológico, afetando negativamente a qualidade de vida daqueles que sofrem desta doença (MARKOWITZ, 1989; POLLACK e SMOLLER, 1995; MARSHALL, 1997 e Organização Mundial de Saúde (OMS), 2001). O quadro do TP se complica principalmente quando ocorre associação de outros estados emocionais (comorbidades) e que podem, levar à ocorrência de comportamentos suicidas (CAETANO, 1985 e GENTIL, 1997). Desde 1982, CORYELL et al. exploraram, em seus estudos, a associação entre TP e comportamentos suicidas. WEISSMAN et al. (1989) e NOYES (1991) também referem que é substancial o aumento de ideação, tentativas de suicídio e suicídios completos entre pacientes com TP e ou ataques de pânico. Outros pesquisadores, interessados em investigar tipos de comportamentos, enriquecem seus estudos enfatizando a personalidade de pacientes psiquiátricos, ressaltando ser de relevância clínica, quando tais perfis são considerados no auxílio da avaliação do risco de suicídio, como também no planejamento do tratamento (GENTIL e ROSO, 1987; NOYES, 1995 e CLONINGER et al., 1998). Objetiva-se, neste trabalho, desenvolver avaliação sistemática, exploratória e original de características de personalidade, relacionada a aspectos funcionais na expressão do afeto e controle dos impulsos, de grupos de pacientes portadores de TP com idéias de suicídio em comparação com aqueles que não possuem pensamentos suicidas, no contexto ou não do tratamento farmacológico para o TP. 158 pacientes ambulatoriais compuseram a amostra estudada, procedentes do NATA/HC-UNICAMP, adultos, de ambos os sexos, diagnosticados com TP, segundo critérios do DSM-IV, sem comorbidade com quadros psiquiátricos de Transtornos de Personalidade, Esquizofrenia e quadros orgânicos e deficiência visual que interfira na visão cromática. Os grupos foram organizados conforme a presença de idéias de suicídio e uso de medicação. Os grupos 1 e 2 foram compostos por pessoas sem idéias de suicídio, entretanto sem e com uso de medicação, respectivamente. Os grupos 3 e 4 foram compostos por pessoas com idéias de suicídio, sem e com uso de medicação, respectivamente. Foram utilizados os instrumentos de avaliação BDI para identificar a sintomatologia depressiva, escala de Sheehan para investigar a sintomatologia ansiosa e o Teste projetivo das Pirâmides Coloridas de Pfister, para destacar os aspectos estruturais e afetivo-emocionais da personalidade. Os resultados indicaram que pacientes dos Grupos 3 e 4 apresentaram níveis elevados de sintomatologia

ansiosa e depressiva. No teste de Pfister a diferença mais significativa foi observado entre pacientes do Grupo 4, apresentando peculiaridades como tendências a manifestações diretas e pouco elaboradas de ansiedade, sugerindo dificuldade em lidar com estas vivências e de manter o controle racional, diante do contato com situações que lhes despertem angústia. Apresentaram mais indicadores de impulsividade e revelando estrutura de personalidade afetivamente imatura, com tendência a desviar suas tensões emocionais para si mesmo. Conclusão: a técnica projetiva das Pirâmides Coloridas de Pfister mostrou-se útil na investigação das características de personalidade da amostra de portadores de TP, verificando-se, também, que índices deste teste se correlacionam aos níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva, observados pelas escalas de Sheehan e BDI, respectivamente.

ABSTRACT



Panic Disorder (PD) is one of the anxious conditions, which cause substantial psychological impact, affecting negatively the quality of life of those who suffer from this illness (MARKOWITZ, 1989; POLLACK and SMOLLER, 1995; MARSHALL, 1997 and World Health Organization (WHO), 2001). The PD condition becomes complicated mainly when it occurs in accordance with other emotional states (comorbidities) promoting the occurrence of suicidal behavior (CAETANO, 1985 and GENTIL, 1997). Since 1982, CORYELL et al. have explored in his studies, the association between PD and suicidal behavior. WEISSMAN et al. (1989) and NOYES (1991) also referred that it is substantial the increase of suicidal ideation, suicide attempts and accomplished suicide among patients with PD and or those with panic attacks. Other researchers, interested in investigating behavior types, enriched their studies investigating also the personalities of their psychiatric patients, emphasizing its clinical relevance when such profiles are considered in the aid for evaluation of suicide risk as well as in the treatment planing (GENTIL and ROSO, 1987; NOYES, 1995 and CLONINGER et al., 1998). This work aims at developing systematic evaluation, exploratory and original of characteristics of personality, related to the functional aspects in expression of affect and control of impulse, of the groups of patients with PD and suicidal ideation in comparison with those who do not think of suicide, under or not pharmacological treatment for PD. 158 outpatients were studied, proceeding from NATA/HC-UNICAMP, adults, both genders, diagnosed with PD, according to the criteria of the DSM-IV, without comorbidity with psychiatric conditions of Personality Disorder, Schizophrenia and organic conditions and visual deficiency which interfere in the chromatic vision. The groups were organized according to the presence of suicidal ideation and the use of medication. The groups 1 and 2 were composed of people without suicidal ideation, being one of them without the use of medication for Panic Disorder and the other with, respectively. The groups 3 and 4 were made up of those with suicidal ideation, being one without the use of medication and the other with, respectively. The instrument of evaluation BDI was used to identify the depressive symptomatology, Sheehan scale for investigating the anxious symptomatology and the Pfister's Colored Pyramids projective test, for enhancing the structural and affective-emotional aspects of the personality. The results indicated that the patients in the groups 3 and 4 presented high levels of anxious and depressive symptomatology. In the Pfister' test the most significant difference was observed

in the group 4, presenting peculiarities as tendencies to direct and not very well elaborated manifestations of anxiety, suggesting difficulty in coping with these experiences and maintaining rational control while facing situations which may cause anguish. It was also observed impulsiveness and affectively immature personality, with tendency for introjection of emotional tensions. Conclusion: The Pfister's Colored Pyramids projective test was considered useful in the investigation of the characteristics of personality in the sample with PD, being also observed that the levels of this test are correlated with those levels of anxious and depressive symptomatology observed in the scales by Sheehan and BDI, respectively.

1- INTRODUÇÃO

A ansiedade se apresenta como uma condição inerente ao ser humano, sendo normal no processo do desenvolvimento e da adaptação do homem ao meio em que vive. Entretanto, em diversas situações torna-se patológica, produzindo sofrimento físico, psíquico e social.

KLEIN (1993) e GENTIL (1997), advertem que o medo e a ansiedade, por serem emoções freqüentes na vida das pessoas, não devem ser confundidos. Freud utilizava os termos em Alemão “angst” e “furcht” para referir-se a medo, ansiedade e angústia. “angst” significa tanto o medo, que gera sentimento de inquietude perante ameaça real (“angst vor”), ou imaginária (“angst”). O termo “furcht” significa medo no sentido de receio, temor a objetos inespecíficos. Ansiedade (“angst”) mesmo sendo utilizado no sentido de medo, trata de um estado especial de desprazer com atos de descarga (LAPLANCHE e PONTALIS, 1991; HANNS, 1996).

A sensação de medo nos transtornos de ansiedade é diferente dos medos normais, embora os sintomas possam ser semelhantes. Em termos gerais, os medos normais representam as reações emocionais às ameaças externas reais e a resposta emocional está adequadamente relacionada ao perigo real. Contrastando com isso, os sintomas dos transtornos de ansiedade ocorrem sem uma ameaça externa óbvia, ou quando a resposta à ameaça é excessiva (SHELTON, 2002). Frequentemente a resposta, representada pela sensação de medo, é vivenciada de forma exorbitante, mostrando-se inadequada em sua intensidade, trazendo também intenso desconforto físico. Manifesta-se de várias maneiras: generalizada, em forma de fobias - como consequência de uma experiência traumática - e de ataques de pânico - reações abruptas, sem causa aparente, com sintomas somáticos em ondas, com dispnéia e sensação de sufocação, além de outros sintomas não encontrados no medo.

Os diagnósticos de ansiedade são feitos de acordo com as manifestações somáticas e psíquicas específicas de cada transtorno.

WEILLER et al. (1998), WITTCHEN (1998) e WITTCHEN e BOYER (1998) apontam que pessoas portadoras dos transtornos ansiosos requisitam com maior freqüência os serviços de cuidados primários de saúde, ocupando uma posição de destaque entre os transtornos mentais mais diagnosticados nestes locais.

REGIER et al. (1988) realizaram um dos principais estudos para estimar a prevalência dos transtornos ansiosos. A amostra partiu de grandes comunidades americanas, quando cerca de 18.500 pessoas adultas foram entrevistadas pelo “National Institute of Mental Health” (NIMH), por meio do “Epidemiologic Catchment Area Study” (ECA) – esta investigação trata de uma série de cinco estudos de pesquisas epidemiológicas, feitas por grupos de pesquisadores independentes em colaboração com o corpo de profissionais da Divisão de Epidemiologia e Biometria do Instituto Nacional de Saúde Mental. Baseou-se em amostra de mais de 18000 adultos, escolhidos ao acaso, a partir de 18 anos, provenientes de comunidades americanas, por meio de programa de entrevista diagnóstica-. Os resultados estimaram que a prevalência geral de transtornos ansiosos, para um período de 6 meses, foi de 8,9% e para ao longo da vida foi de 14,6%.

Segundo Relatório de Saúde Mental no Mundo, desenvolvido pela OMS, em estudo realizado no contexto de atenção primária de saúde, os diagnósticos mais comuns foram depressão, ansiedade e abuso 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, destacando que os transtornos de ansiedade, em especial o TP, têm efeito substancial, especialmente no que se refere ao funcionamento psicológico (OMS, 2001).

1.1- Transtorno de Pânico

A palavra pânico tem sua origem da palavra grega *panikón*, vindo expressar o terror ou o medo causado pelo deus Pã (figura 1). Pã era meio homem e meio animal. É considerado filho de Hermes e da Ninfa Driópe, ou de Zeus com a Ninfa Calisto. Pã era considerado tão feio que, ao nascer, sua mãe correu assustada. Viveu confinado nas montanhas da Arcádia e divertia-se aparecendo subitamente aos despreocupados viajantes, os quais tinham uma reação de susto (medo), que era designado pânico. Em Atenas, o povo erigiu um Santuário ao deus Pã, próximo ao mercado público principal (lugar aberto) – *Ágora* - e alguns tinham medo – *phobos* – de frequentar o lugar público (BOCCALANDRO, 2003), derivando daí o termo Agorafobia, uma das reações que podem acompanhar o TP (APA, 1995).



Figura 1- Afrodite, Pã e Eros. Grupo de mármore procedente de Delos. Data: aC.100. Atenas, “National Archaeological Museum”, 1999.

Historicamente, foi a partir de estudos clínico-experimentais que começaram a surgir as primeiras descrições diferenciadas dos quadros dos transtornos ansiosos. Na década de 60, SARGANT¹ descreveu em artigo sobre fóbicos ansiosos, no qual 30% destes melhoravam quando era administrado antidepressivo inibidor da monoaminoxidase (IMAO). KLEIN (1964) replicou esta pesquisa com imipramina, anti-depressivo tricíclico, constatando que cerca de 80 a 90% dos pacientes apresentavam resultados positivos. Entre estes percebeu um grupo de pacientes que apresentava crises de ansiedade, ou ataques de pânico, e propôs a denominação de TP, para caracterizá-los, reservando o nome de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), para o grupo que apresentava ansiedade crônica.

¹ SARGANT apud GOMES DE MATOS, E. **Contribuições ao estudo do distúrbio do pânico e prolapso da valva mitral** – Campinas, 1992. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

Estudos subseqüentes, na década de 80, levaram à revisão da teoria freudiana do quadro clínico da neurose de angústia, de 1894.

Sigmund Freud (1856-1939) tratou do tema da angústia no decorrer de sua obra. Entre cartas dirigidas a seu amigo Fliess, destaca-se o Rascunho E (1894), intitulado “Como se origina a angústia”, descrevendo neurose de angústia como uma neurose de represamento, afirmando que a “ansiedade surge por uma formação de uma tensão acumulada”. Mais tarde, em outro artigo, “Sobre os Fundamentos para destacar da Neurastenia uma Síndrome Específica Denominada Neurose de Angústia” (1894-1895), procurou separar a neurose de angústia da neurastemia. A primeira teoria é reconhecida como teoria tóxica (libido represada), ocasionada por um fator de realidade.

A segunda teoria perde a referência da angústia com o corpo e ganha espaço na relação com a libido recalçada. A angústia aparece como conseqüência do recalçamento - esta relacionada à operação pela qual o indivíduo procura repelir ou manter no inconsciente representações (pensamentos, imagens, recordações) ligadas a uma pulsão (LAPLANCHE e PONTALIS, 1991)-. Nesta circunstância, Freud reconhece que a angústia seria central no conceito da neurose, considerando-a como um mecanismo de resposta natural, necessário para a sobrevivência e, além disso, reconhece a angústia como resultado de uma ameaça (SHELTON, 2002).

Em “Inibições, Sintomas e Ansiedade” de 1926, Freud formulou sua terceira e última teoria sobre a angústia. A ansiedade era vista como resultado do conflito psíquico entre impulsos sexuais ou agressivos inconscientes, com origem no Id, e as correspondentes ameaças de punição do Superego. A ansiedade passa a ser compreendida como sinal da presença de perigo no inconsciente (GABBARD, 1998).

Com o advento do Manual Diagnóstico e Estatístico, em sua 3ª edição (DSM-III), ocorre a descrição de sub-grupos distintos de quadros ansiosos, o TP e TAG (GOMES DE MATOS, 1992).

Após estas descobertas ocorre um notável interesse científico sobre o estudo dos ataques de pânico - elemento central de diversos quadros ansiosos -, conceituado como: “início súbito de uma intensa preocupação, medo ou terror, freqüentemente associado com

sentimentos de catástrofe iminente”, acompanhados de sintomas físicos e afetivos (BARLOW e CERNY, 1999)².

Atualmente conta-se com duas classificações internacionais para os transtornos mentais: Classificação Internacional de Doenças – 10^a edição (CID-10) e DSM-IV.

O conceito e a classificação da ansiedade como um transtorno psiquiátrico sofreu alterações e suscitou pontos divergentes, à medida em que estes sistemas classificatórios eram revistos e novos estudos realizados.

O DSM-IV (APA, 1995) apresenta os seguintes quadros nosológicos como transtornos ansiosos: TAG, TP, Transtornos Fóbicos-Ansiosos (Fobia Específica, Social e Agorafobia) Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), Stress Pós-Traumático e Transtorno Misto Ansioso e Depressivo.

A Associação Psiquiátrica Americana (APA, 1995) define os critérios operacionais para ataques de pânico e agorafobia, separados das categorias diagnósticas, como sendo caracterizado por crise súbita e espontânea de ansiedade, atingindo pico máximo em cerca de 10 minutos ou mais, acompanhada por pelo menos quatro dos seguintes sintomas que se apresentam no quadro 1.

Quadro 1- Sintomas que acompanham o ataque de pânico, segundo DSM-IV (APA, 1995).

1. Aceleração do batimento ou palpitação cardíaca;	8. tontura, sensação de desmaio;
2. Sudorese;	9. formigamento ou dormência nas extremidades do corpo;
3. Tremor;	10. ondas de calor ou frio;
4. dificuldade em respirar;	11. medo de perder o controle ou de ficar louco;
5. sentimento de sufocação, nó na garganta;	12. medo de morrer;
6. dor torácica, desconforto no peito;	13. despersonalização / desrealização.
7. náusea ou desconforto estomacal;	

² BARLOW e CERNY (1999) apud HELDT, E.P.A. **Avaliação de resposta à terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtorno de pânico em curto e longo prazo** – Porto Alegre, 2002. (Tese – Mestrado – Universidade Rio Grande do Sul).

O diagnóstico de TP é feito quando ocorrem ataques de pânico recorrentes, sendo pelo menos dois espontâneos, que não são explicados por patologias clínicas subjacentes - como hipertireoidismo ou feocromocitoma, por exemplo -, seguidos por um período de um mês de alterações cognitivas (quadro 2).

Quadro 2- Diretrizes diagnósticas, segundo DSM-IV (APA, 1995).

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">a) Medo de novos ataques.b) Mudança significativa do comportamento.c) Medo de doenças correlacionadas com sintomas do ataque de pânico. |
|---|

A experiência de vivenciar um ataque de pânico é avassaladora. GENTIL (1997) descreve com habilidade a sensação desta vivência:

“A pessoa está bem e sem maiores preocupações, quando percebe algo indefinido mas claramente ameaçador. Uma sensação inesperada de falta de ar, tonteira, balanço, flutuação ou alteração da percepção visual, prenunciam iminente risco de vida, perda da razão ou de consciência, o que nunca ocorre. ... As mãos gelam e ficam úmidas, o coração acelera e bate forte, a respiração fica difícil, rápida e não satisfaz, como se o ar não atingisse a profundidade dos pulmões, como se houvesse iminente sufocação. O medo e a ansiedade são crescentes, acompanhados da certeza de que algo estranho e muito grave está acontecendo. Formigam as extremidades ou o couro cabeludo, adormecem os lábios... Ondas de calor ou frio e sudorese são freqüentes, inclusive em ondas subindo das coxas para a cabeça.”

Os estudos epidemiológicos consideram que este quadro clínico é relativamente freqüente, cerca de 3,5% na população geral, ao longo da vida. O TP é duas vezes mais comum em mulheres e tende a manifestar-se no final da adolescência ou início da vida adulta quando definições e escolhas se processam (KESSLER et al., 1994³).

O TP pode ser considerado um problema de saúde pública, em função do grande contingente de portadores freqüentar excessivamente os serviços primários de saúde (ROY-BYRNE et al., 1999⁴).

Fatores genéticos, constitucionais e ambientais têm sido implicados na etiologia do TP. Embora a maioria dos pacientes identifique um fator precipitante relacionado ao início de sua patologia (FARAVELLI, 1985⁵; MANFRO et al., 1996⁶). O TP persiste mesmo após o desaparecimento deste estressor, evidenciando-se, assim, uma doença de curso crônico e de alta morbidade (POLLACK e SMOLLER, 1995).

A persistência dos ataques de pânico leva as pessoas a ter uma piora de qualidade de vida, por desistir do emprego, desmanchar relacionamentos e alterações da personalidade, como dependência de familiares, de figuras protetoras, como médicos, terapeutas e outros profissionais da área da saúde. (MARKOWITZ, 1989; POLLACK & SMOLLER, 1995; MARSHALL, 1997 e OMS, 2001).

³ KESSLER et al. (1994) apud HELDT, E.P.A. **Avaliação de resposta à terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtorno de pânico em curto e longo prazo** – Porto Alegre, 2002. (Tese – Mestrado – Universidade Rio Grande do Sul).

⁴ ROY-BYRNE et al. (1999) apud HELDT, E.P.A. **Avaliação de resposta à terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtorno de pânico em curto e longo prazo** – Porto Alegre, 2002. (Tese – Mestrado – Universidade Rio Grande do Sul).

⁵ FARAVELLI (1985) apud HELDT, E.P.A. **Avaliação de resposta à terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtorno de pânico em curto e longo prazo** – Porto Alegre, 2002. (Tese – Mestrado – Universidade Rio Grande do Sul).

⁶ MANFRO (1996) apud HELDT, E.P.A. **Avaliação de resposta à terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtorno de pânico em curto e longo prazo** – Porto Alegre, 2002. (Tese – Mestrado – Universidade Rio Grande do Sul).

1.2- Personalidade no Transtorno de Pânico

FENICHEL (1981) descreveu em sua obra a distinção entre angústia normal da patológica, sugerindo que as pessoas que apresentam tensão reagem às situações de perigo de uma forma diferente das pessoas normais. “Estas desenvolvem certo medo, que o ego pode usar. As pessoas tensas desenvolvem disposição latente para a explosão, disposição que, por influxo acrescido do temor conseqüente à percepção do perigo, as faz ficar paralisadas”. O autor considera que existe uma disposição inata que leva as pessoas a reagirem de forma especial frente a perigos reais e imaginários, como também ocorrência da mobilização de acontecimentos por atingirem conflitos inconscientes básicos. “O ego deve advertir, mas falha, e surge o ataque de pânico. Daí em diante a disposição para o desenvolvimento da angústia liga-se à situação específica que produziu este primeiro ataque”.

A literatura apresenta diversas investigações que colocam questões psicológicas em pauta. Embora apresentem contribuições para novas pesquisas, seus resultados não se apresentam de forma consistente (CAETANO, 1985).

Em estudo realizado por ROSO et al. (1987), investigou-se o perfil de personalidade de pacientes com Transtorno de Pânico com e sem agorafobia, através do Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade (MMPI). Os resultados revelaram um perfil de “personalidade comum com traços histéricos e depressivos em maior grau e hipocondríacos, paranóides e introversivos em menor grau. Além da redução de características esquizóide”.

Outro estudo que evidenciou traços de personalidade foi desenvolvido por NOYES (1995). Nesta investigação compara as respostas obtidas através do “Personality Diagnostic Questionnaire” de grupos de pacientes com TP e fobia social que estavam suspensos de medicação por um semana. Seus resultados sugeriram que os pacientes se distinguem na base de características de personalidade, onde de forma geral a fobia social está associada com traço de personalidade de evitação enquanto os pacientes com pânico apresentam traços de dependência. Este traço também foi identificado em estudo realizado por FARAH (2003), que buscou identificar traços de personalidade por meio da prova de Rorschach entre pacientes com TP.

GENTIL e ROSO (1987) reforçam a necessidade de se avaliar aspectos psicológicos, especialmente na exploração do quadro do TP, cujas facetas da personalidade são pouco conhecidas.

1.2.1- Avaliação Psicológica: Teste das Pirâmides Coloridas de Max Pfister

PASQUALI (2001) considera que avaliar é uma atividade inerentemente humana 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.

Segundo NORONHA e ALCHIERI (2002), Avaliação Psicológica é um processo de coleta de informações, visando o conhecimento histórico do sujeito e a identificação do problema para a programação da melhor intervenção possível. Pode ser utilizada com objetivo de diagnóstico, intervenção, encaminhamento, orientação psicopedagógica e vocacional, seleção, prevenção e pesquisa, com um instrumental diversificado como testes, escalas, inventários, questionários, entrevistas, observações, provas situacionais, dentre outras.

Para atender a proposta desta pesquisa - identificar características de personalidade de pacientes com TP -, adotou-se o Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, que é uma técnica projetiva, rica na avaliação da dinâmica afetiva da personalidade. Sua aplicação no âmbito das ciências médicas, particularmente no campo da neurologia, otoneurologia e da psiquiatria, confirmam sua contribuição tanto na clínica como na pesquisa (MARQUES, 1988).

Segundo COSTA (2004), a validade do Pfister foi comprovada através de várias pesquisas. Relata, ainda, que autores como Heiss e Hiltmann (1983)⁷, Justo e Van Kolck (1996)⁸ citam uma série de estudos, realizados por diversos pesquisadores que comprovam “a discriminação” entre sujeitos psicologicamente normais e perturbados, mostrando que o Teste das Pirâmides Coloridas é válido, embora seja difícil diferenciar significativamente a série de quadros clínicos.

⁷ HEISS e HILTMANN (1983) apud COSTA, O.R.S.C. **Um estudo correlacional das Pirâmides de Pfister e a BPR-5** – Itatiba, 2004 (Tese-Mestrado-Universidade São Francisco).

⁸ JUSTO E VAN KOLCK (1996) apud COSTA, O. R.S.C. **Um estudo correlacional das Pirâmides de Pfister e a BPR-5** – Itatiba, 2004 (Tese-Mestrado-Universidade São Francisco).

Atualmente o Conselho Federal de Psicologia (CFP), ciente das suas responsabilidades para com a população, baixou a Resolução nº 025/2001 - que regulamenta a elaboração, comercialização e uso dos testes psicológicos, resgatando a sua preocupação em manter a qualidade psicométrica dos instrumentos de avaliação psicológica. O principal problema apontado, para a reprovação dos testes, é a ausência de pesquisas com a população brasileira, havendo, ainda, aqueles que não têm pesquisas que comprovem a sua validade, tornando-os menos confiáveis (CFP, 2002; 2002 e 2003).

Cabe ressaltar que esta pesquisa não tem pretensão de validação, embora, possa contribuir com seus resultados, já que se trata de trabalho científico, desenvolvido com metodologia sistemática, dentro de pequena e específica parcela da população brasileira, para o momento histórico de revisão da qualidade dos instrumentos de Avaliação Psicológica que, segundo Villemor Amaral (CFP, 2002) “o fato do CFP ainda não ter uma avaliação dos testes, não significa que a comunidade científica e acadêmica não tenha a feito. A diferença é que, com o trabalho da Comissão Consultiva do Federal, a avaliação dos testes está sendo realizada por quem realmente tem autoridade”.

O Teste das Pirâmides Coloridas foi criado pelo psicólogo suíço Max Pfister (1889-1958), como trabalho de tese de doutorado em Psicologia, apresentado à Sociedade de Psicanálise de Zurich em 1946. Foi elaborado e desenvolvido cientificamente, através da confirmação dos dados experimentais pelo grupo de Freiburg, representado principalmente por Robert Heiss (VILLEMOR AMARAL, 1978).

No Brasil, no ano de 1966, Fernando de Villemor Amaral foi o primeiro a realizar a publicação e padronização para a população brasileira do Teste de Pfister. Além de desenvolver vários estudos experimentais, acrescentou valiosas observações no modo como as pirâmides são executadas quanto ao aspecto formal, às cores e combinações utilizadas (MARQUES, 1988 e VILLEMOR AMARAL, 2002).

Este instrumento de Avaliação Psicológica é concebido para fornecer informações sobre aspectos da personalidade que são importantes para a expressão da afetividade e o controle dos impulsos. É uma técnica projetiva de fácil aplicabilidade e cujas instruções, para sua execução, são facilmente compreendidas. Seu material consiste basicamente de etiquetas quadradas coloridas, folha de resposta e cartão, com desenho de uma pirâmide quadriculada contendo 15 campos, sobre os quais devem ser colocados os quadrículos coloridos (figura 2). O teste foi constituído com 24 cores, porém a partir do trabalho de Michel (1958/59⁹), foi reduzido o conjunto de cores, porém com contiguidade aos critérios teóricos de precisão e validade. O conjunto de 10 cores foi adotado, com variação de alguns matizes, totalizando 14 tonalidades diferentes.

As Cores são: vermelha (VM), laranja (LA), amarela (AM), verde (VD), azul (AZ), violeta (VI), marrom (MA), branca (BR), cinza (CI) e preta (PR). As variações ocorrem no vermelho, verde, azul e violeta (figura 3).

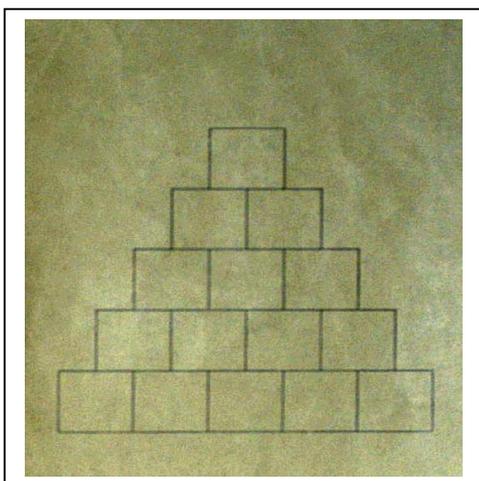


Figura 2- Cartão com esboço de pirâmide



Figura 3- Quadrículos coloridos do Teste de Pfister

⁹ MICHEL (1958/59) apud HEISS, R.; HALDER P.; HOGER, D. **O teste das pirâmides de cores**; 2^a edição – São Paulo: Vetor, 1983.

Em sua segunda edição publicada em 1978, VILLEMOR AMARAL afirma que já em 1948, Max Pfister refere-se ao valor sintomático das cores e suas relações com estados ou reações emocionais correspondentes.

De um modo especial, as cores demonstram reações, relativas ao impacto do estímulo cromático, sobre a expressão da afetividade. Segundo HEISS et al. (1983) “as cores são representantes inequívocas dos afetos. A simbologia mutável das cores já foi demonstrada em diversas épocas e países. Isto se torna evidente na pintura, na medida que as cores são entendidas como meio de interpretação dos aspectos afetivos”.

Segundo MARQUES (1988), a percepção das cores sempre será uma experiência subjetiva, sendo muito mais sentida do que percebida, ora como excitantes ou alegres e tristes ou tranqüilizantes. É o que sugerem estudos experimentais (Heiss e Hiltmann, 1951¹⁰; Schaie e Heiss, 1964¹¹; Heiss e Halder, 1972¹²), que relacionaram as cores à esfera afetivo-emocional da personalidade.

HEISS et al. (1983) consideram que o estímulo colorido provoca excitação fisiológica, psicológica, ao mesmo tempo, que possui um valor afetivo. Estes componentes podem ser identificados, nas cores, pelo potencial de excitação, valor de estimulação e conteúdo afetivo. No quadro 3 está representado, de maneira exageradamente simples e ilustrativa a classificação do valor de saturação das cores.

¹⁰ HEISS e HILTMANN (1951) apud MARQUES, M.I.B. **O teste de pirâmides coloridas de Max Pfister.** EPU: EDUC, São Paulo, 1988.

¹¹ SCHAIE e HEISS (1964) apud MARQUES, M.I.B. **O teste de pirâmides coloridas de Max Pfister.** EPU: EDUC, São Paulo, 1988.

¹² HEISS e HALDER (1972) apud MARQUES, M.I.B. **O teste de pirâmides coloridas de Max Pfister.** EPU: EDUC, São Paulo, 1988.

Quadro 3- Classificação do valor de saturação das Cores (HEISS et al., 1983).

Vermelho, Laranja e Amarelo	Cores de forte potencial de excitação e intensa estimulação. Associados a estados de euforia e alegria.
Verde, Azul e Violeta	Cores de estimulação moderada, valor de excitação limitado. Associados a estados de tranqüilidade.
Marrom e Cinza	Cores de baixo potencial de excitação. Estados depressivos e respostas perseverantes.
Branco	Extrema estimulação e liberação de impulso.
Preto	Controle extremamente inibitório e repressivo dos impulsos.

Certas combinações de cores, denominadas síndromes cromáticas são consideradas de particular significado. HEISS et al. (1983) referem que as ligações das cores em combinações adequadas têm se demonstrado com características estáveis e afirmativas.

VILLEMOR AMARAL (1978) considera as síndromes “como combinações de cores que surgem de maneira mais ou menos constante nos protocolos e que se acham direta ou indiretamente relacionadas com características psicológicas ou psicopatológicas, que se podem observar não somente em casos de perturbações emocionais, mas também entre indivíduos normais”.

As cores que formam uma síndrome não perdem seu valor expressivo e neste contexto somam-se seus valores significativos, havendo entrosamento da significação de seus componentes. As síndromes, consideradas neste estudo, estão descritas no quadro 4 (VILLEMOR AMARAL, 1978).

Quadro 4- Síndromes Cromáticas do Teste de Pfister (VILLEMOR AMARAL, 1978).

Normalidade (AZ+VM+VD)	Avalia a capacidade reguladora do afeto, o controle emocional normal adaptativo.
Estímulo (VM+AM+LA)	Avalia a capacidade de captação e recepção dos estímulos do meio.
Fria (AZ+VD+VI)	Avalia a capacidade de elaboração e reflexão.
Incolor (PR+BR+CI)	Avalia a capacidade de elaboração dos estímulos internos e externos do ponto de vista do amadurecimento.
Excitação Afetiva (LA+VD+VI)	Índice de perturbação neurótica.
Agitação (LA+VI+MA+BR)	Índice de perturbação emocional severa.

O interesse em verificar a incidência das cores na execução das pirâmides, através do estudo da amplitude do campo cromático, é devido a se apresentar como um dos fatores estáveis do teste, já que determina a maior ou menor capacidade de recepção de estímulos (VILLEMOR AMARAL, 1978). Segundo este autor, a amplitude do campo cromático costuma variar quando se somam os algarismos das fórmulas cromáticas – estas fórmulas expressam o valor numérico das cores que foram utilizadas ou não na excussão das pirâmides e são classificados como: constância absoluta (CA), relativamente constante (ARC), algarismos alternados (AA) e algarismos evitados (AE). Desta maneira, a soma dos três primeiros algarismos pode variar de 1 a 10, representando neste caso, as zonas limítrofes, de ausência ou exagero de receptividade dos estímulos externos, respectivamente, enquanto as zonas de normalidade encontram-se entre as somas que variam entre 6 a 8.

Quanto ao aspecto formal - tipos de formações, por meio das disposições das cores, quando colocadas no esquema de pirâmide, são caracterizadas por pirâmides ordenadas, divididas entre formações tipo camada e estrutura e pirâmides desordenadas, representadas pelo tipo tapete, conforme apresentado na figura 4.

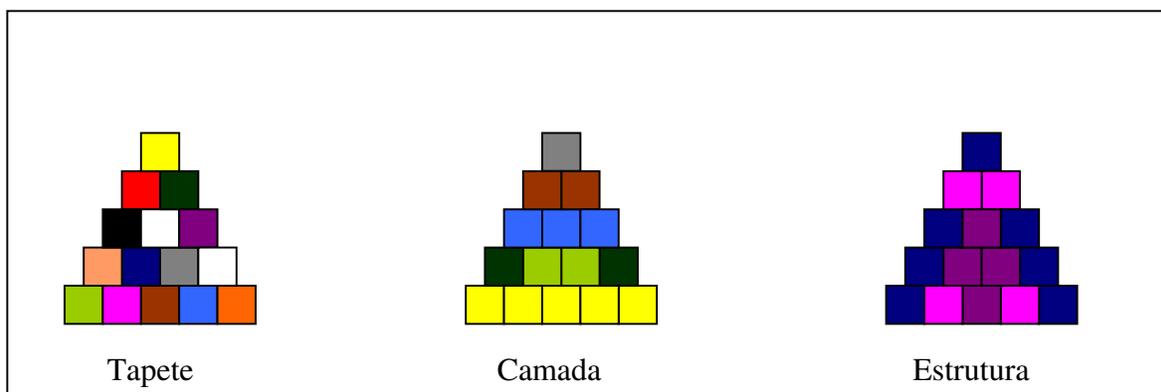


Figura 4- Modelos de formas piramidais (VILLEMOR AMARAL, 1978 e HEISS et al., 1983)

Considera-se a existência de uma inter-relação na esfera mental da personalidade do indivíduo, entre o processo cognitivo - que se realiza por meio das funções de percepção e inteligência - e entre os aspectos neurológicos - enquanto substrato orgânico do processo de percepção e da repercussão afetivo-emocional. Pode-se considerar que a apreensão e estruturação da forma da pirâmide e a maneira como o indivíduo irá projetá-la, revela o grau de maturidade psicológica e organização mental. Assim, quanto mais elevado o nível de estruturação formal, mais consistente se mostra a condição de crescimento ou de maturidade afetivo-emocional.

O Pfister contempla variáveis que permitem o acesso da personalidade, sendo instrumento auxiliar na investigação ou na diferenciação, de estrutura normal do afeto e da estrutura perturbada (HEISS et al., 1983). Por outro lado, é um teste projetivo, subjetivo tanto na sua realização quanto na análise, sendo constante a preocupação em torná-lo um método objetivo, tanto quanto enriquecê-lo no que tange às suas conclusões diagnósticas (VILLEMOR AMARAL, 1978).

COSTA (2004) menciona que o Pfister não é um teste quantitativo, embora utilize recursos psicométricos, para levantamento das opções de cores utilizadas pelo sujeito, procedimento básico para obter posições qualitativas da afetividade individual. Nesta conjuntura, vale recordar o que é subjetivo e objetivo nos métodos de avaliação. Segundo GÜNTERT (2001), o que caracteriza a subjetividade da técnica é “o caráter pouco estruturado do estímulo apresentado ao indivíduo em questão e a solicitação de que execute uma tarefa que é, via de regra, um convite a exteriorizar algo de seu mundo interno sobre o material apresentado”.

1.3- Suicídio no Transtorno de Pânico

NOYES et al. (1995) e ALMEIDA et al. (2002) mostram a necessidade de considerar os traços e estruturas emocionais no âmbito da psicopatologia. Pesquisadores como CLONINGER et al. (1998), através de seus estudos, ressaltam que é de relevância clínica que os perfis de personalidade auxiliem na avaliação dos riscos de suicídio e no planejamento do tratamento.

A literatura aponta as comorbidades como uma das causas para a complicação do TP, essencialmente quando ocorre a presença dos Transtorno Depressivo, Transtorno de Personalidade e Abuso de Substâncias, sugerindo que estes indivíduos possuem possibilidades de apresentarem comportamentos suicidas como gestos, tentativas e suicídio concluído (BECK et al., 1991; FRIEDMAN et al., 1992; POLLACK e SMOLLER, 1995; WARSHAW et al., 1995; FLOREQUIN et al., 1995; HENRIKSSON et al., 1996; ANDRADE et al., 1997, GOODWIN e OLFSON, 2002).

Segundo a OMS (2001), o suicídio é um ato onde aquele que o faz tem pleno conhecimento de seu resultado fatal. Sua ocorrência afeta quase que universalmente os homens quando comparado às mulheres, numa proporção de 3,5 para 1, respectivamente.

GLIATTO et al. (2001) consideram o suicídio como um problema sério da saúde pública, apontando que as idéias de suicídio são mais comuns que o suicídio completo, referindo que o suicídio ocorre geralmente na presença de transtornos mentais ou por abusos de substâncias psicoativas. Ressaltam que é muito importante determinar o grau

de idéias suicidas daquelas pessoas que possuem somente pensamentos relacionados à morte, incluindo o plano de suicídio, e o meio do indivíduo cometê-lo. Ainda, para GLIATO et al. (2001) o comportamento suicida caracteriza-se “como espectro que varia dos pensamentos suicidas passageiros ao suicídio completo”. Esta caracterização se fundamenta em seus estudos clínicos e epidemiológicos, que sugerem a presença de um gradiente de gravidade e de heterogeneidade entre diferentes categorias, representativas do comportamento suicida, que se manifestam em três domínios distintos, conforme apresentado no quadro 5.

Quadro 5- Domínios do comportamento suicida (GLIATTO et al., 2001).

Ideação suicida (IS)	1. Tentativas de suicídio (TS)	2. Suicídio
Pensamentos, idéias e desejos de estar morto, carregado de forte carga emocional.	Está entre o 1º e 3º domínio. Tentativa falhada para se chegar a completar o suicídio.	Suicídio completo.

Estudos epidemiológicos realizados por SATCHER (2001) apontaram que nos Estados Unidos a taxa global de suicídios em 1996 foi de 10.8 por 100 mil pessoas, encaixando-se na 9ª. maior causa de óbitos. As taxas atuais mostram que a predominância, por idade, é maior em pessoas idosas, embora tenha se verificado que, desde 1955, a incidência triplicou entre adolescentes e jovens adultos. Estes achados revelaram que o suicídio ocorre em sua maioria entre homens, cerca de 80%, e a concentração de tentativas não-fatais é maior em mulheres com idade de 25 a 44 anos. Observa-se que, justamente estas tentativas de suicídio, são os fortes preditores do suicídio completo, embora por outro lado, a predição de falso-positivo seja muito alta. Assim, parece mais viável predizer em curto prazo o risco de uma tentativa de suicídio do que predizer o risco em longo prazo (GLIATTO et al., 2001).

Para a OMS (2001), o suicídio é uma das principais causas de morte entre adultos jovens, situando-o entre as três maiores causas de morte na população, de 15 a 34 anos, para ambos os sexos. Este dado representa uma enorme perda para a sociedade em pessoas jovens nos anos produtivos da vida.

Em contraste, no Brasil, embora se tenha noção da gravidade deste comportamento, segundo a Fundação Oswaldo Cruz (2001), há grande dificuldade em dimensioná-lo, pois os registros são falhos e as taxas oficiais precárias. As estatísticas acabam por basear-se principalmente nos atestados de óbitos e nas enquetes judiciais, que certamente subestimam a incidência real. Apesar disto o suicídio está entre as dez causas principais de morte.

Do ponto de vista histórico, os trabalhos realizados na década de 80, por William Coryell, deram impulso aos diversos estudos que passaram a enfatizar a relação do Transtorno de Pânico com comportamentos suicidas. O primeiro estudo (1988) partiu da investigação de 207 prontuários médicos e seus respectivos registros de óbitos. Destes, 117 possuíam critérios para TP, 35 para outros quadros dos transtornos de ansiedade e o restante - 55 - não possuíam documentação suficiente para a verificação de sintomas ansiosos ou para encontrar outro diagnóstico psiquiátrico. Este estudo encontrou uma taxa de 20% de suicídio em pacientes com TP, que foi comparado com aqueles observados em pacientes com depressão primária (16%).

WEISSMAN et al. (1989) procuraram determinar o risco da IS e TS em pessoas que sofrem de ataques de pânico ou TP. Este estudo partiu da amostra do ECA (n = 18.000), sendo incluído, nesta circunstância, questões que investigavam o comportamento suicida. Duzentos e cinquenta e quatro pacientes faziam parte do grupo com TP, 667 pacientes com ataques de pânico, 4.857 outros transtornos psiquiátricos e 12.233 sem qualquer transtorno. Os pesquisadores encontraram em pacientes com TP e ataques de pânico, a freqüente presença do pensamento suicida, quando comparados com aqueles com outros transtornos psiquiátricos ou sem nenhum transtorno, ocorrendo independente da co-existência de depressão, abuso de álcool e drogas ou agorafobia. E, mesmo quando controlado a co-existência destes quadros comórbidos, o risco de TS permaneceu elevado em sujeitos com ataques de pânico e TP. Quando se considerou a co-existência de comorbidade a taxa foi ainda mais alta nestes sujeitos.

NOYES (1991) revisando a literatura sobre a associação de TP e suicídio, confirmou, que já é de conhecimento geral, que pacientes emocionalmente doentes com a co-existência de abuso de substâncias e depressão, são mais prováveis de tentarem ou

completarem o suicídio. Avaliou que os médicos deveriam considerar como fator de risco previsível entre estes pacientes. O autor descreve a surpresa em que geralmente é recebida, pelos médicos cuidadores, a informação de que pacientes ansiosos apresentam comportamentos suicidas. Considerou que isto é devido aos pacientes ansiosos, raramente fazerem referências aos seus pensamentos de darem fim à sua vida. Este fato é reforçado quando o autor revela que pacientes ansiosos são menos freqüentemente internados, ao contrário daqueles que sofrem de transtornos afetivos.

Segundo FAWCETT (1988)¹³, os preditores para o suicídio se diferenciam ao longo do tempo, ou seja, o acompanhamento de pacientes a curto-prazo, apontou diferentes preditores daqueles acompanhados a longo-prazo. Este achado levou o autor a sugerir que, qualquer preditor em potencial, poderia ser considerado dentro de um tempo particular. Sugeriu, também, que estudos de período imediato, anterior ao suicídio, poderiam produzir informações de grande valor para a prevenção, considerando que isto poderia ser, especialmente verdadeiro, para pacientes que sofrem de doença crônica, tal como o TP.

Os trabalhos consultados mostraram divergências entre a relação do TP com IS e o suicídio completo (BECK et al., 1991; OVERBEEK et al., 1998; PLACIDI et al., 2000 e WARSHAW et al., 2000), o que sugere que as variações entre metodologia, forma de análise e tipo de pesquisa podem influenciar no resultado destes estudos.

¹³ FAWCETT (1988) apud NOYES, R. Jr. Suicide and panic disorder: a review – **Journal of Affective Disorders**: pp. 1-11, 1991.

2- OBJETIVOS

2.1- Geral

Investigar características de personalidade de pacientes com TP, quanto aos aspectos funcionais na expressão do afeto e controle dos impulsos, por meio do Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, comparando seus resultados entre grupos, subdivididos pela presença ou ausência de ideação suicida e tratamento farmacológico para o TP.

2.2- Específicos

- Descrever características sociodemográficas dos pacientes com TP, a partir da ficha Protocolo NATA, quanto a: sexo, raça, estado civil, religião, escolaridade, idade e idade do primeiro ataque de pânico e quadros comórbidos;
- Verificar níveis de intensidade de sintomatologia depressiva, por meio do Inventário de Depressão de Beck (BDI), averiguando a ocorrência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, provenientes da amostra estudada;
- Verificar níveis de intensidade de sintomatologia ansiosa, por meio da Escala de Ansiedade de Sheehan e a ocorrência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, provenientes da amostra estudada.
- Identificar características de personalidade, estatisticamente significativas, em pacientes que apresentam ou não ideação suicida, por meio do Teste de Pfister, através das variáveis: cor, aspecto formal, síndromes cromáticas e amplitude do campo cromático, quando realizado no contexto ou não de tratamento farmacológico para o TP;

3- MÉTODO E CASUÍSTICA

3.1- Desenho da Pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal (VERGARA, 1998; ECO, 1988 e SEVERINO, 2000), com análise qualitativa e quantitativa.

Realizado no período de março/2000 a outubro/2003, foram empregados os instrumentos Inventário de Depressão de Beck (BDI), como indicador de sintomatologia depressiva. Para indicar a sintomatologia ansiosa a Escala de Ansiedade de Sheehan e para levantar características de personalidade, o Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. Foi também utilizado o protocolo NATA, para levantar dados de identificação, características sociodemográficas, idade do primeiro ataque de pânico e comorbidades.

3.2- Contexto de Origem da Pesquisa

Este estudo tem início com a implantação do Núcleo de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade (NATA), que funciona dentro do ambulatório geral de psiquiatria de adultos, no Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Campinas/SP (UNICAMP).

O NATA é um ambulatório que visa investigar os Transtornos de Ansiedade (TA) e em especial o Transtorno de Pânico. O início dos atendimentos ocorreu em 22 de março de 2000. Entretanto, anterior a esta data, por várias vezes o grupo de profissionais voluntários reuniram-se com o coordenador, Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos, deste ambulatório.

Estas reuniões objetivaram a otimização do Projeto NATA, desde como seria constituído, os procedimentos adotados pelo ambulatório, como também dos estudos que seriam gerados, já que além do tratamento dos TA, o ambulatório esta voltado para pesquisas.

Trabalhando em uma realidade limitada, o NATA não possuía verba financeira de qualquer origem. Além dos formulários padronizados, utilizados de forma geral na rotina do ambulatório geral de psiquiatria/HC-UNICAMP, foi lhe cedido o fornecimento

anual pelo Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria (DPMP), ao qual está ligado, materiais como: lápis, borracha, apontador, folhas de papel sulfite, lápis de cor, caneta e um número limitado de xerox mensal.

Embora fossem materiais indispensáveis, havia a necessidade de outros para manter ativa a operacionalização do NATA. Dependia-se de computador e impressora, razoável quantidade de xerox mensal e da compra de protocolos dos testes que se iria adotar.

O ambulatório é constituído por coordenador médico psiquiatra, médica-neurologista voluntária, três médicos do 2º ano de residência (R2) em psiquiatria, em caráter de rodízio semestral, e oito psicólogos voluntários, sendo quatro de abordagem psicodinâmica e outros quatro de abordagem Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), conforme consta na figura 5.

Na discussão sobre as escalas e instrumentos, foi considerado a utilização de duas escalas para avaliar os níveis de sintomatologia depressiva, Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Escala de Hamilton para Depressão (HAM-D), e dois para avaliar os níveis de sintomatologia ansiosa, Escala de Ansiedade de Sheehan (Sheehan) e Escala de Hamilton para Ansiedade (HAM-A). Além disso, foi elaborado um roteiro de coleta de dados, nomeado protocolo NATA, colaborando com o registro de dados sociodemográficos.

Quanto aos instrumentos voltados a investigar traços de personalidade, optou-se por utilizar o HTP (House, Tree and Person) e o Pfister. O primeiro não requer altos custos financeiros e o segundo, parte dele, foi doado pelo setor de psicologia da Enfermaria de Psiquiatria/HC-UNICAMP.

Estes testes foram aprovados pela coordenação do NATA já que, além de ambos serem economicamente viáveis, os profissionais de psicologia possuíam domínio tanto para aplicação quanto na análise destes testes de personalidade.

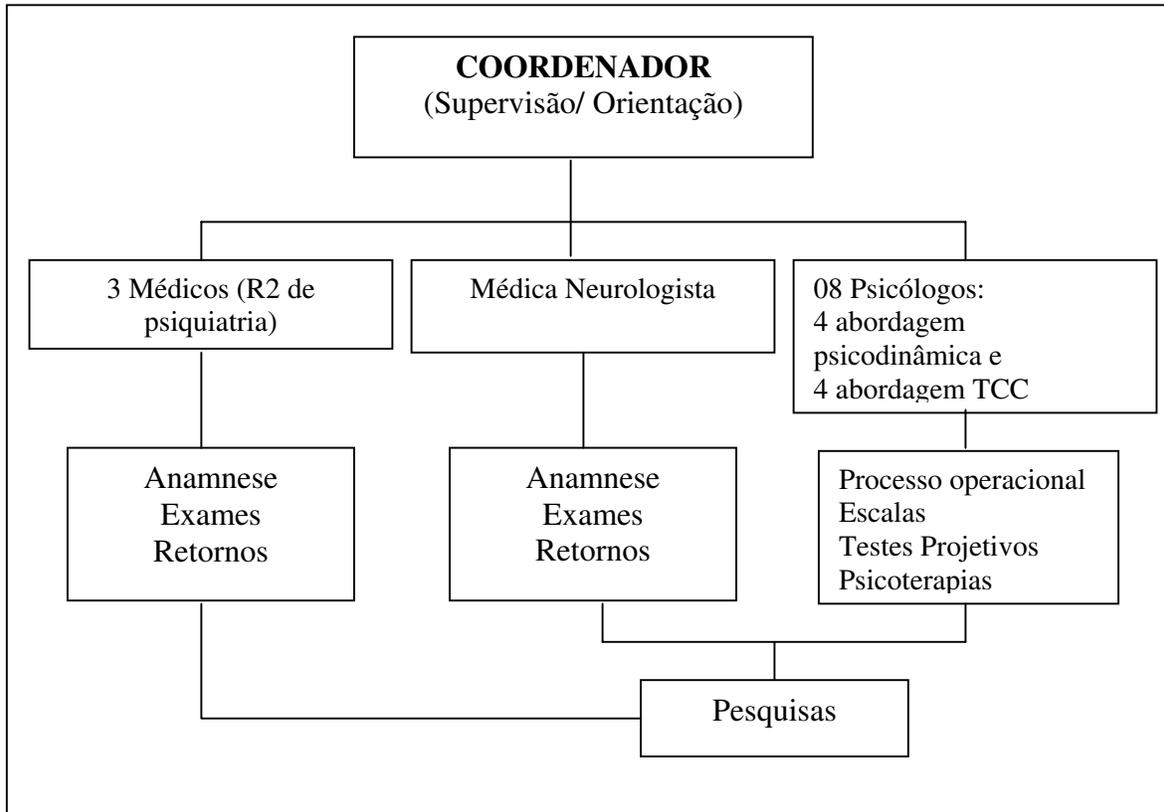


Figura 5- Organograma NATA.

O projeto NATA foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (CEP/FCM), sob o no. 032/2000.

Os trabalhos foram iniciados com periodicidade semanal, nas quartas-feiras das 07:30h às 11:00h, com atendimentos de dois casos-novos que, posteriormente, passaram para quatro. Todavia quando apareciam casos encaminhados pelo Pronto-Socorro, estes eram incorporados no mesmo dia ao NATA.

Todos os pacientes são registrados num livro de entrada, o qual recebe um número, respeitando ordenação crescente, considerando também mês e ano de admissão, por exemplo, no. 001/01/03, 001 é o número, 01 corresponde ao mês e 03 ao ano. Toda documentação recolhida destes pacientes é arquivada individualmente e disponível para

consulta do NATA. Consta nesta documentação: protocolo NATA, folhas de registro das escalas de ansiedade e depressão, desenhos do HTP e folha de registro do Pfister.

Foi estabelecido que as escalas e testes seriam aplicados em todos os pacientes e que o psicólogo participaria, de forma passiva, da primeira entrevista dirigida pelo médico-residente.

Pensando no desgaste dos pacientes, devido ao tempo de que ele disporia para responder todos os instrumentos, o processo de coleta de dados foi dividido em duas etapas. A primeira é caracterizada pela aplicação das escalas e a segunda parte, que ocorre no retorno após uma semana, a aplicação dos testes projetivos de personalidade. Estas etapas serão detalhadas no item Coleta de Dados.

A princípio, pensou-se trabalhar, neste estudo, com uma amostra de 200 pacientes não medicados e desenvolver pesquisa que investigasse o traço de personalidade impulsivo de portadores de TP e a relação com ideação suicida, já que era surpreendente a referência, durante a entrevista, a tais comportamentos.

Nesta ocasião já se contava com aproximadamente 80 pacientes registrados no NATA e, embora fosse alta prevalência do comportamento suicida, não se tinha à disposição, no ambulatório, instrumento específico que tratasse amplamente desta questão. Devido a esta restrição, optou-se por adotar o item-9 do BDI (quadro 6), que investiga estes pensamentos. Finalmente, para atender esta proposta inicial, além do BDI seriam utilizados os instrumentos teste de Pfister e HAM-A.

Quadro 6- Item-9 do Inventário de Depressão de Beck.

“ 9)	0. Eu não tenho nenhuma idéia de fazer mal a mim mesmo
	1. Eu tenho pensamentos de fazer mal a mim próprio mas eu não os faria
	2a. Eu sinto que estaria melhor se estivesse morto
	2b. Eu tenho planos definitivos de me matar
	2c. Eu sinto que minha família estaria melhor se eu estivesse morto
	3. Eu me mataria se pudesse”

Com um número alto de atendimentos realizados, foi observado que o número de aplicações dos testes projetivos, fora do contexto do uso de medicação para o tratamento do Transtorno do Pânico, era baixo.

Concomitantemente a este fato, outra questão foi assinalada, com respeito ao teste de Pfister. Pensou-se que, ao invés de investigar fatores relacionados à impulsividade, tinha-se a possibilidade de realizar inicialmente um estudo descritivo, procurando explorar as variáveis oferecidas pelo teste, para futuramente avançar em outros estudos que envolvessem este método projetivo.

Optou-se por rever o estudo e reformulá-lo com base na realidade do ambulatório, que já apresentava um amplo banco de dados.

Como não existem fatores específicos, no teste de Pfister, que caracterize o TP e/ou comportamento suicida, pensou-se em analisar, para este trabalho, sinais que se referem à ansiedade e alguns indicadores das respostas que possam revelar o estado da estrutura de personalidade no contexto da patologia.

Contava-se com um banco de dados de aproximadamente 130 pacientes, com todos os instrumentos aplicados e que foram, inicialmente, tabulados, em todos os seus itens, no programa Excel (Windows, 97).

O envolvimento da pesquisadora, na rotina do NATA, foi imprescindível para o amadurecimento do projeto, encontrando a possibilidade de eliminar o possível viés, relacionado ao diagnóstico, já que a proposta deste estudo era trabalhar somente com pacientes portadores de TP. A escala HAM-A foi substituída pela de Sheehan. Esta escala apresentou vantagens no que refere ao período que investiga - últimos seis meses, e, além disso, foi considerado, como critério de inclusão, as intensidades dadas aos itens 32 e 33 (quadro 7), eliminando a possibilidade de termos pacientes com eventos de ataques de pânico.

Quadro 7- Item-32 e Item-33 da Escala de Ansiedade de Sheehan.

<p>“...32) Crises repentinas e inesperadas de ansiedade, com sensação ou medo de morte, causadas por pequeno ou nenhum motivo aparente e acompanhadas ao lado...., ocorrendo junto”;</p> <p>33) Crises repentinas e inesperadas de ansiedade, causadas por pequeno ou nenhum motivo e acompanhadas de 1 ou 2 sintomas de todos os referidos ao lado....”</p>	<ol style="list-style-type: none">1) Palpitações ou ritmo cardíaco acelerado2) sudorese3) tremores ou abalos4) sensações de falta de ar ou sufocamento5) sensações de asfixia6) Dor ou desconforto abdominal7) náusea ou desconforto abdominal8) sensação de tontura, instabilidade vertigem ou desmaio9) desrealização (sensação de irrealidade ou despersonalização (estar distanciado de si mesmo)10) medo de perder o controle ou enlouquecer11) medo de morrer12) parestesias13) calafrios ou ondas de calor
--	---

Com o número da amostra, longe daquele proposto no projeto inicial deste estudo (200 pacientes), pensou-se em trabalhar com os pacientes medicados, incluindo aqueles que não apresentaram idéias de suicídio, conforme esquematizado no quadro 8.

Quadro 8- Distribuição da amostra estudada em grupos.

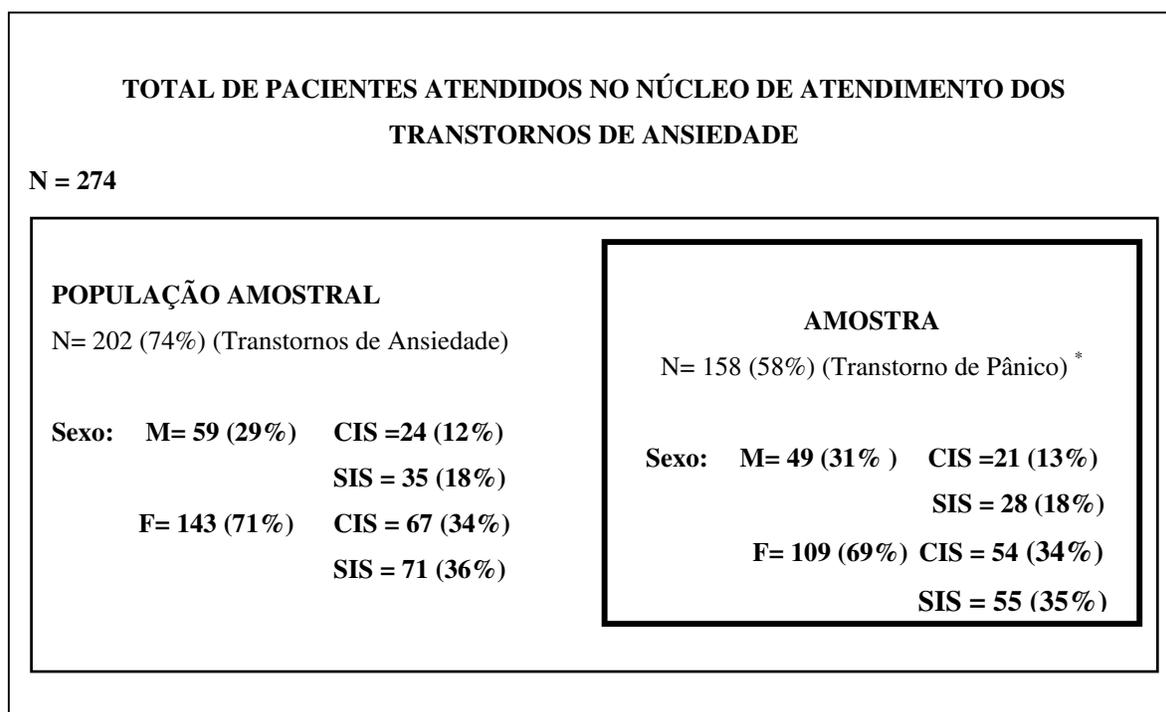
	SEM MEDICAÇÃO	COM MEDICAÇÃO
SEM IDEACÃO SUICIDA	Grupo 1	Grupo 2
COM IDEACÃO SUICIDA	Grupo 3	Grupo 4

Pensou-se que esta possibilidade poderia fornecer recursos para descrever as possíveis diferenças e/ou comparações estatisticamente significativas, no que se refere à sintomatologia depressiva (BDI), ansiosa (Sheehan) e traços de personalidade (Pfister) em amostra de pacientes com TP, agora dividida em grupos, por meio do controle das variáveis do uso ou não de medicação, para tratamento do TP e a presença ou não de IS.

3.3- Local e Sujeitos

A população participante da pesquisa é formada por pacientes diagnosticados com TP, segundo os critérios de classificação do DSM-IV, procedentes do NATA, do Ambulatório de Saúde Mental Geral de Adultos, HC-UNICAMP – Campinas-SP, atendidos no período de março de 2000 a setembro de 2003.

A distribuição da população atendida no NATA e sua representatividade na amostra estudada, consta na figura 6.



M = Masculino; F = Feminino; CIS = Com Idéias de Suicídio; SIS = Sem Idéias de Suicídio

* Critérios de Inclusão e Exclusão considerados.

População Amostral = conjunto de indivíduos portadores de uma característica comum. A característica comum no presente estudo é: Pacientes adultos portadores de transtornos ansiosos atendidos no Núcleo de atendimento dos Transtornos de Ansiedade.

Amostra = Parcela representativa da população amostral, escolhida de forma probabilística.

Figura 6- Distribuição amostral.

A população total atendida, no período, foi de 274 pacientes. Dos sujeitos que atendiam aos critérios para os quadros dos TA foi de um total de 202 (74%) pacientes, sendo que 29% destes eram do sexo masculino e 71% do sexo feminino.

O número de sujeitos que atendiam aos critérios de inclusão do presente estudo, foi de 158 pacientes. Deste total 31% representavam o sexo masculino e 69% o sexo feminino, ainda deste total a incidência de idéias de suicídio foi de 47%.

Foram considerados critérios de inclusão e exclusão, para viabilizar o processo de execução ao qual o estudo se propõe.

Critérios de Inclusão:

- Atender os critérios diagnósticos para TP, segundo o DSM IV;
- Termo de Consentimento devidamente assinado;
- Idade acima de 18 anos, por se tratar de ambulatório psiquiátrico de adultos;
- Ter completado protocolo NATA para admissão no ambulatório de Ansiedade;
- Responder escala de ansiedade de Sheehan, cujas respostas dos itens 32 e 33 devem estar com intensidade acima de 2 (médio);
- Responder Inventário de Depressão de Beck;
- Execução do teste projetivo – Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister.

Critérios de Exclusão:

- Comorbidade com transtorno de personalidade, quadros orgânicos ou esquizofrenia;
- Portador de deficiências visuais que interferem na visão cromática (daltônicos, ambliopia, etc.,).

3.4- Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e aprovado sem restrições (homologado na XII Reunião Ordinária do CEP/FCM) (Anexo 8.1)

Os pacientes foram informados sobre os objetivos do estudo e da preservação dos dados que seriam considerados para a pesquisa. Para formalizar este compromisso foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 8.2).

3.5- Instrumentos de Pesquisa

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados são os mesmos adotados pelo NATA:

- **Protocolo NATA**

Trata-se de uma ficha/roteiro elaborado pelo próprio NATA para auxiliar o processo de admissão e coleta de dados durante a anamnese do paciente. Contempla dados de identificação, início e frequência dos ataques de pânico, comorbidades, abuso de substâncias, antecedentes pessoais e familiares, medicações e/ou tratamentos farmacológicos e terapêuticos anteriores para o quadro atual, registro dos resultados dos exames laboratoriais, das escalas de avaliação de sintomatologia depressiva, ansiosa e testes de personalidade aplicados (Anexo 8.3).

- **Inventário de Depressão de Beck (BDI)**

Medida de avaliação de depressão amplamente utilizada em pesquisa e clínica, não tem pretensão diagnóstica e foi desenvolvido para ser utilizado em população de pacientes anteriormente já diagnosticados, por meio de entrevista clínica, complementando a avaliação pela óptica do próprio paciente, uma vez que é um instrumento de auto-aplicação. Consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cujas intensidades variam de 0 (zero) a 3, sendo que a classificação da sintomatologia depressiva é dividida em categorias: 0 a 9 é igual a mínima; 10 a 16 leve; 17 a 29 moderada e 30 a 63 ou mais é igual a severa. São vários itens investigados através de categorias de sintomas como: humor, vegetativos ou somáticos, sociais, cognitivo e irritabilidade (CALIL e PIRES, 2000 e GORENSTEIN e ANDRADE, 2000) (Anexo 8.4).

▪ Escala de Ansiedade Sheehan

Escala de medida subjetiva de intensidade de sintomatologia ansiosa, onde alguns itens se relacionam aos sintomas de humor e físicos de ansiedade. As intensidades das respostas podem variar de 0 (zero) a 4, é de fácil entendimento e auto-aplicável (NARDI, 1998). Seu formato é subdividido em duas partes: a primeira contempla 34 questões, correspondentes aos momentos de crises de ansiedade já vividos, com referência aos últimos seis meses, avaliando assim a sintomatologia de ansiedade endógena (CAETANO, 1986). A classificação, desta primeira parte, é por categorias, onde de 0 a 30 é igual a leve; 31 a 50 moderada; 51 a 80 marcada e acima de 81 é severa. A segunda parte é composta por 11 questões relacionadas às sensações atuais, no 'aqui e agora', ou seja, sintomas apresentados durante a entrevista, sendo que também é distribuído em categorias para a classificação da sintomatologia ansiosa, onde de quatro a 11 igual a leve, de 12 a 22 moderada, de 23 a 33 marcada e acima de 34 considerada severa (Anexo 8.5).

▪ Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister

Teste projetivo de personalidade. É um método diagnóstico para atingir a estrutura afetiva da personalidade, principalmente sua instabilidade e perturbação, através do conhecimento da estrutura dos impulsos (HEISS et al., 1983). É de fácil administração, não-verbal e não requer habilidades culturais e/ou educacionais (CALIL e LOUREIRO, 1991; SOUZA et al., 1991; VILLEMOR AMARAL et al., 2002; SILVA et al., 2003).

A versão empregada foi a forma reduzida do teste, composto por 10 Cores, com variações de tonalidades, cartão, estando desenhado uma pirâmide quadriculada contendo 15 campos, e folha de registro e avaliação (Anexo 8.6).

3.6- Coleta de Dados

Os atendimentos foram realizados nas salas do ambulatório geral de psiquiatria de adultos/HC-UNICAMP, durante o funcionamento do NATA.

Os casos novos são atendidos com prioridade no NATA e esta primeira entrevista é realizada com a presença do médico-residente de psiquiatria, psicólogo e paciente, salvo em algumas ocasiões onde este último mostrava-se muito dependente de familiares, havendo a necessidade que entrasse acompanhado neste primeiro encontro.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas, descritas abaixo:

1. Primeira Entrevista:

Esta entrevista caracterizava-se pelo levantamento de dados por meio da anamnese, realizada pelo médico (R2) e concomitantemente com o psicólogo, que trabalhava com o preenchimento do protocolo NATA e aplicação de duas escalas HAM-A e HAM-D, por meio das informações dadas pelo entrevistado. Finalizando a anamnese, o médico-residente encaminhava-se até o coordenador para supervisão e discussão do caso novo. Pacientes que não apresentavam os critérios diagnósticos para os TA, em especial para o TP, foram medicados, orientados e encaminhados pelo médico-residente para o ambulatório geral de psiquiatria/HC-UNICAMP.

Os pacientes que possuíam critérios, segundo o DSM-IV, para os TA e TP, o médico-residente o orientava quanto à medicação e exames laboratoriais, que deveriam ser realizados preferencialmente sem o uso da medicação prescrita, e o retorno na semana seguinte e, desta forma, finalizando seu atendimento médico.

A continuidade do processo de atendimento dava-se com o psicólogo, aplicando outras duas escalas, BDI e Sheehan. Neste momento também lia-se o termo de consentimento livre, esclarecendo todas as questões levantada pelo paciente. Cabe ressaltar que uma minoria não aceitou em participar dos estudos do NATA. Entretanto, como o próprio termo resguardava, seu tratamento foi continuado dentro deste ambulatório.

Este primeiro atendimento, que engloba a anamnese, preenchimento do protocolo NATA e aplicação de quatro escalas, teve em média a duração de 90 minutos. A aplicação das escalas sempre foi realizada por psicólogo treinado e adaptado à rotina do NATA.

2. Segunda Entrevista:

Esta etapa foi caracterizada pelo retorno do paciente.

Inicialmente o atendimento era realizado primeiro pelo médico-residente e depois pelo psicólogo, separadamente, que deveria finalizar a aplicação dos testes de personalidade: HTP e Pfister. Porém esta rotina passou por modificações, devido aos prejuízos ainda na coleta de dados, por ocasião dos inúmeros esquecimentos por parte do médico-residente que dispensava o paciente, sem que tivesse executado os testes.

Optou-se que este retorno inicialmente, sempre que possível, fosse realizado pelo psicólogo e posteriormente pelo médico-residente, tentando amenizar as perdas e finalizando a coleta de dados.

Todos os procedimentos para as aplicações dos testes ocorreram também no ambulatório geral de psiquiatria de adultos/HC-UNICAMP, durante o horário de funcionamento do NATA. O tempo de aplicação de cada teste durou cerca de 45 a 60 minutos no máximo, sendo realizado sempre em horários e salas em que não houberam interrupções.

A aplicação do teste de Pfister foi realizada pela pesquisadora e/ou outra psicóloga, voluntária e pesquisadora do NATA, treinada e com amplo conhecimento sob este instrumento de personalidade.

Foi informado ao paciente que as avaliações psicológicas eram realizadas a fim de colaborar com o diagnóstico, como também, o tratamento e as pesquisas com respeito ao TP.

Observou-se que, neste segundo momento, os pacientes estavam mais tranquilos, independente da medicação, onde em nenhum momento houve a necessidade da entrada de acompanhantes.

Durante o “rapport” e, mesmo ao final da aplicação, eram freqüentes o retorno do paciente, revelando a satisfação do contato com o profissional e o quanto percebiam que precisavam falar de si mesmos.

Aproveitando esta oportunidade, o psicólogo introduzia uma segunda opção de tratamento ao paciente. Além do farmacológico, com acompanhamento médico, poder-se-ia ter a combinação de outro tipo acompanhamento, caracterizado pelas psicoterapias de grupo, terapia de grupo expressiva e terapia cognitiva comportamental (TCC).

Os pacientes quando concordavam eram encaminhados para os grupos de psicoterapia ou para TCC. Todavia era notável a preferência por psicoterapia individual, havendo necessidade de encaminhamento para ambulatório específico, dentro do próprio HC ou em postos de saúde próximos dos pacientes. Entretanto, a referência para o tratamento do TP, com acompanhamento farmacológico era continuado no NATA.

Quanto à devolutiva do teste foi mencionado que os mesmos seriam feitos mediante solicitação antecipada do próprio paciente, uma vez que não se estaria realizando uma análise individual do teste e sim levantamento de características comuns entre os pacientes com TP. Cinco pacientes solicitaram devolutivas dos testes e foram atendidos prontamente.

3.7- Análise dos Dados

Partindo do objetivo geral deste estudo, que é o de levantar características de personalidade de uma mostra de pacientes portadores de TP com ideação suicida e de resultados sistematizados que contribuam com conhecimento das diferenças, seguiu-se os seguintes passos:

Foram respeitados os critérios de classificação das escalas e teste de personalidade, BDI, Sheehan e Pfister, respectivamente.

Quanto à classificação do teste de Pfister foi realizado pela pesquisadora, a fim de manter a uniformidade deste procedimento junto à pesquisa.

Para contemplar todas as categorias de respostas, tanto das características sociodemográficas, extraídas do protocolo NATA, e algumas variáveis dos instrumentos de pesquisa – BDI, Sheehan e Pfister -, houve necessidade da criação de categorização adequada, a fim de se obter maior precisão dos resultados. Abaixo serão descritas as variáveis que receberam codificações, conforme cada instrumento:

Protocolo NATA

- Item cor do sujeito: a distribuição branca, negra, parda e amarela. Passou-se a considerar por raça caucasóide (branco) e negróide (pardo e negro), já que não houve amarelos.
- Item estado civil: a distribuição solteiro, casado, viúvo, separado e outros. Passou-se a considerar a distribuição: solteiro, casado, viúvo e outros, este último contempla os separados.
- Item religião: a distribuição católica, protestante, evangélico, espírita e outros. Passou-se a considerar a distribuição católica, evangélico (protestante e evangélico), espírita e outros.
- Item escolaridade: a distribuição analfabeta, 1º grau, 2º grau e universitário. Passou-se a considerar a distribuição ensino fundamental (analfabeto a 1º grau), ensino médio (2º grau) e superior (universitário).
- Item frequência de crises: a distribuição diária, duas a três vezes por semana, uma vez por semana, mensal e semestral. Passou-se a considerar a distribuição diária, duas a três vezes por semana, uma vez por semana, mensal (mensal e semestral).

Inventário de Depressão de Beck

- O item 9 recebeu categorização para a identificação da presença ou ausência de ideação suicida. Recebeu a categoria zero (sem ideação suicida), quando foi assinalada a resposta zero. Quando assinaladas quaisquer uma das respostas 1, 2a, 2b, 2c ou 3, foram classificados com a categoria 1 (com ideação suicida).

Escala de Ansiedade de Sheehan

- Os itens 32 e 33 receberam categorização para a identificação de pacientes com a presença de ataques de pânico nos últimos seis meses. As respostas dadas pelos sujeitos, a qualquer um destes itens, independentemente, acima de 2 (dois), conforme as normas de classificação de respostas da própria escala, entraram na categoria hum (1) (Transtorno de Pânico). Quando a resposta dada a estes itens, simultaneamente, fossem 0 (zero) ou hum (1), receberam a categorização 0 (zero) (Sem Transtorno de Pânico).

Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister

- Item formações piramidais: foram consideradas as seguintes categorias:

Categoria 1: formações tipo tapete

Categoria 2: formações tipo camada

Categoria 3: formações tipo estrutura

- Item Cores:

Foram consideradas as cores: vermelha, laranja, amarela, verde, azul, violeta, marrom, branca, cinza e preta. As variações das tonalidades do vermelho (VM1 e VM2), azul (AZ2 e AZ4), verde (VD1 e VD3) e violeta (VI2 e VI3), tiveram seus totais somados, ficando apenas uma única cor.

- Item amplitude do campo cromático:

Recebeu categorização, conforme sugerido pelo próprio manual (VILLEMOR AMARAL (1978):

Categoria 1: 1 a 3 (limítrofe)

Categoria 2: 4 a 5 (estreitamento)

Categoria 3: 6 a 8 (normal)

Categoria 4: 9 a 10 (exagerada)

Para a apresentação quantitativa e possibilitar a análise estatística das variáveis categorizadas, de todos as escalas e teste de personalidade, foram registrados e armazenados em banco de dados computadorizado (SPSS – Statistical Package for Social Sciences - Versão 6.0, 1993), para o processamento dos mesmos.

Foram utilizadas tabelas de frequência para as variáveis categóricas – sexo, raça, estado civil, religião, escolaridade, comorbidades, formas piramidais - e tabelas com médias e correspondentes desvios-padrão para as variáveis contínuas – idade, idade do primeiro ataque de pânico – como também para as variáveis quantitativas - BDI e Sheehan.

Para análise qualitativa das variáveis categóricas – sexo, raça, estado civil, religião, escolaridade, níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa, formas piramidais e amplitude do campo cromático, quando distribuídas nos diferentes grupos, foi aplicado o teste de Qui-Quadrado, com a distribuição em tabelas de contingência ou através do Coeficiente de Correlação de Pearson, para verificação de associações e diferenças estatisticamente significativas – este tipo de teste tem o objetivo de verificar semelhança ou diferença de proporções entre as variáveis da amostra, realizado por meio de testes em tabelas de contingências a comparação de proporções e a associação entre as variáveis selecionadas.

Para análise das médias entre as variáveis contínuas - idade, idade do 1º ataque de pânico, cores e síndromes -, após a distribuição da amostra em grupos, utilizou-se a Análise de Variância (ANOVA), teste estatístico que analisa e realiza comparações entre duas ou mais médias, e o teste de Tukey, que realiza comparações duas a duas, na ocorrência de resultados estatisticamente significativos.

Foi considerada significativa a diferença quando o p foi igual ou inferior a 5% ($p \leq 0,05$) (SNEDECOR e COCHRAN, 1974).

4- RESULTADOS

Inicialmente será apresentada a análise exploratória dos dados sociodemográficos. A apresentação será prosseguida com resultados obtidos, por meio dos diferentes instrumentos de avaliação aplicados (BDI, Sheehan e Pfister), e a análise estatística do estudo.

4.1- Caracterização da amostra

Para a análise exploratória das variáveis categóricas construíram-se tabelas e gráficos com a finalidade de analisar a frequência dos níveis de cada variável que se encontram sumarizados na tabela 1.

A casuística consistiu de 158 pacientes, predominantemente formada por mulheres, indicando uma proporção duas vezes maior do que o sexo masculino (2.2 : 1). No que se refere à raça, em sua maior parte pertence ao grupo caucasóide.

Quanto ao estado civil e religião, os dados indicam que mais da metade dos sujeitos do estudo eram casados e católicos, respectivamente.

Em relação à escolaridade, quase metade dos pacientes concentraram-se no ensino fundamental, seguido, em menor incidência, no ensino médio.

Tabela 1- Características sociodemográficas.

Caracterização dos Dados sociodemográficos	Distribuição	
	N	%
Sexo		
Feminino	109	56,7
Masculino	49	43,3
Raça		
Caucasóide	124	78,5
Negróide	34	21,5
Estado Civil		
Solteiro	36	22,8
Casado	80	50,6
Viúvo	26	16,5
Outros	16	10,1
Religião		
Católico	87	55,1
Evangélico	28	17,7
Espírita	13	8,2
Outros	30	19,0
Escolaridade		
Fundamental	78	49,4
Médio	51	32,3
Superior	29	18,3

A idade variou de 18 a 73 anos, com média de 36,26 anos (tabela 2), enquanto que a idade do primeiro ataque variou de 5 a 73 anos, com média de 30,11 (tabela 3).

Tabela 2- Análise descritiva da idade.

Média	Desvio Padrão	Varição (min – max)
36,26	± 12,12	18 – 73

Tabela 3- Análise descritiva da idade do 1º ataque de pânico.

Média	Desvio Padrão	Varição (min – max)
30,11	± 12,16	5 – 73

Os transtornos comórbidos mais frequentes foram: depressão e agorafobia, conforme apresentado na tabela 4 e gráfico 1.

Tabela 4- Frequência de comorbidades

Comorbidades	n	frequência (%)
Agorafobia	86	54
Depressão	113	71
TOC	21	13
TAG	37	23
Fobia Específica	53	33
Fobia Social	33	21
Transt. Alimentares	80	51
Asma	12	8
AVC	1	0,6
Disfunção Tireóide	9	6
Epilepsia	6	4
Diabetes	5	3
PVM	8	5
Impotência Sexual	5	3
Outros	4	2

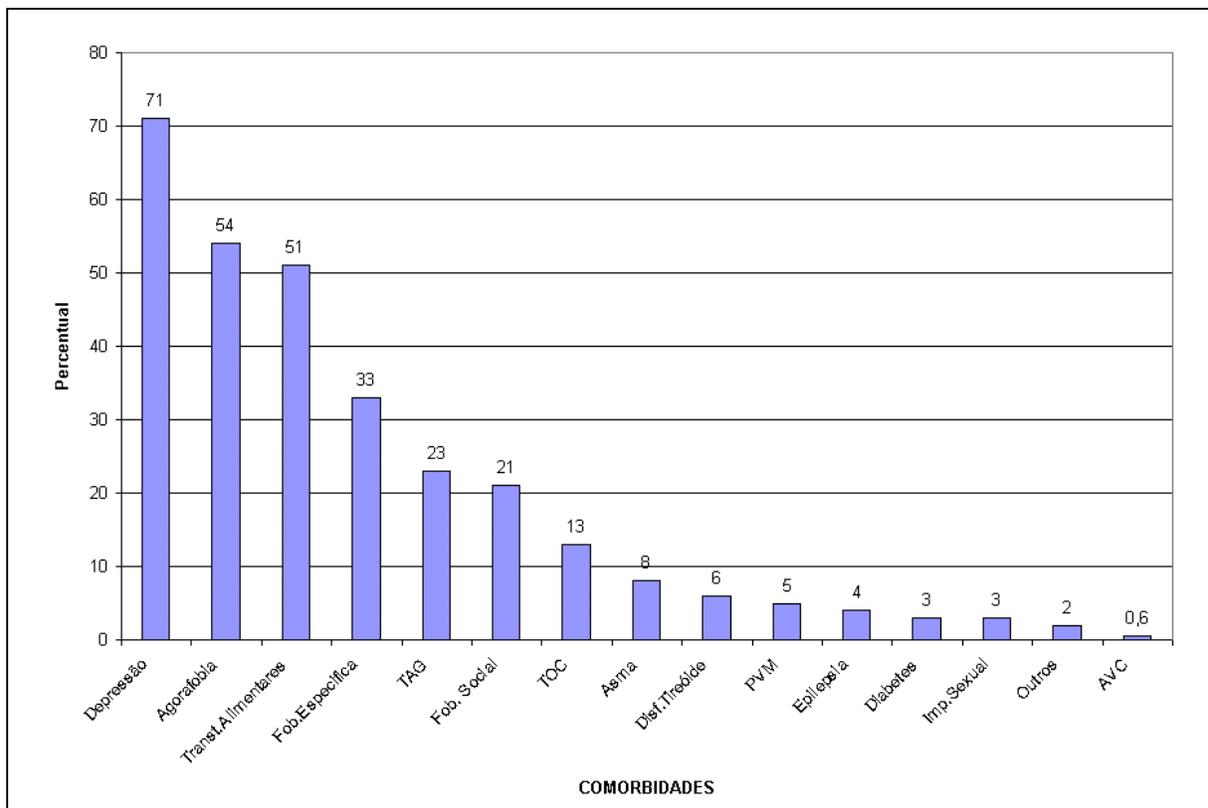


Gráfico 1- Frequência de comorbidades.

Verificou-se que metade dos pacientes refere abuso de substâncias. O fumo obteve a maior incidência, seguido do álcool e de calmantes, conforme tabela 5 e gráfico 2.

Tabela 5- Frequência de abuso de substâncias.

Substâncias	n	freqüência (%)
Calmantes	20	13
Fumo	54	34
Crack	4	2
Maconha	18	11
Cocaína	13	8
Álcool	26	16
Outros	3	2

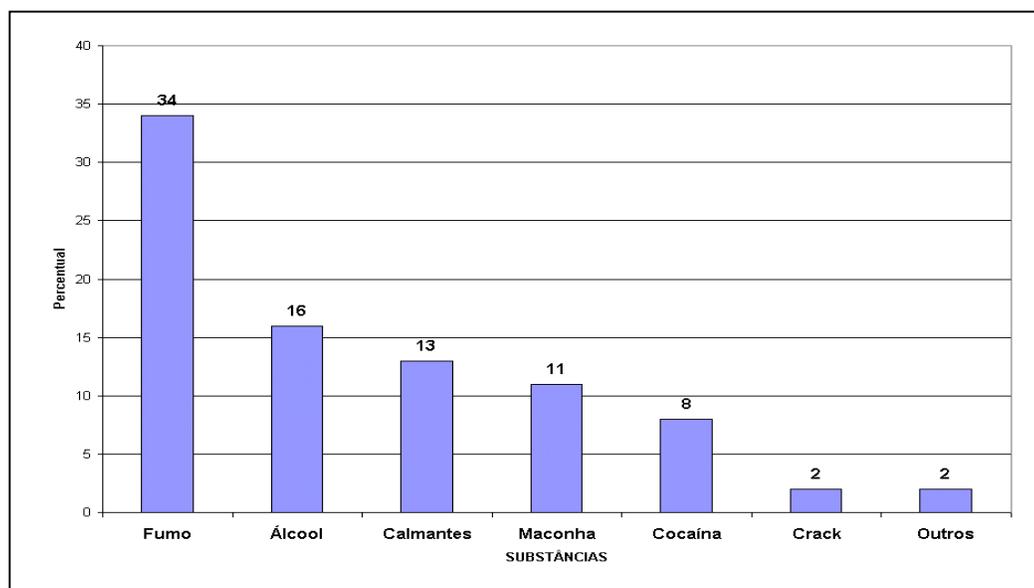


Gráfico 2- Frequência de abuso de substâncias.

Quarenta e sete por cento dos pacientes (n=75) apresentaram ideação suicida (CIS), conforme gráfico 3.

No que se refere ao tratamento farmacológico, mais da metade ingressou no NATA sem o uso psicofármaco (SM), enquanto que 39% já estavam fazendo uso de medicação para tratamento do TP (CM), conforme gráfico 4.

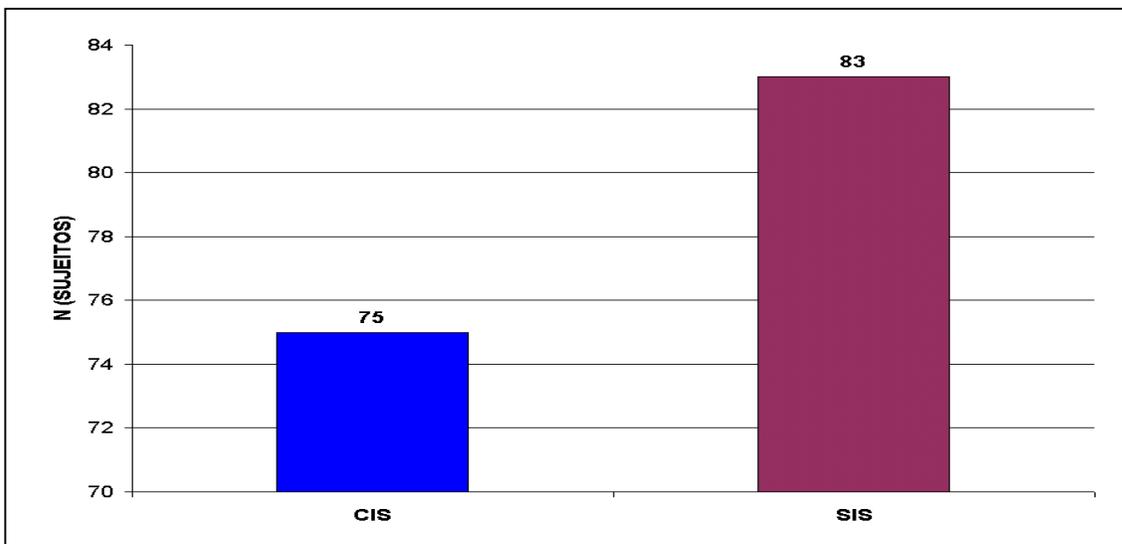


Gráfico 3- Incidência de ideação suicida (n = 158).

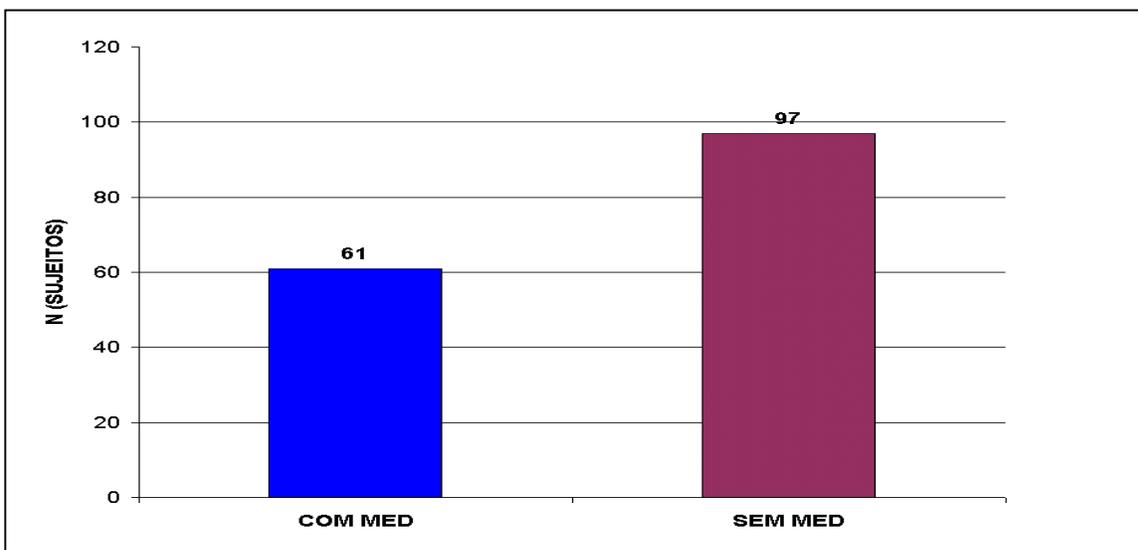


Gráfico 4- Incidência de tratamento farmacológico (n=158).

No gráfico 5 representou-se a amostra dividida em grupos, segundo a ocorrência simultânea das duas variáveis citadas anteriormente. Entre os grupos sem ideação suicida, o Grupo 1 contemplou a maior parte dos pacientes enquanto que, nos grupos com ideação suicida, o Grupo 3 concentrou um pouco mais de pacientes.

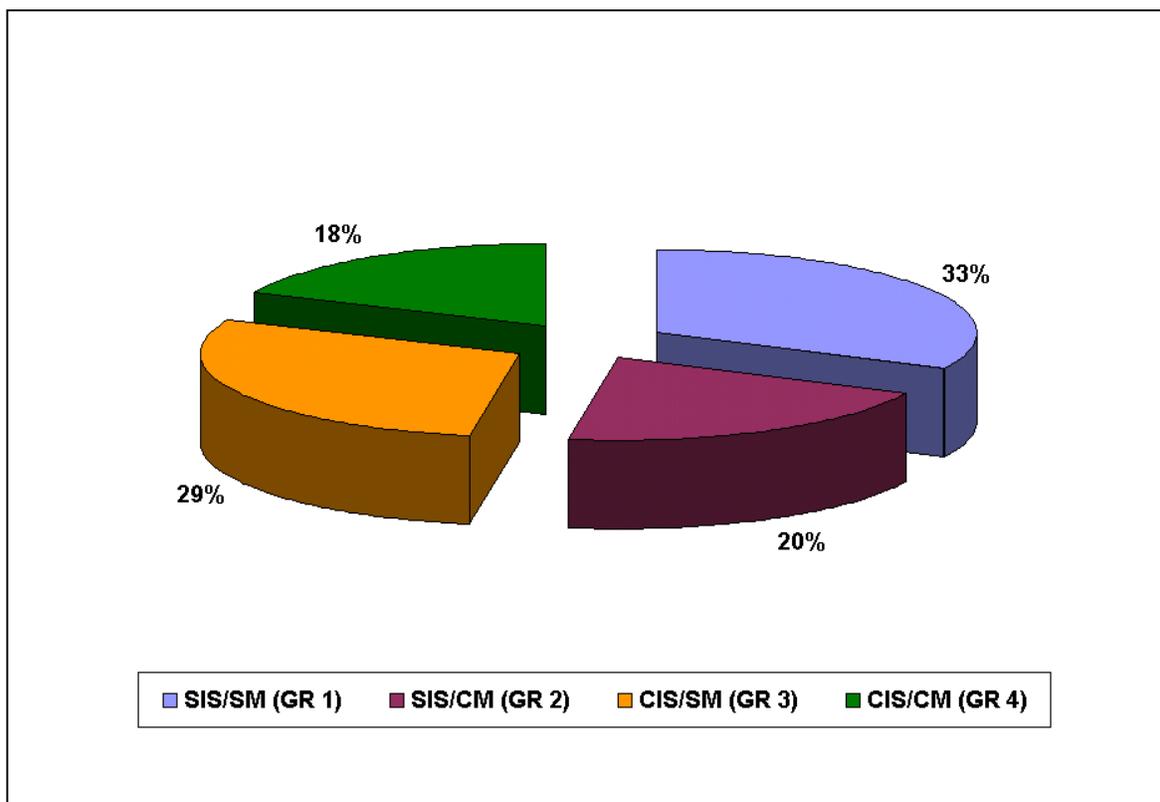


Gráfico 5- Distribuição da amostra em grupos.

Os dados da análise estatística da comparação entre variáveis categóricas – sexo, raça, estado civil, religião e grau de instrução - e contínuas – idade e idade do 1º ataque de pânico, nos grupos, estão sumarizados na tabela 6.

Quanto ao sexo, identificou-se que não houve distribuição preferencial quando considerados os quatro grupos ($p = 0,17$).

Quanto à raça, tivemos maior concentração de caucasóides no Grupo 1 e de negróides no Grupo 4, havendo diferença estatisticamente significativa ($p = 0,005$).

Em relação ao estado civil, verificou-se que não houve diferença entre os grupos, cujo $p = 0,28$, onde, em todos os grupos, a incidência maior foi de casados.

Quanto à religião, também não houve diferença estatística entre os grupos ($p = 0,96$), revelando maior incidência de católicos.

A distribuição da escolaridade também não indicou diferença estatística ($p = 0,22$).

Tabela 6- Caracterização da amostra dividida em grupos.

DISTRIBUIÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA EM GRUPOS					
	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	p
	n (%)	n(%)	n (%)	n(%)	
Sexo					0,17
Feminino	38(74,5)	17(53,1)	34(73,9)	20(69,0)	
masculino	13(25,5)	15(46,9)	12(26,1)	9(31)	
Raça					0,005
caucasóide	42(82,4)	29(90,6)	37(80,4)	16(55,2)	
negróide	9(17,6)	3(9,4)	9(19,6)	13(44,8)	
Est.Civil					0,28
Solteiro	10(19,6)	8(25)	13(28,3)	5(17,2)	
Casado	29(56,9)	14(43,8)	23(50)	14(48,3)	
Viúvos	10(19,6)	3(9,4)	7(15,2)	6(20,7)	
Outros	2(3,9)	7(21,9)	3(6,5)	4(13,8)	
Religião					0,96
Católico	31(60,8)	19(59,4)	23(50)	14(48,3)	
evangélico	9(17,6)	5(15,6)	8(17,4)	6(20,7)	
Espírita	3(5,9)	3(9,4)	5(10,9)	2(6,9)	
Outros	8(15,7)	5(15,6)	10(21,7)	7(24,1)	
Escolaridade					0,22
fundamental	23(45,1)	12(37,5)	23(50)	20(69)	
Médio	16(31,4)	14(43,8)	14(30,4)	7(24,1)	
superior	12(23,5)	6(18,8)	9(19,6)	2(6,9)	

Com relação à média e DP da idade e idade do primeiro ataque de pânico, verificou-se que dentro do modelo fatorial da Análise de Variância (ANOVA), não houve diferença entre os grupos, sendo $p = 0,57$ e $0,92$, respectivamente, conforme tabela 7.

Tabela 7- Análise descritiva da idade nos grupos.

IDADE					
	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	p
N	51	32	46	29	0,57
Média	34,92	37,03	34,87	38,24	
Desvio Padrão	12,07	12,05	12,31	12,05	
IDADE DO 1.º ATAQUE DE PÂNICO					
N	51	32	46	29	0,92
Média	30,47	30,22	29,02	30,72	
Desvio Padrão	12,4	13,40	12,02	10,98	

4.2- Instrumentos

4.2.1- BDI

Observou-se que a maioria dos pacientes apresentaram sintomatologia depressiva entre moderada e severa. A média atingida de intensidade depressiva remete a níveis moderados, conforme padrões de classificação do Inventário de Depressão de Beck (tabela 8 e gráfico 6).

Tabela 8- Sintomatologia depressiva.

DEPRESSÃO	
Média (DP)	25,73 (10,02)
Varição (min – máx)	4 – 48
Níveis	n (%)
Mínima	7 (4)
Leve	25 (16)
Moderada	65 (41)
Severa	61 (39)
TOTAL	158 (100)

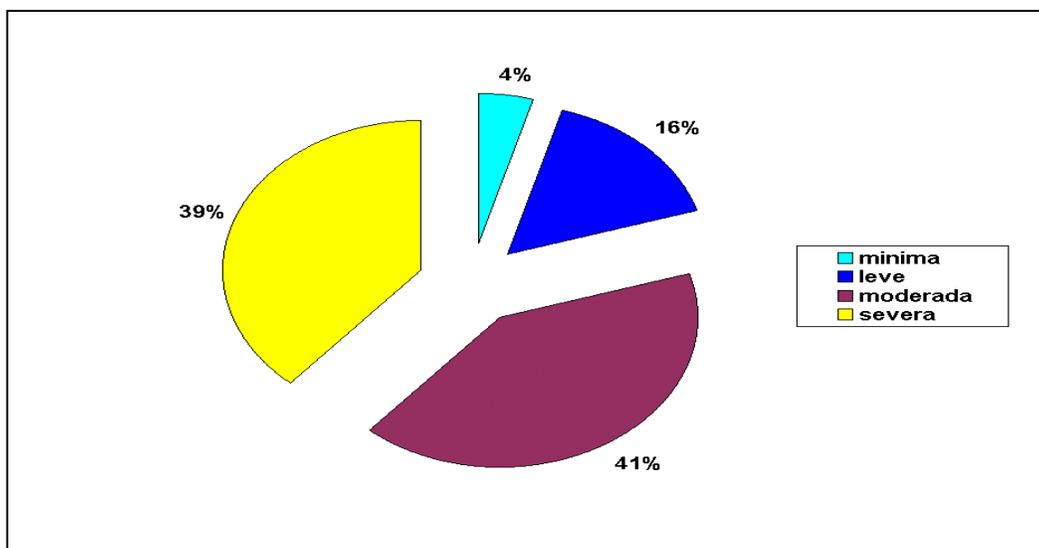


Gráfico 6- Níveis dos sintomas depressivos - BDI.

Em todos os grupos a sintomatologia depressiva é marcada, havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,00006$). Detectou-se que mais da metade dos pacientes que compõem o Grupo 1 e cerca de 40% do Grupo 2, referem sintomatologia depressiva moderada, enquanto os Grupos 3 e 4 contam com mais da metade dos pacientes referindo níveis severos de sintomatologia depressiva, conforme apresentado na tabela 9.

Porém, quando se junta os grupos 1 e 2, formados por pacientes sem idéias de suicídio, verificou-se que $\chi^2 p = 0,057$, demonstrando que não há diferença estatística entre estes dois grupos. O mesmo ocorre quando se junta os Grupos 3 e 4, formados por pacientes com idéias de suicídio, $\chi^2 p = 0,14$.

Tabela 9- Níveis de sintomatologia depressiva nos grupos.

BDI	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Mínima	5 (9,8)	-	-	2 (6,9)
Leve	8 (15,7)	12 (37,5)	2 (4,3)	3 (10,3)
Moderada	26 (51,0)	13 (40,6)	18 (39,1)	8 (27,6)
Severa	12 (23,5)	7 (21,9)	26 (56,5)	16 (55,2)

p = 0,00006

4.2.2- Sheehan

No que se refere à ansiedade, medida pela Escala de Ansiedade de Sheehan, verificou-se, através de tabela de estatística descritiva, que a amostra total referiu a ansiedade como sintoma predominante, distribuindo-se entre os níveis marcada, severa e moderada, cuja média atingida dos sintomas ansiosos foi de 74, indicando níveis severos de ansiedade. A tabela 10 apresenta estes dados e no gráfico 7 está representada a distribuição da sintomatologia ansiosa detectada na amostra.

Tabela 10- Sintomatologia ansiosa.

ANSIEDADE	
Média (DP)	74,55 (20,40)
Varição (min – máx)	31 – 122
Níveis	n (%)
Leve	-
Moderada	19 (12)
Marcada	82 (52)
Severa	57 (36)
TOTAL	158 (100)

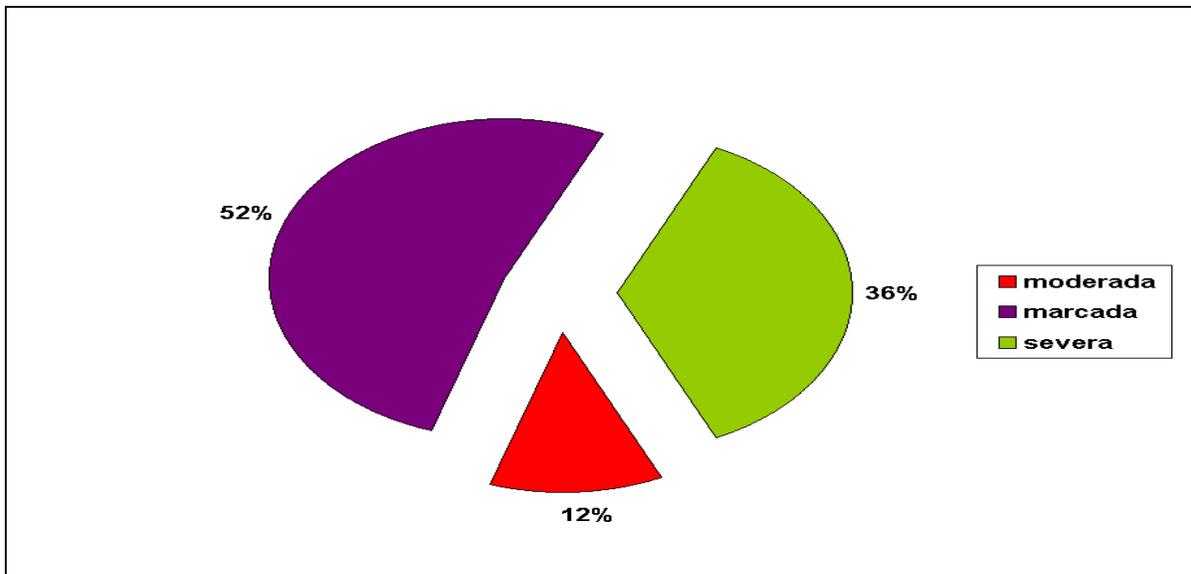


Gráfico 7- Níveis dos sintomas ansiosos - Sheehan.

A comparação de proporções por meio do Teste de Qui-Quadrado, para indicar possível associação da sintomatologia ansiosa entre os grupos, revelou a ocorrência de diferença estatisticamente significativa ($p = 0,009$). Os dados obtidos mostram que nos Grupos 1, 2 e 4 houve incidência do nível marcada de sintomatologia ansiosa, com 51,0% ($n = 26$), 62,5% ($n = 20$) e 55,2% ($n = 16$), respectivamente, enquanto no Grupo 3, o nível severo de sintomatologia ansiosa incidiu em 54,3% ($n = 25$) dos pacientes, conforme apresentado na tabela 11.

Quando se juntou os Grupos 1 e 2, cujos pacientes não apresentam pensamentos sobre morte e com maior incidência de sintomatologia moderada de ansiedade, verificou-se que, no teste de χ^2 $p = 0,58$, demonstrando que não há diferença estatisticamente significativa. Embora nos grupos 3 e 4 não haja a mesma incidência de sintomas ansiosos - o primeiro é severo e o segundo moderado - observou-se que ambos são semelhantes entre si, onde a análise da incidência através de χ^2 , p foi igual a 0,28.

Tabela 11- Níveis de sintomatologia ansiosa nos grupos.

SHEEHAN	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Moderada	11 (21,6)	5 (15,6)	1 (2,2)	2 (6,9)
Marcada	26 (51,0)	20 (62,5)	20 (43,5)	16 (55,2)
Severa	14 (27,5)	7 (21,9)	25 (54,3)	11 (37,9)

p = 0,009

4.2.3- Pfister

Para a análise quantitativa do teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, adotado para levantar traços de personalidade da amostra, foi considerada uma amostra de 140 pacientes, devido a 18 casos não terem completado o teste. Desta maneira estes grupos foram reduzidos, onde o Grupo 1 passou a ser constituído por 45 (32%) pacientes, Grupo 2 por 31 (22%), Grupo 3 por 39 (28%) e Grupo 4 por 25 (18%).

Encontrou-se, através da estatística descritiva e tabela de contingência, a pontuação para os aspectos considerados por este instrumento, conforme segue abaixo.

Identificou-se, entre as formas piramidais das três pirâmides, consideradas para este estudo, independente da distribuição da amostra nos grupos, predominância de formações tipo camada, seguida de tapete e estrutura (tabela 12). Por outro lado, observou-se que a formação tipo tapete incidiu na primeira pirâmide, o tipo camada foi predominante na segunda pirâmide e o tipo estrutura obteve sua maior incidência na terceira pirâmide.

Tabela 12- Frequência dos aspectos formais das pirâmides.

	TAPETE	CAMADA	ESTRUTURA
	n (%)	N (%)	n (%)
1ª Pirâmide	48 (30,4)	76 (48,1)	16 (10,1)
2ª Pirâmide	39 (24,7)	91 (57,6)	10 (6,3)
3ª Pirâmide	32 (20,3)	85 (53,8)	23 (14,6)

18 casos inválidos.

A distribuição das formas piramidais entre os grupos não apresentou diferença estatisticamente significativa, conforme apresentado na tabela 13. Os gráficos 8, 9, 10, e 11 apresentam a prevalência da formação tipo camada nas três pirâmides em todos os grupos.

Tabela 13- Correlação do aspecto formal das pirâmides entre os grupos.

		GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	p
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	(Q-Quadrado)
1ª PIRÂMIDE	tapete	18(40,0)	12(38,7)	11(28,2)	7 (28,0)	0,16
	camada	23(51,1)	15(48,4)	20(51,3)	18(72,0)	
	estrutura	4 (8,9)	4 (12,9)	8 (20,5)	-	
2ª PIRÂMIDE	tapete	13(28,9)	10(32,3)	13(33,3)	3 (12,0)	0,15
	camada	29(64,4)	19(61,3)	21(53,8)	22(88,0)	
	estrutura	3 (6,7)	2 (6,5)	5 (12,8)	-	
3ª PIRÂMIDE	tapete	11(24,4)	4 (12,9)	12(30,8)	5 (20,0)	0,62
	camada	26(57,8)	20(64,5)	22(56,4)	17(68,0)	
	estrutura	8 (17,8)	7 (22,6)	5 (12,8)	3(12,0)	

18 casos invalidados.

Teste de Qui-Quadrado (Tabela de Contingência)

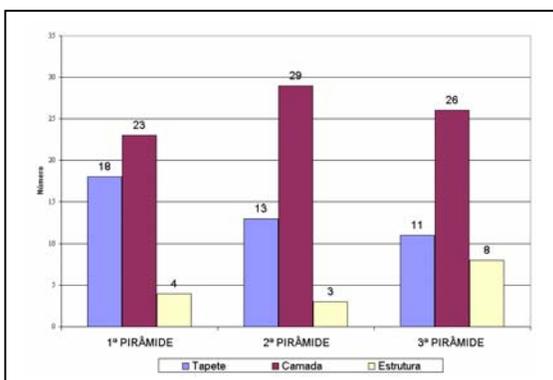


Gráfico 8- Distribuição de formas piramidais – Grupo 1.

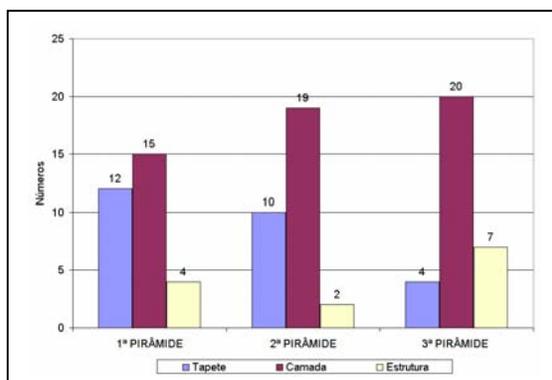


Gráfico 9- Distribuição de formas piramidais – Grupo 2.

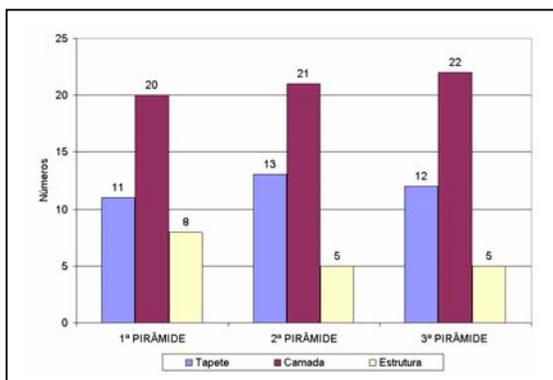


Gráfico 10- Distribuição de formas piramidais – Grupo 3.

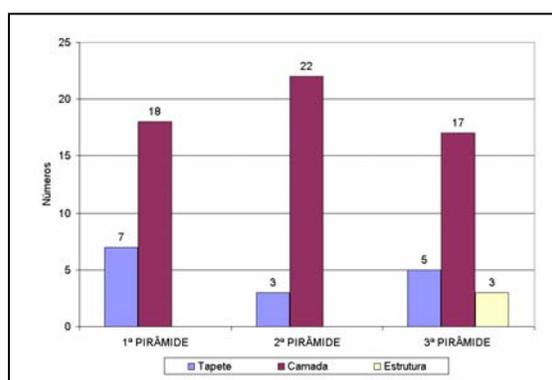


Gráfico 11- Distribuição de formas piramidais – Grupo 4.

Quanto aos dados quantitativos das cores, foi utilizada a distribuição nos grupos, por meio de tabela de estatística descritiva com média e desvio padrão. Para comparar e detectar possíveis associações entre as médias das cores, utilizou-se a Anova (tabela 14).

Houve associação estatisticamente significativa na cor azul, cujo $p = 0,02$.

Por meio da Anova complementada pelo teste de Tukey, ilustrada no gráfico 12, os Grupos 1, 2 e 3 apresentam o mesmo valor médio da cor azul. Os Grupos 2 e 4 não diferem significativamente e os Grupos 1 e 3 têm valor médio superior ao Grupo 4.

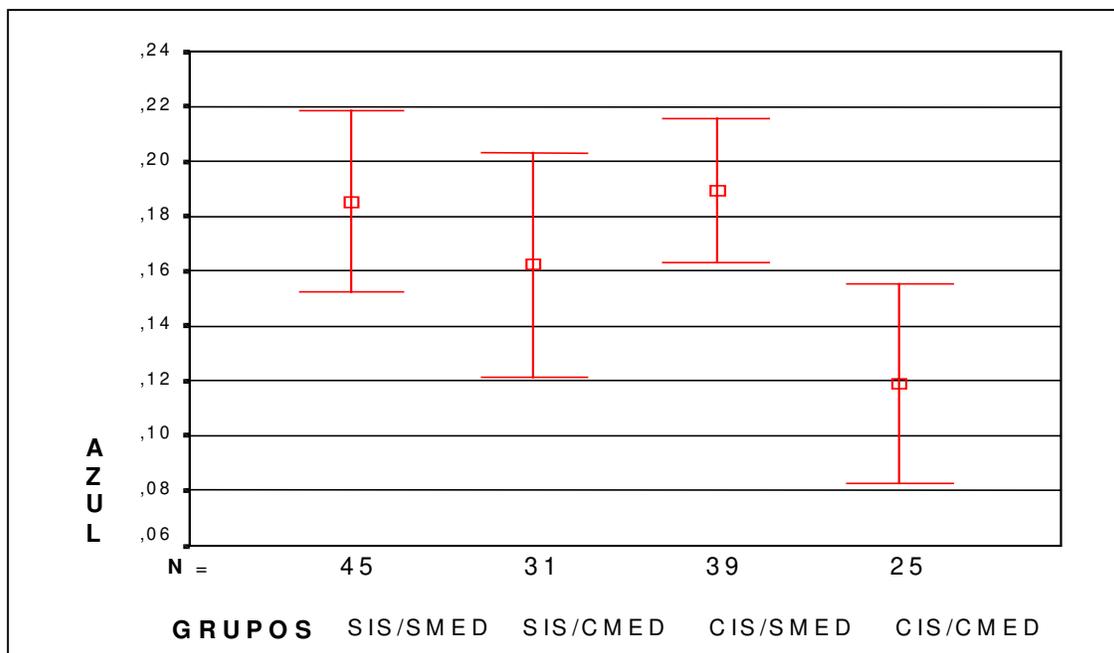


Gráfico 12- Cor azul vs. grupos, as médias e seus respectivos intervalos de confiança (95%).

Com relação às síndromes, consideradas neste estudo, verificou-se, através da tabela estatística descritiva com média e desvio padrão, os valores atingidos em cada grupo. Assim, a maior média da síndrome normalidade foi no Grupo 3, a síndrome estímulo no Grupo 3, a síndrome fria no Grupo 1, síndrome incolor no Grupo 4, síndrome de excitação afetiva no Grupo 1 e, finalmente, síndrome agitação, a maior média, foi no Grupo 4, havendo associações estatisticamente significativas nas síndromes fria e incolor, cujo valor de p foi de 0,008 e 0,03, respectivamente, conforme tabela 15.

Tabela 15- Comparação das médias das Síndromes entre os Grupos.

SINDROMES	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		GRUPO 4		p
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
	(min – max)		(min – max)		(min – max)		(min – max)		
Normalidade	0,44	0,117	0,42	0,187	0,45	0,115	0,39	0,141	0,38
	(0,24 - 0,69)		(0,00 – 1,00)		(0,20 - 0,71)		(0,00 – 0,67)		
Estimulação	0,36	0,156	0,37	0,158	0,38	0,131	0,35	0,137	0,81
	(0,00 - 0,67)		(0,00 - 0,67)		(0,09 - 0,67)		(0,00 – 0,67)		
Fria	0,34	0,119	0,28	0,149	0,33	0,09	0,25	0,131	0,008
	(0,16 – 0,69)		(0,00 - 0,67)		(0,16 - 0,56)		(0,00 – 0,44)		
Incolor	0,19	0,096	0,25	0,174	0,21	0,136	0,28	0,130	0,03
	(0,00 - 0,36)		(0,00 - 0,78)		(0,00 - 0,56)		(0,09 – 0,67)		
Excitação Afetiva	0,24	0,153	0,19	0,142	0,23	0,135	0,20	0,166	0,39
	(0,00 – 0,67)		(0,00 - 0,49)		(0,00 - 0,67)		(0,00 - 0,67)		
Agitação	0,31	0,125	0,29	0,141	0,29	0,113	0,34	0,131	0,49
	(0,00 – 0,67)		(0,00 – 0,67)		(0,11 – 0,60)		(0,00 – 0,67)		

18 casos invalidados.

Os gráficos 13 e 14 sumarizam os valores de p das associações das síndromes fria e incolor nos grupos.

A Anova complementada pelo teste de Tukey da síndrome fria revelou que os Grupos 1, 2 e 3 apresentam mesmo valor médio. Os Grupos 2 e 4 também não diferem significativamente, enquanto que os Grupos 1 e 3 possuem valor médio superior ao Grupo 4 (gráfico 13).

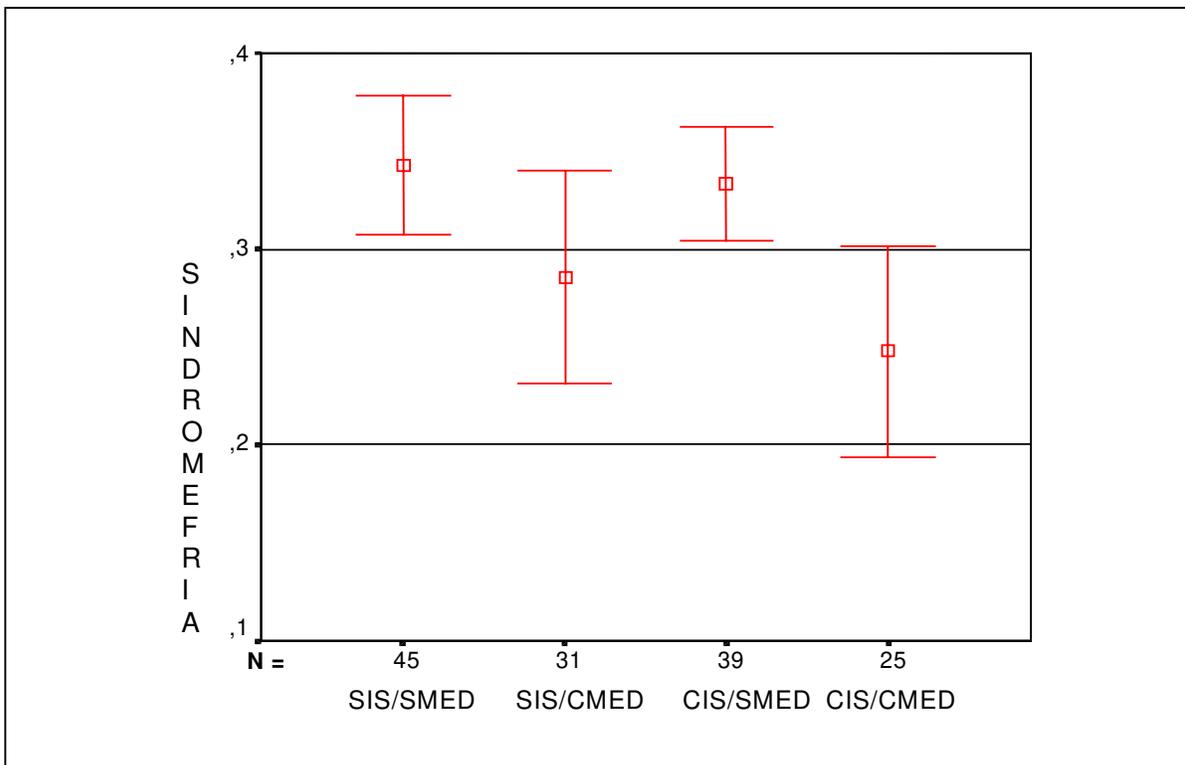


Gráfico 13- Síndrome fria vs. grupos, as médias e seus respectivos intervalos de confiança (95%).

Para a síndrome incolor os Grupos 1, 2 e 3 apresentam mesmo valor médio, como também os grupos 2, 3 e 4 não diferem significativamente. Nota-se que o Grupo 4 têm valor médio superior ao Grupo 1 (gráfico 14).

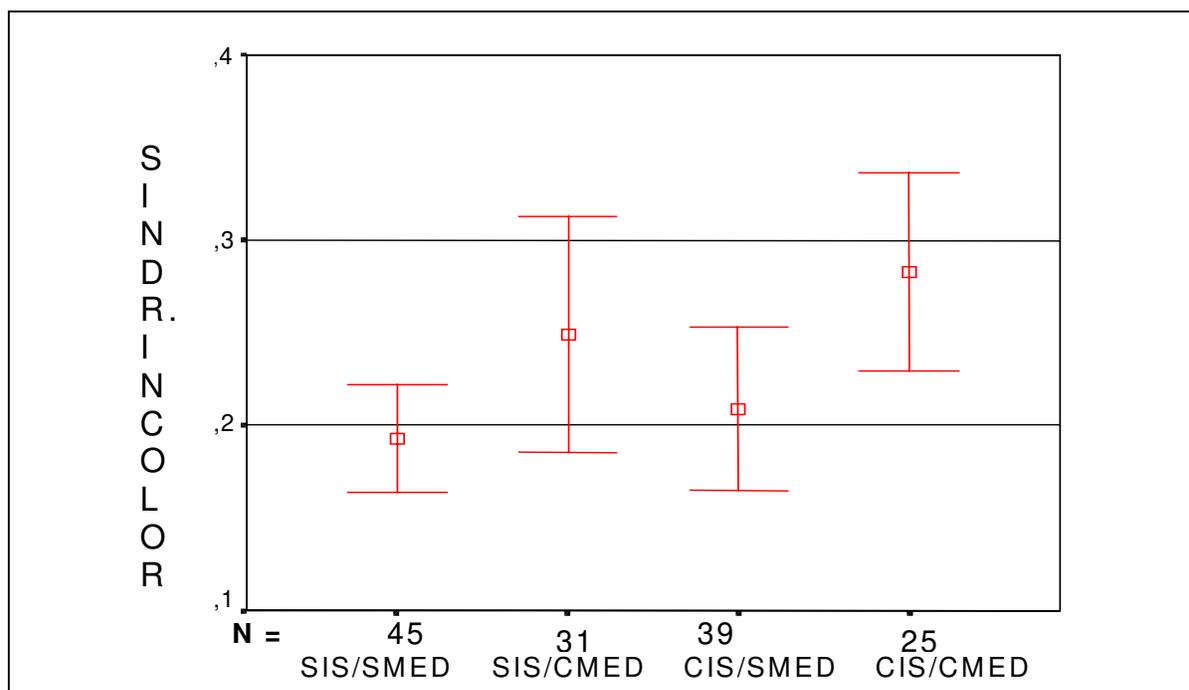


Gráfico 14- Síndrome incolor vs. grupos, as médias e seus respectivos intervalos de confiança (95%).

Por meio de tabela de contingência, foram comparadas as proporções e associações entre as variáveis da amplitude do campo cromático entre grupos, onde não se encontrou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,113$), conforme tabela 16. Além disso, constatou-se que todos os grupos tiveram a amplitude exagerada.

Tabela 16- Correlação da amplitude do campo cromático entre grupos.

AMPLITUDE	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4
limítrofe	5 (11,1)	1 (3,2)	-	3 (12,0)
estreitamento	1 (2,2)	5 (16,1)	3 (7,7)	1 (4,0)
normal	19 (42,2)	7 (22,6)	16 (41,0)	8 (32,0)
exagerada	20 (44,4)	18 (58,1)	20 (51,3)	13 (52,0)

$p = 0,113$ (Teste Qui-Quadrado).

5- DISCUSSÃO

Entre os pacientes avaliados, neste estudo, 61% não haviam feito tratamento psiquiátrico anterior para o TP. Verificou-se que estes pacientes sofreram, sem tratamento, com seus sintomas ansiosos, por um período aproximado de 6 anos, já que a idade média da amostra - no momento do primeiro atendimento - foi de 36 anos e a idade média do primeiro ataque de pânico, fora de 30 anos. Com relação ao restante (39%), constatou-se, por meio das queixas destes pacientes, quer seja por sintomas apresentados e limitações decorrentes do quadro atual, a necessidade para manutenção e/ou a própria alteração da medicação para tratamento do TP.

WEISSMAN et al.(1989), KATON (1996)¹e RAMOS e BERNIK.(1997) chamam 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 os sintomas de outras doenças físicas. Por isto, o diagnóstico deixa de ser feito no momento adequado. Estes apontamentos corroboram com a constatação obtida, através deste estudo, quanto à necessidade de que os médicos clínicos sejam esclarecidos sobre a sintomatologia do TP, já que geralmente são os profissionais inicialmente procurados. Neste sentido, os estudos de FLEET et al.(1996), WITTCHEN (1998), ROY-BYRNE et al. (2000)²e OLFSON et al. (2000), indicam o grande contingente de portadores, desta patologia, utilizando com elevada frequência os serviços primários de saúde.

WEISSMAN et al. (1997), em estudo epidemiológico, em que consideraram sexo, idade do estabelecimento dos primeiros ataques de pânico e quadros comórbidos, abrangendo 10 países do mundo, mostrou que a prevalência é mais alta entre as mulheres, do que nos homens, a idade do início do quadro foi em torno de 20 anos e as comorbidades mais frequentes foram agorafobia e depressão.

¹ KATON (1996) apud MAGALHÃES, S.H.T. **Pacientes com Transtorno de Pânico – caracterização do perfil psicológico.** (Dissertação - Mestrado - Universidade de São Paulo). Ribeirão Preto, 2001.

²ROY-BYRNE et al. (2000) apud HELDT, E.P.A. **Avaliação de resposta à terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtorno de pânico em curto e longo prazo** – Porto Alegre, 2002. (Tese – Mestrado – Universidade Rio Grande do Sul).

Os resultados aqui relacionados à prevalência do transtorno e dados sociodemográficos, mostram concordância com aqueles encontrados na literatura, cuja prevalência do TP é duas vezes maior em mulheres do que nos homens (WEISSMAN & MERICANGAS, 1986; ALMEIDA FILHO et al., 1992³ e REGIER et al., 1984). Esses achados estão de bom acordo com os de CAETANO (1985); WEISSMAN et al. (1989) e GENTIL (1997).

Neste estudo, também foram identificadas quadros comórbidos como depressão, agorafobia, fobias específicas e social, transtornos alimentares e abuso de substâncias.

Os quadros comórbidos estão em concordância, diretamente proporcional, com os níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa, obtidos por meio do BDI e escala de Sheehan, respectivamente. Obteve-se uma média de 80% de sintomatologia depressiva e cerca de quase metade em nível moderado e o restante em nível severo. Oitenta e oito por cento de sintomatologia ansiosa, sendo um pouco mais da metade em nível de ansiedade marcado e o restante severo.

Pesquisas anteriores mostram que esses dados estão similares, particularmente no que se refere à alta incidência de sintomatologia ansiosa. CAETANO (1986), ao comparar pacientes com TP com e sem prolapso da valva mitral (PVM), utilizando a escala de Sheehan, verificou ausência de diferenças entre os grupos estudados, já que os escores médios, de pacientes com TP com e sem PVM, foram de 91,3% e 86,5%, respectivamente.

BALL et al. (1995) investigaram, com base no DSM III-R, sintomas de depressão maior (DM) e ansiedade generalizada em 64 pacientes com TP, encontrando muitos sintomas relacionados à depressão, tais como fadiga, insônia, dificuldade de concentração, sentimentos de tensão, irritabilidade e agitação. Distúrbio de apetite, sentimentos de inutilidade e ideação suicida foram encontrados em menos de 10% de pacientes com pânico, não depressivos.

³ALMEIDA FILHO et al. (1992) apud BERNIK, M. A.; LOTUFO-NETO, F.; ANDRADE, L.H.S.G. A importância médico-social dos transtornos ansiosos. In: GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F.; BERNIK, M.A. **Pânico, Fobia e Obsessões: A Experiência do Projeto AMBAN**. São Paulo: Ed. da Universidade São Paulo, 3ª edição, pp.: 55-66, 1997.

ANDRADE et al. (1997) consideram que é alta a prevalência de sintomas depressivos em ansiosos e vice-versa, devido à superposição de sintomas comuns às duas síndromes e que faltam estudos conclusivos sobre esta relação. Assim, pacientes com DM associada a ataques de pânico apresentam uma incidência familiar maior de depressão, pânico, fobias e alcoolismo, quando comparados a pacientes com DM sem nenhum sintoma ansioso associado e sugerem que tais pacientes apresentam pior prognóstico, maior grau de desajuste social e pior resposta à terapêutica convencional.

APFELDORF et al. (2000) descreveram, em 171 pacientes com TP, 67% casos de pelo menos uma comorbidade com ansiedade ou depressão. Observaram que as taxas de sexo e idade não afetaram a presença do diagnóstico comórbido e que, estes, contribuíram significativamente para o aumento do estresse psicológico, prejuízo interpessoal e das atividades sociais.

ANDRADE et al. (1993)⁴, em estudo do ECA (DSM-III) sobre a comorbidade entre depressão grave e TP, realizado com 12.668 pessoas, demonstraram que a associação entre ataques de pânico e depressão é 11 vezes maior do que a esperada ao acaso e que os sintomas depressivos e ansiosos indicavam maior gravidade, como idéias ou tentativas de suicídio, culpa e alterações motoras.

Estas pesquisas confirmam os achados do presente estudo, que apontam a presença de diversos quadros comórbidos associados, particularmente depressão e ansiedade, o que possivelmente contribui para a presença de idéias e tentativas de suicídio entre estes pacientes.

Nesta pesquisa cerca da metade dos pacientes (47%) fizeram menção a pensamentos suicidas.

CORYEL et al. (1986) e CORYEL (1988) foram os primeiros autores a chamarem a atenção para o excesso de mortalidade entre pacientes com TP, relacionados com o suicídio e problemas cardiovasculares. Pesquisa posterior reforça esta associação, onde em alguns casos a depressão e abuso de substância, são complicadores em potencial.

⁴ ANDRADE et al. (1993) apud ANDRADE, L.H.S.G.; LOTUFO-NETO, F.; MACIEL, L.M.A.; GENTIL, V.; SHAVITT, R.G.; BERNIK, M.A. Classificação e diagnóstico dos transtornos ansiosos In: GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F.; BERNIK, M.A. **Pânico, Fobia e Obsessões: A Experiência do Projeto AMBAN**. São Paulo: Ed. da Universidade São Paulo, 3ª edição: 37-53, 1997.

NOYES (1991), revisando a literatura sobre a associação do TP e suicídio, verificou que depressão é fator de alto risco para suicídio e isto poderia ser a explicação das altas taxas de comportamento suicida, entre os pacientes com pânico e depressão.

As pesquisas longitudinais “follow-up” indicam que os sintomas residuais, entre pessoas com TP, persistem mesmo entre aqueles com sucesso no tratamento e, além disso, estes estudos consideram que a associação de pânico e depressão estão relacionados à severidade dos sintomas, incapacidade funcional e índices de suicídio (NOYES, 1991 e ROY-BYRNE et al., 2000). Entretanto, estes achados não estão de acordo com os descritos por PLACIDI et al. (2000), que descreveu a ansiedade do TP - comórbido com DM -, como não sendo um fator de aumento de risco de suicídio, já que a própria ansiedade pode servir como um elemento de proteção. Esta análise baseia-se no fato de que pessoas acometidas pelos transtornos ansiosos procuram muito mais os serviços de cuidados médicos, principalmente quando estão associados ao medo de morrer ou da própria doença.

A explicação precisa das variações dos índices de suicídio, além de não serem conclusivas, devem ser sempre consideradas no contexto local. Há premente necessidade de vigilância epidemiológica e pesquisa apropriada, para contribuir com uma compreensão melhor desse problema de saúde pública, melhorando assim as possibilidades de prevenção (OMS, 2001).

Esta proposta de investigação incluiu a divisão da amostra em grupos comparativos, permitindo analisar a presença ou não de ideação suicida, como também tratamento farmacológico, que pode causar modificação sobre a sintomatologia (RAMOS e BERNIK, 1997).

Os Grupos 1 e 2 – sem e com tratamento farmacológico – representam a amostra de pacientes marcados pela ausência de idéias de suicídio.

Os Grupos 3 e 4 – sem e com tratamento farmacológico – foram marcados pela presença de idéias de suicídio. Entre estes pacientes, verificou-se a predominância de mulheres, raça branca, casados, católicos e que possuíam, em sua maioria, nível fundamental de escolaridade.

Alguns estudos sugerem que, entre a população geral, o protótipo do tentador de suicídio é mulher jovem com distúrbio de personalidade instável. O suicídio exitoso ocorre mais em homem adulto, com desordem afetiva (MURPHY, 1983⁵ e POKORNY, 1983⁶). RAPELI et al. (2003), entretanto, a partir de estudo realizado em enfermaria psiquiátrica, aqui, nesta instituição, com 121 pacientes, após tentativa de suicídio, encontraram a maioria de adultos jovens, com idade média de 32,6 anos, do sexo masculino.

Pesquisas que procuram levantar características sociodemográficas, de pacientes com TP, revelam-se próximas àquelas encontradas neste estudo. WEISSMAN et al. (1989), já haviam apontado que alguns fatores de risco como abuso de álcool e drogas, depressão grave e agorafobia, quando associados ao TP, podem levar as pessoas a terem ideação suicida ou tentarem suicídio. Observaram que o risco de suicídio é maior entre os pacientes com TP do que em qualquer outro transtorno psiquiátrico e que, este risco, relaciona-se diretamente com o início precoce do quadro.

Os pacientes que compuseram os Grupos 3 e 4 obtiveram pontuação mais alta na escala do BDI. O mesmo ocorreu quanto à sintomatologia ansiosa, segundo a escala de Sheehan, que foi elevada no Grupo 4 e ainda maior no Grupo 3.

WARSHAW et al. (2000), em estudo prospectivo de cinco anos, com 498 pacientes, verificaram que o comportamento suicida, em pacientes com TP - atual ou passado -, está associado com sintomas depressivos graves, transtornos alimentares, história de abuso de substâncias ou álcool e transtornos de personalidade.

BRONISCH e WITTCHEN (1994) e FAWCET (2001), em estudos separados, verificaram que as taxas de risco de suicídio aumentam em pacientes diagnosticados com TP e DM, quando comparados com pacientes com o diagnóstico puro de transtornos ansiosos ou depressivos.

⁵ MURPHY (1983) apud NOYES, R. Jr. Suicide and panic disorder: a review – **Journal of Affective Disorders:** pp. 1-11, 1991.

⁶ POKORNY (1983) apud NOYES, R. Jr. Suicide and panic disorder: a review – **Journal of Affective Disorders:** pp. 1-11, 1991.

MANN et al. (1999) referem que a tentativa de suicídio é um forte preditor para novas tentativas ou futuro suicídio. A impulsividade e agressão foram altamente significativos na distinção em relação ao passado de tentadores, que apresentam mais depressão subjetiva, desesperança e ideação suicida.

Quanto ao Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, a análise dos resultados obtidos não se deteve nos valores das normas sugeridos por VILLEMOR AMARAL (1978) e ou HEISS et al.(1983). Como se trata de estudo descritivo, foram considerados os valores de maior média e/ou aqueles que tiveram significado estatístico nos grupos, através dos aspectos formais das pirâmides, amplitude do campo cromático, cores e síndromes.

O aspecto formal das pirâmides, segundo VILLEMOR AMARAL (1978) e HEISS et al. (1983), está relacionado ao grau de maturidade psicológica e organização mental, através da maneira como o indivíduo irá projetá-la, por meio das cores utilizadas e da disposição destas. VILLEMOR AMARAL (2002) relata que o nível formal tem se mostrado bom indicador para distinguir grupos psicopatológicos.

Entre os pacientes deste trabalho, as construções foram predominantemente ordenadas, destacando-se formação tipo camada, que é relativamente comum em adultos normais, que estão á caminho de estruturação, sugerindo personalidade imatura, insatisfatoriamente estável, lábil, facilmente perturbável, vulnerável, denotando insegurança e falta de disposição para se mover para fora de seu ambiente. Segundo HEISS et al. (1983), as pessoas que apresentam este aspecto formal, possuem tendência a apresentar distúrbio emocional.

Embora menos freqüente, observou-se que há um contingente razoável de formações desordenadas, tipo tapete, denotando imaturidade emocional, com recursos de ego deficitários e com comprometimento da afetividade, sugerindo insegurança, ansiedade, agressividade e falta de ação, indicando recursos afetivos precários. HEISS et al. (1983) afirmam que este tipo de escolha é comum entre ansiosos-sensíveis, assim como em depressivos-indiferentes.

VILLEMOR AMARAL et al. (2002) citam que a execução de tapetes é comum em alcolistas e esquizofrênicos e as formações simétricas, que é uma variação do tipo camada, são comuns nos quadros de TP.

MAGALHÃES (2001), analisando a presença de indicadores de bom potencial de dinamismo interno, por meio do psicodiagnóstico de Rorschach, verificou, também, a presença de indicadores de imaturidade emocional entre pacientes com TP.

Em relação à amplitude do campo cromático, observou-se, nos grupos pesquisados aqui, maior incidência na categoria de exagerada amplitude, mostrando a grande capacidade de recepção de estímulos, próprio de pessoas extrovertidas que, por outro lado, também sugere labilidade e dificuldades de controle, próprio de pessoas instáveis, inquietas e extremamente ansiosas (VILLEMOR AMARAL, 1978).

Quanto à média de frequência de cores e síndromes identificou-se que, entre os pacientes do Grupo 1, houve preferência pelas cores verde e violeta. O valor simbólico destas cores, em combinação, sugerem forte receptividade interna de estímulos e sobrecarga de ansiedade, que podem conduzir ao comprometimento do equilíbrio emocional, confirmando a suspeita de excitação interna retida e de estimulação não elaborada, fontes geradoras contínuas de ansiedade, que perturbam o contato com o mundo exterior – extroversão ansiosa - (VILLEMOR AMARAL, 1978).

Segundo VILLEMOR AMARAL (1978), a cor violeta tem ligação com ansiedade difusa, vaga e flutuante e que, mesmo na ausência de violeta, não há garantia de bom prognóstico, indicando rejeição dos afetos, negação de impulsos e luta contra a ansiedade ou suas manifestações. A intolerância à ansiedade, torna-se mais perniciosa, comprometendo a estabilidade e o equilíbrio emocional.

A elevação desta cor, no Grupo 1, está em concordância com o nível de sintomatologia ansiosa, obtido por meio da escala de Sheehan e provavelmente, também, ao fato destes pacientes não estarem em tratamento farmacológico, mostrando-se mais vulneráveis aos sintomas provocados pelo TP.

Verificou-se, também, neste grupo, as síndromes fria e de excitação afetiva com médias elevadas que, segundo VILLEMOR AMARAL (1978), indicam negação do estímulo, além de resfriamento emocional e afetivo. O autor refere que, esta elevação, normalmente ocorre quando a introversão assume características patológicas; são pessoas internamente ansiosas, tensas e, para se defenderem, esquivam-se ao contato, fecham-se e procuram manter uma atitude fria e distante, e isto, relaciona-se à captação, de forma ansiosa, dos estímulos externos, comprometendo as relações do indivíduo com o mundo exterior, fator que conduz a índices (elevados) de desadaptação afetiva e social.

Este dado se contrapõe aos obtidos por MAGALHÃES (2001), que avaliou a adaptação social e afetiva de pacientes com TP, descrevendo que estes não fazem uso do distanciamento do contato interpessoal, como forma de defender-se das manifestações de ansiedade.

Desta maneira, considerou-se que, possivelmente, os achados aqui encontrados se firmam tanto na elevada sintomatologia ansiosa e depressiva, como também nos altos níveis encontrados de agorafobia – que é uma das comorbidades mais frequentes entre pacientes com TP-, que pela própria apresentação dos sintomas deste quadro, torna o espectro social, do paciente com TP, cada vez mais limitado.

Entre pacientes do Grupo 2, não se observou cor que denotasse características mais profundas, a não ser pelo rebaixamento da cor preta, sugerindo que se trata de pessoas com recursos internos de capacidade para percepção e análise da realidade o que, possivelmente, ajuda a lidar com suas dificuldade emocionais e físicas. Este dado confirma os resultados relacionados às médias reduzidas, tanto para depressão como para ansiedade, quando se compara ao Grupo 1 e que o tratamento medicamentoso contribui para estes resultados.

Os Grupos 1 e 2, apesar de apresentarem condição de intenso desconforto físico e emocional, não expressaram agressão e impulsividade, elementos que parecem estar associados ao comportamento suicida (KORN et al.,1997).

Constatou-se que no Grupo 3, as maiores médias de frequência foram das cores azul, amarela e laranja. Segundo VILLEMOR AMARAL (1978), essas sugerem a presença de excitabilidade e possível impulsividade, acrescida da inabilidade e imaturidade advinda da associação do amarelo com azul, que estão relacionadas à presença de uma descarga afetiva irregular, devido à carência de mecanismos suficientemente desenvolvidos e amadurecidos que possam garantir tal adaptação.

O azul, por ter obtido a maior média neste grupo, por si indica introversão, tendo implicações na elaboração interna, de controle e de adaptação, sugerindo que tal impulsividade encontra-se na dimensão de mundo interno.

Estes dados são afirmados, quando se verificou o aumento das síndromes de normalidade e de estímulo, denotando esforço para a manutenção do equilíbrio emocional, visando possivelmente aparentar controle e estabilidade externa, porém a custo de repressão acentuada. Este aspecto determina, forte tensão interna e ansiedade dela decorrente. A extroversão lábil e egocêntrica, desencadeia grande dificuldade de estabilização e de adaptação externa e social objetiva.

Os achados, encontrados neste grupo, aproximam-se dos relatos de VILLEMOR AMARAL (1978), quando refere ao esforço que se faz contra a manifestação da ansiedade, sendo evidenciado quando a escolha da cor violeta encontra-se rebaixada, e de FENICHEL (1981) que afirma, nos estados de intensa ansiedade, os sujeitos com TP não apresentam recursos defensivos que possibilitem a elaboração das vivências afetivas.

Estes resultados sugerem que o movimento para lidar com o meio, revela um modo de apreensão da realidade, baseado numa visão distanciada do contexto em que estão inseridos, com dificuldade de estabelecer uma análise crítica do que se passa ao seu redor, voltando-se para si mesmos nos momentos de maior angústia.

MAC FADDEN (1994), estudando mulheres com TP, observou que estas apresentavam um contato com o meio caracterizado pela superficialidade, extremo formalismo, pouca espontaneidade e baixa suscetibilidade aos estímulos do ambiente. MAGALHÃES (2001) concorda com este relato, já que, em seu estudo para levantar

características de um perfil psicológico de pacientes portadores de TP, por meio do psicodiagnóstico de Rorschach, verificou que nos momentos de maior mobilização afetiva, estes pacientes realizavam uma análise minuciosa da realidade atendo-se aos pequenos detalhes do que se passa ao redor, sugerindo que isto seria, provavelmente, uma forma de defender-se da angústia despertada. A autora considera que estes mecanismos designam empobrecimento da percepção da realidade, apontando para uma descrição do modo de apreensão da realidade muito próximo ao presente estudo.

No Grupo 4 houve média elevada das cores vermelha, branca, cinza e marrom. O aumento da cor vermelha, por si, expressa irritabilidade exasperada, impulsividade e explosão. Quando associada ao aumento do branco, cinza e marrom, sugere excitabilidade e impulsos violentos em personalidades de estrutura lábil ou enfraquecida. O marrom traz consigo conotação negativa de regressão, impulsividade atitudinal e primária e as cores cinza e branco, inspiram sensação de vazio interior e afetivo, colocando estes indivíduos em uma disposição irritada, inquieta e tensa. Geralmente costumam polemizar, confundindo e agitando o meio à sua volta, como manifestações de neurose conflitiva.

Este perfil denuncia a dificuldade de controle de angústia despertada diante dos estímulos, que lhes mobilizaram afetivamente, sugerindo falha do controle racional diante da vivência de ansiedade.

Esta característica tem sido semelhante à afirmação de TRINCA (1992)⁷, com relação a pacientes com TP, onde a ansiedade é elemento que invade a personalidade dos pacientes, provocando uma confusão frente à vivência de si, favorecendo a experiência de vazio.

Em relação, ainda, à dificuldade de controle, relato foi verificado em estudos de MAC FADDEN (1994), que considera, este tipo de controle, como possibilidade de manifestação direta da afetividade, com características de impulsividade. MAGALHÃES (2001) enriquece esta observação, ao descrever em seu estudo, a observação do controle racional sobre as emoções, indicando que os sujeitos com TP, apresentam recursos internos

⁷ TRINCA (1992) apud MAGALHÃES, S.H.T. **Pacientes com Transtorno de Pânico – caracterização do perfil psicológico.** (Dissertação - Mestrado - Universidade de São Paulo). Ribeirão Preto, 2001.

para a contenção racional sobre os afetos, porém com grande possibilidade de emergência de impulsos, que a razão pode não conseguir conter.

A impulsividade é reconhecida como um dos fatores de risco para a presença do comportamento suicida, existindo poucos estudos que a considerem como fator de risco isolado, como sintoma, mas sim quando aparece em associação com transtornos mentais, como depressão, abuso de álcool e drogas, transtorno de personalidade e TP (PILOVISKI et al., 1999, CLONINGER et al., 1998, KORN et al. 1997; CORRUBLE et al. 1999).

Neste grupo, as síndromes que se destacaram foram a incolor e de agitação, que representam índices de insegurança interna, associado a mecanismos opressores, estado de tensão emocional muito acentuada, conduzindo à perturbações emocionais severas, com reações irregulares de agitação, reforçando imaturidade acentuada, regressão emocional e indiferenciação no controle dos impulsos.

Esta condição, pouco favorável do Grupo 4, é intensificada quando a cor azul revela-se com uma média significativamente rebaixada, quando comparada aos outros grupos, reforçando ainda mais a idéia de um ego estruturalmente enfraquecido e sem forças, ou sem capacidade defensiva para manter-se estruturalmente estável. Este estado é compartilhado, ao se constatar que o aumento da síndrome incolor confirma o afastamento da estimulação afetiva, já que não há controle maduro racional elaborado, tanto quanto a cor azul se representa originalmente em condições normais. Além disto, é neste grupo que se verificam os níveis mais severos de ansiedade e depressão, segundo as escalas de Sheehan e BDI, respectivamente. Porém, ressalta-se que, a intensificação dos sintomas, elevam-se após o início de tratamento medicamentoso entre alguns pacientes. Segundo RAMOS e BERNIK (1997), pode ocorrer até uma piora logo no início do tratamento, com o surgimento de sintomas como inquietação, insônia, irritabilidade e sensação de excesso de energia.

6- CONCLUSÃO

A técnica projetiva das Pirâmides Coloridas de Pfister mostrou-se um instrumento útil na investigação das características de personalidade da amostra, formada por pacientes portadores do TP, mais particularmente aos aspectos funcionais da personalidade que se referem, especificamente, à maneira como lidam com o desgaste emocional decorrente da ansiedade.

Após a distribuição da amostra, em grupos comparativos, observou-se que os pacientes com ideação suicida, Grupos 3 e 4, tinham, significativamente, mais sintomas depressivos e ansiosos e, quanto aos aspectos emocionais, apresentaram tendências a manifestações diretas e pouco elaboradas de ansiedade, sugerindo dificuldade em lidar com estas vivências e de manter o controle racional, diante do contato com situações que lhes despertem angústia. Apresentaram-se com mais indicadores de impulsividade, estrutura de personalidade afetivamente imatura e tendência a desviar tensões emocionais para si mesmos.

Este trabalho demonstrou que pacientes portadores de TP necessitam de maior atenção por parte dos médicos clínicos, que são geralmente os primeiros a atendê-los. Além disto, fica evidente a necessidade de que os pacientes sejam acompanhados, também, por profissionais treinados para oferecer suporte psicológico.

Seria importante replicar o Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, nos pacientes, após período maior de tratamento farmacológico. Além disto, há necessidade de comparar estes resultados com pesquisas semelhantes, realizadas com pacientes com TP e outros quadros psiquiátricos.

“Diante de nós está sempre o infinito”

Saint-Hilaire

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Y.A.; NARDI, A.E. Psychological features in panic disorder. **Arq Neuropsiquiatr**, 60 (3-A): 553-7, 2002.

ANDRADE, L.H.S.G.; LOTUFO-NETO, F.; MACIEL, L.M.A.; GENTIL, V.; SHAVITT, R.G.; BERNIK, M.A. Classificação e diagnóstico dos transtornos ansiosos In: GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F.; BERNIK, M.A. **Pânico, Fobia e Obsessões: A Experiência do Projeto AMBAN**. São Paulo: Ed. da Universidade São Paulo, 3ª edição: 37-53, 1997.

ANDRADE, L.H.S.G.; RAMOS, R.T.; CORDÁS, T.A. Relação entre ansiedade e depressão: comorbidade e transtorno misto ansioso e depressivo. In: GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F.; BERNIK, M.A. Classificação e diagnóstico dos transtornos ansiosos. **Pânico, Fobia e Obsessões: A Experiência do Projeto AMBAN**. São Paulo: Ed. da Universidade São Paulo, 3ª edição: 141-148, 1997.

APFELDORF, W.J.; SPIELMAN, L.A.; CLOITRE, M.; HECKELMAN, L.; SHEAR, M.K. Morbidity of comorbid psychiatric diagnoses in the clinical presentation of panic disorder. **Depress Anxiety**, 12 (2): 78-84, 2000.

Associação Psiquiátrica Americana (APA). **Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM IV)**. Tradução de Dayse Batista. 4ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BALL, S.G., BUCHWALD, A.M.; WADDELL, M.T.; SHEKHAR, A. Depression e generalizes symptoms in panic disorder. Implications for comorbidity. **J Nerv Ment Dis**, 183(5): 304-308, 1995.

BECK, A.T.; STEER, R.A.; SANDERSON, W.C.; SKEIE, T.M. Panic Disorder and Suicidal Ideation and Behavior: Discrepant Findings in Psychiatric Outpatients. **Am J Psychiatry**, 148 (9): 1195-1199, 1991.

BERNIK, M. A.; LOTUFO-NETO, F.; ANDRADE, L.H.S.G. A importância médico-social dos transtornos ansiosos. In: GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F.; BERNIK, M.A. **Pânico, Fobia e Obsessões: A Experiência do Projeto AMBAN**. São Paulo: Ed. da Universidade São Paulo, 3ª edição, pp.: 55-66, 1997.

BOCCALANDRO, M.P.R. **Sob o domínio de Pã (nico). Um estudo do transtorno do pânico através da psicossíntese.** São Paulo: Vetor Editora Psico-pedagógica, 140p., pp. 23-28, 2003.

BRONISCH, T.; WITTCHEN, H.U. Suicidal ideation and suicide attempts: comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance abuse disorder. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**, 244(2): 93-8, 1994.

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 da valva mitral e aqueles com desordem de pânico e sem prolapso de valva mitral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 35(1): 53-59, 1986.

CALIL, A.A.; LOUREIRO, S.R. Pirâmides coloridas de Pfister: Estudo do funcionamento psicológico de um grupo de pacientes portadores de labirintopatia – Doença de Ménière. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, vol. 43 no.1 / 2 – p. 41-51, 1991.

CALIL, M. H.; PIRES, M. L. N. Aspectos Gerais das Escalas de Avaliação de Depressão. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. **Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia.** São Paulo: Lemos-Editorial: pp. 65-69, 2000.

CLONINGER, C.R.; BAYON, C.; SVRAKIC, D.M. – Measurement of temperament and character in mood disorders: A model of fundamental states as personality types. **Journal of Affective Disorder**, 51: 21-32, 1998.

Conselho Federal de Psicologia. CFP cria comissão para avaliar os testes psicológicos. **Jornal Federal**. no. 72: edição setembro 2002. Disponível em: Pol psicologia online <<http://www.200.199.243.195/noticias/materia.cfm?id=42&materia=159>> Acesso: 03/março/2004.

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: 03/março/2004.

Conselho Federal de Psicologia. Testes Psicológicos: Um compromisso ético da Psicologia **Journal Federal** no. 75: edição Abril 2003. Disponível em: Pol psicologia online <<http://www.200.199.243.195/noticias/materia.cfm?id=12&materia=110>> Acesso: 03/março/2004.

CORRUBLE, E.; DAMY, C.; GUELFY, J.D. Impulsivity: a relevant dimension in depression regarding suicide attempts. **Journal of Affective Disorders**, 53: p.211-215, 1999.

CORYELL, W.; NOYES, R.; CLANCY, J. Excess Mortality in panic disorder. **Arch Gen Psychiatry**, vol 39: p.701-3, 1982.

CORYELL, W.; NOYES, R. Jr.; HOUSE, J.D. Mortality among outpatients with anxiety disorders. **Am J Psychiatry**, vol. 143 (4): 508-510, 1986.

CORYELL, W. Panic disorder and mortality. **Psychiatry Clin North Am**, 11(2): 433-40, 1988.

COSTA, O.R.S.C. **Um estudo correlacional das Pirâmides de Pfister e a BPR-5** – Itatiba, 2004 (Tese – Mestrado – Universidade São Francisco).

ECO, U. **Como se faz uma tese**. 2ª edição, São Paulo: Perspectiva, 1988.

FARAH, F.H.Z. **O Transtorno do Pânico no Sistema Compreensivo de Rorschach** - Itatiba, 2004 (Tese – Mestrado – Universidade São Francisco).

FAWCETT, J. Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. **Ann N.Y. Acad Sci**, 932: 94-105, 2001.

FENICHEL, O. **Teoria psicanalítica das neuroses**. Trad. Samuel Penna Reis. Rio de Janeiro/São Paulo, Atheneu, 1981, p. 9-17, 37-40, 122-123, 174-176, 373-374.

FLEET, R.P.; DUPUIS, G.; MARCHAND, A.; BURELLE, D.; ARSENAULT, A.; BEITMAN, B.D. Panic disorder in emergency department chest pain patients: prevalence, comorbidity, suicide ideation, and physician recognition. **Am J Med**, 101(4): 371-80, 1996.

FLOREQUIN, C. HARDY, P. MESSIAH, A.; ELLRODT, A.; FELINE, A. Suicide attempts and panic disorder: a study of 62 hospitalized suicidal patients. **Encephale**, 21(2): 87-92, 1995.

FREUD, S. Rascunho E – Como se origina a angústia In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, Rio de Janeiro: Imago, 1894. Vol. I: 235-241.

FRIEDMAN, S.; JONES, J. C.; CHERNEN, L.; BARLOW, D. H. Suicidal ideation and suicide attempts among patients with panic disorder: A survey of two outpatient clinics. **Am J Psychiatry**, 149:5, p. 680-685, 1992.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Centro Latino Americano de estudos sobre violência e saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. **A Autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública**. Praia do Flamengo, 194/601, Rio de Janeiro, 2001.

GABBARD, G.O. **Psiquiatria Psicodinâmica: baseado no DSM IV**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 174-182.

GENTIL, V.; ROSO, M.C. Atualizações sobre a síndrome do pânico. **Rev Psiq Rio Grande do Sul**, 9:49-58, 1987.

GENTIL, V. Ansiedade e transtornos ansiosos. In: GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F.; BERNIK, M.A. **Pânico, Fobia e Obsessões: A Experiência do Projeto AMBAN**. São Paulo: Ed. da Universidade São Paulo, 3^a edição, pp: 29-36, 1997.

GENTIL, V. Transtorno de Pânico. In: GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F.; BERNIK, M.A. **Pânico, Fobia e Obsessões: A Experiência do Projeto AMBAN**. São Paulo: Ed. da Universidade São Paulo, 3^a edição, pp: 101-111, 1997.

GLIATTO, M.F.; RAI, A.K. Avaliação e tratamento de pacientes com idéias suicidas - NeuroPsicoNews - Sociedade Brasileira de Informações de Patologias Médicas – Suicídio – **SBIPM**, 35, 2001.

GOMES DE MATOS, E. **Contribuições ao estudo do Distúrbio do Pânico e prolapso da valva mitral** – Campinas, 1992. (Tese – Doutorado - Universidade Estadual de Campinas).

GOODWIN, R.; OLFSON, M. Self-perception of poor health and suicidal ideation in medical patients. **Psychol Med**, 32(7): 1293-9, 2002.

GOODWIN, R.D.; MARUSIC, A. Feelings of inferiority and suicide ideation and suicide attempt among youth. **Croat Med J**, 44(5): 553-7, 2003.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de Depressão de Beck – Propriedades Psicométricas da Versão em Português: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. **Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos-Editorial, pp. 89-95, 2000.

GÜNTERT, A.E.V.A. Técnicas Projetivas: O Geral e o Singular em Avaliação Psicológica. In: F.F. Sisto, E.T.B. Sbardelini, R. Primi (orgs.) **Contextos e Questões em Avaliação Psicológica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p.76-84.

HANNS, L.A. **Dicionário Comentado do alemão de Freud**. Rio de Janeiro: Imago. 1996. p. 62-79.

HELDT, E.P.A. **Avaliação de resposta à terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtorno de pânico em curto e longo prazo** – Porto Alegre, 2002. (Tese – Mestrado – Universidade Rio Grande do Sul).

HENRIKSSON, M.M.; ISOMETSA, E.T.; KUOPPASALMI, K.I.; HEIKKINEN, M.E.; MARTTUNEN, M.J.; LONNQVIST, J.K. Panic disorder in completed suicide. **J Clin Psychiatry**, 57(7): 275-81, 1996.

HEISS, R.; HALDER P.; HOGER, D. **O teste das pirâmides de cores**; 2ª edição – São Paulo: Vetor, 1983.

KLEIN, D. F. Delineation of two Drug-responsive Anxiety Syndromes. **Psychopharmacologia**, 5: 397-408, 1964.

KLEIN, D. False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions – an integrative hypothesis. **Arch Gen Psychiatry**, 50:306-317, 1993.

KORN, M.L.; PLUTCHIK, R.; PRAAG, H.M.V. Panic-associated suicidal and aggressive ideation and behavior. **J Psychiatry Res**, vol. 31 no. 4: 481-487, 1997.

LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J.B. **Vocabulário da psicanálise**, São Paulo: Martins Fontes: 1991. p. 26-27/430.

MAC FADDEN, M.A. Avaliação psicodinâmica de mulheres com transtorno do pânico. **Boletim de Psicologia**, vol. XLIV – no. 100/101, 49-53, 1994.

- MAGALHÃES, S.H.T. **Pacientes com Transtorno de Pânico – caracterização do perfil psicológico.** (Dissertação - Mestrado - Universidade de São Paulo). Ribeirão Preto, 2001.
- MANN, J.J.; WATERNAUX, C.; HAAS, G.L.; MALONE, K.M. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. **Am J Psychiatry**, 156(2):181-189, febr, 1999.
- MARSHALL, J.R. Panic Disorder: A treatment update. **J Clin Psychiatry**, 58(1): 36-42, 1997.
- MARKOWITZ, S.J.; WEISSMAN, M.M.; OUELLETTE, R.; LISH, J.D.; KLERMAN, G.L. Quality of life in panic disorder. **Arch Gen Psychiatry**, 46(11): 984-92, 1989.
- MARQUES, M.I.B. **O teste de pirâmides coloridas de Max Pfister.** EPU: EDUC, São Paulo, 1988.
- MITOLOGIA GREGA.** Disponível em: <<http://warj.med.br/mit09-6.asp>> Acesso em 11/novembro/2003.
- NARDI, A. E. Comentários do debatedor: escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica.** 25 (6): 331-333 Edição Especial Internet, nov/dez, 1998. Disponível em: <www.hcnet.usp.br/ipq/revista/index.html> Acesso em 17/agosto/2002.
- 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.
- NOYES, R. Jr. Suicide and panic disorder: a review – **Journal of Affective Disorders**, 1-11, 1991.
- NOYES, R. Jr. WOODMAN, C.L.; HOLT, C.S.; REICH, J.H.; ZIRMMERMAN, M.B. Avoidant personality traits distinguish social phobic and panic disorder subjects. **J Nerv Ment Dis**, 183 (3): 145-53, 1995.
- OLFSON, M.; SHEA, S.; FEDER, A.; FUENTES, M.; NOMURA, Y.; GAMEROFF, M.; WEISSMANN, M.M. Prevalence of anxiety, depression, and substance use disorders in an urban general medicine practice. **Arch Fam Méd**, 9(9): 876-83, sep-out, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.** Relatório sobre a Saúde no Mundo. Geneva: WHO Offset Publication, 50-54, 2001.

OVERBEEK, T.; RIKKEN, J.; SCHRUERS, K.; GRIEZ, E. Suicidal ideation in panic disorder patients. **J Nerv Ment Dis**, 186 (9): 577-80, 1998.

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.

PILOWSKY, DJ; WU, L-T; ANTHONY, JC – Panic attacks and suicide attempts in mid-adolescence – **Am J Psychiatry**, 156: 1545-1549, october 1999.

PLACIDI, G.P.A.; OQUENDO, M.A.; MALONE, K.M.; BRODSKY, B.; ELLIS, S.P.; MANN, J.J. Anxiety in Major depression: Relationship to suicide attempts. **Am J Psychiatry**, 157: 1614-1618, 2000.

POLLACK, M.H.; SMOLLER, J.W. The longitudinal course and outcome of panic disorder. **Psychiatry Clin North Am**, 18: 785-801, 1995.

RAMOS, R.T.; BERNIK, M.A. Transtorno do Pânico. In: HETEM, L.A.B.; GRAEFF, F.G. **Ansiedade e Transtornos de Ansiedade.** Rio de Janeiro: Editora Científica Nacional, 271-289, 1997.

RAPELI, C. B.; BOTEAGA, N.J. Tentativas de suicídio graves: três diferentes grupos internados em um hospital geral. **J Bras Psichiatr**, Vol 52(1): 5-11, 2003.

REGIER, D.A.; MYERS, J.K.; KRAMER, M. The NIMH epidemiologic Catchment Area (ECA) Program: Historical context, Major Objectives and study population characteristics. **Arch Gen Psychiatry**, 41: 934-941, 1984.

REGIER, D.A.; BOYD, J.H.; BURKE, J.D.; RAE, D.S.; MYERS, J.K.; KRAMER, M.K. et. al. One month prevalence of mental disorders in the United States. **Arch Gen Psychiatry**, 45:977-986, 1988.

ROSO, M.C.; ITO, L.M.; GENTIL Fo., V. Problemas na determinação de um perfil de personalidade em pacientes com síndrome do pânico. **Rev. ABP-APAL**, vol.9, no. 4, pp. 140-144, 1987.

ROY-BYRNE, P.P.; STANG, P.; WITTCHEN, H.U.; USTUN, B.; WALTERS, E.E.; KESSLER, R.C. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. Association with symptoms, impairment, course and help-seeking. **Br J Psychiatry**, 35: 176-229, mar, 2000.

SATCHER, D. Suicídio como problema de saúde pública - - Sociedade Brasileira de Informações de Patologias Médicas – Suicídio – SBIPM. **NeuroPsicoNews**, no. 35, 2001.

SEVERINO, A. J. – **Metodologia do Trabalho Científico**. 21^a edição, Cortez Editora: São Paulo, 2000.

SHELTON, R.C. Transtornos de Ansiedade. In: EBERT, M.H.; NURCOMBI, B.; LOOSEN, P.T. **Psiquiatria: Diagnóstico e Tratamento**. Trad. Maria Cristina Monteiro, Lúcia Porto e Alceu Filmann. Porto Alegre: Artmed Editora, 325-337, 2002.

SILVA, T.C.; FARAH, F.H.Z.; CARDOSO, L.M.; FRANCO, R.R.; VILLEMOR AMARAL, A.E.; PRIMI, R. Os transtornos de ansiedade no teste das pirâmides coloridas de Pfister: Pânico e TOC. In. **1º CONGRESSO BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E DA IX CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: FORMAS E CONTEXTOS**. Campinas, 2003. Disponível em: <http://www.ibapnet.org.br/livro_de_resumos.pdf> Acesso em 02/11/2003.

SOUZA, R.M.; DUARTE, F.; CORDEIRO, J.A. Desenvolvimento afetivo medido pelo teste das pirâmides coloridas de Pfister e graus de perda auditiva: Um estudo exploratório. **Estudos de Psicologia**, no. 2: p. 66-101, 1991.

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

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1998. 90p.

VILLEMOR AMARAL, F. **Pirâmides Coloridas de Pfister**. 2^a edição, CEPA: Rio de Janeiro, 1978.

VILLEMOR AMARAL, A.E. Novas Contribuições ao Teste Das Pirâmides Coloridas de Pfister. In: PRIMI, R. (Org.). **Temas Sobre os Instrumentos de Avaliação Psicológica**. IBAP. Campinas: Impressão Digital do Brasil e Editora Ltda, p. 50-55, 2002.

VILLEMOR AMARAL, A.E.; SILVA, T.C.; PRIMI, R. O teste das pirâmides coloridas e o transtorno obsessivo compulsivo. **Avaliação Psicológica**, 2: pp 133-139, 2002.

WARSHAW, M.G.; MASSION, A.O.; PETERSON, L.G.; PRATT, L.A.; KELLER, M.B. Suicidal Behavior in Patients with panic disorder: retrospective and prospective data. **J Affect Disord**, 34(3): 235-47, 1995.

WARSHAW, M.G.; DOLAN, R.T.; KELLER, M.B. Suicidal Behavior in Patients with current or past panic disorder: five years of prospective data from the Havard/Brown Anxiety Research Program. **Am J Psychiatry**, 157: 1876-1878, 2000.

WEILLER, E.; BISSERBE, J-C.; MAIER, W.; LECRUBIER, Y. Prevalence and recognition of anxiety syndromes in five European primary care settings – **British Journal of Psychiatry**, 173 (suppl. 34): p. 18-23, 1998.

WEISSMAN, M; MERIKANGAS, K.R. The epidemiology of anxiety and panic disorder: na update. **J Clin Psychiatry**, 47: 11-17 (suppl.), 1986.

WEISSMAN, M; KLERMAN, G.L.; MARKOWITZ, J.S.; OUELLETTE, R.; PHIL, M. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. **The New England Journal of Medicine**, vol 321 (18) 2 Nov, 1989.

WEISSMAN, M.; BLAND, R.C.; CANINO, G.J.; FARAVELLI, C.; GREENWALD, S.; HWU, H-G; et al. The cross-national epidemiology of panic disorder. **Arch Gen Psychiatry**, vol 54: 305-309, Apr, 1997.

WITTCHEN, H-U. Recognition and management of anxiety syndromes. **British Journal of Psychiatry**, 173 (suppl. 34): 1-3, 1998.

WITTCHEN, H-U.; BOYER, P. Sensitive and specificity of the anxiety screening questionnaire (ASQ-15). **British Journal of Psychiatry**, 173 (suppl. 34): 10-17, 1998.

8- ANEXOS

8.1- Parecer do CEP / FCM - Unicamp



CEP, 16/04/02
(Grupo III)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Caixa Postal 6111
13083-970 Campinas, SP

(0__19) 3788-8936

fax (0__19) 3788-8925

cep@head.fcm.unicamp.br

PARECER PROJETO: N° 032/2002

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "IDENTIFICAÇÃO DE TRAÇOS IMPULSIVOS E SUA RELAÇÃO COM AS IDÉIAS DE SUICÍDIO EM PACIENTES COM TRANSTORNO DE PÂNICO"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Cícera Andréa Oliveira Brito Patutti

INSTITUIÇÃO: Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria/FCM/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 30/01/2002

II - OBJETIVOS

Investigar a associação entre idéias de suicídio e transtorno de pânico.

III - SUMÁRIO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, onde se buscará dados comparativos a partir dos grupos estudados. O critério de classificação utilizado para o Transtorno do Pânico é o DMS. A amostra total a ser investigada será composta de aproximadamente 200 sujeitos e/ou aqueles que estiverem registrados entre o período de março/2000 a março/2003, de ambos os sexos, com idade média de 35 anos, não medicados, sem co-morbidades com os transtornos de personalidade e esquizofrenia, procedentes do Núcleo de Atendimento dos transtornos de Ansiedade (NATA), do Ambulatório de Saúde Mental Geral de Adultos, HC/UNICAMP.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Estudo de relevância clínica e científica razoável, no qual se tentará caracterizar traços impulsivos através de questionários e testes investigando a associação de idéias de suicidas com transtorno de pânico. Consideramos o projeto bem desenhado e em acordo com as Resoluções 196/96 e 251/97.

As alterações solicitadas foram realizadas pelos pesquisadores. Consideramos o projeto aprovado.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

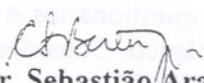
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

Atenção: Projetos de Grupo I serão encaminhados à CONEP e só poderão ser iniciados após Parecer aprovatório desta.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na IV Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 16 de abril de 2002.


Prof. Dr. Sebastião Araújo
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Campinas, fevereiro de 2004

Ao
Comitê de Ética e Pesquisa
Faculdade de Ciências Médicas
Universidade Estadual de Campinas

Referente: Projeto de Pesquisa 032/2002.

Venho por meio desta comunicar alterações ocorridas no projeto acima citado. Desta maneira solicitamos que as considerem, conforme abaixo relacionadas:

Título: "Identificação de traços impulsivos e sua relação com as idéias de suicídio em pacientes com transtorno de pânico".

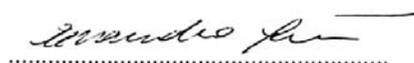
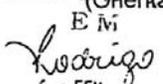
Substituir por: "Transtorno de pânico e ideação suicida: Características de personalidade no teste de Pfister".

Instrumentos de Pesquisa: Inventário de Depressão de Beck, Escala de Ansiedade de Hamilton e Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister.

Substituir por: Inventário de Depressão de Beck, Escala de Ansiedade de Sheehan e Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister.

Sem mais para o momento, agradecemos sua atenção.


Cicera Andréa Oliveira Brito Patutti
(Pesquisadora)


Evandro Gomes de Matos
(Orientador)
REC
EM

16 FEV. 2003
Comitê de Ética em
Pesquisa / P.C.M.
UNICAMP



Faculdade de Ciências Médicas

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Caixa Postal 6111
13083-970 Campinas, SP

☎ (0__19) 3788-8936

☎ fax (0__19) 3788-8925

✉ cep@head.fcm.unicamp.br

CEP, 16/03/04
(PARECER PROJETO 032/2002)

PARECER

I-IDENTIFICAÇÃO:

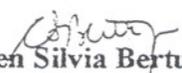
PROJETO: "IDENTIFICAÇÃO DE TRAÇOS IMPULSIVOS E SUA RELAÇÃO COM AS IDÉIAS DE SUÍCIDIO EM PACIENTES COM TRANSTORNO DE PÂNICO"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Cícera Andréa Oliveira Brito Patutti

II - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou o novo título, TRANSTORNO DE PÂNICO E IDEAÇÃO SUICIDA: CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE NO TESTE DE PFISTER, bem como a substituição dos instrumentos a serem utilizados no protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

8.2- Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA COM SERES HUMANOS

NÚCLEO DE ATENDIMENTO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE – NATA

Coordenador/Responsável: Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos CRM 21992

Este é um convite para participar voluntariamente de um estudo clínico. Por favor, leia atentamente as informações aqui contidas antes de dar seu consentimento para participar.

1. Objetivo dessa pesquisa é estudar pacientes de ambos os sexos atendidos no Ambulatório de Saúde Mental de Adultos que apresentem Transtornos de Ansiedade, segundo os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV).
2. A avaliação clínica será realizada antes, durante e após o estudo bem como a qualquer momento que você ou seu médico acharem necessários para melhor controle de sua saúde.
3. Além da avaliação clínica, serão realizados os seguintes exames complementares: Exame de sangue, de Urina e Eletroencefalograma.
4. A avaliação a que você será submetido (a), não contém nenhum procedimento diferente dos que poderiam ser realizados em uma consulta de rotina completa.
5. Durante o tempo em que você estiver participando do estudo, esperam-se de você algumas responsabilidades: seguir cuidadosamente as instruções de seu médico para uso da medicação; visitar o médico nos dias marcados para avaliação adequada do tratamento; não permitir que qualquer pessoa utilize a sua medicação.
6. seu problema de ansiedade pode ser tratado com medicamentos, bem como psicoterapia ou uma associação de tratamentos. Portanto, você deve discutir com seu médico qual a melhor alternativa de tratamento para o seu caso.
7. A sua participação nesse estudo é voluntária, mesmo que você decida participar, você tem plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento sem incorrer em nenhuma penalidade. O seu atendimento médico não será prejudicado caso você decida não participar ou caso decida sair do estudo já iniciado. O seu médico pode também decidir interromper a sua participação a qualquer momento se julgar conveniente para sua saúde.

8.3- Protocolo do Nata

NÚCLEO DE ATENDIMENTO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE									
IDENTIFICAÇÃO									
1 NºNATA				H.C.			DATA	/	/
2 Nome (iniciais)				Termo Consent.			HIP.DIAG		
3 Idade				Fone:			Procedência:		
4 Sexo		Femenino		Masculino					
5 Cor		Branco		Negro		Pardo		Amarelo	
6 Estado Civil		Solteiro		Casado		Viúvo		Separad.	outros
7 Religião		Católico		Protestante		Evangélico		outros	
8 Grau Instrução		Analfabeto		1º grau		2º grau		Univers.	
INFORMAÇÕES SOBRE OS SINTOMAS (assinalar com X)									
9 Idade 1ª Crise									
10 Frequências das Crises		Diária		2/3 semana		1 p/semana			
		Mensal		Semestral					
11 Comorbidades		Agorafobia		Depressão		TAG		TOC	PVM
		Fob.Especif		Fob.Social		Asma		Diabetes	AVC
		Disf.Tireóide		Inf.Miocárdio		Hipertensão		Epilepsia	Imp.Sexua
		Dist.Alimentação	(aumento)			Dist.Alimentação	(dimin.)		
12 Abuso Subst		Álcool		Fumo		Crack		Maconha	Cocaína
		Calmantes		Outros					
13 Anteced. Pes		Sonambul.		Sonilóquio		Enur. Not.		Terror Not.	Encoprese
		Fobia Escol		Bruxismo		I.S.		T.S.	
14 Anteced.Familiares		Pai		Mãe		Irmãos		Filhos	
INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO (somente valores)									
15 Escalas		Ham A		BDI		Sheehan I			
		Ham D		Sheehan II					
16 Testes Projetivos (identificar aplicador)		HTP				Rorshach			
		Pfister							
EXAMES (somente resultados)									
17 Ex. Laboratoriais		EEG		IgE		Urina I		T4	TSH
		Triglicérides		Colesterol		Ppf			
18 Medicação Atual		s/medicação		medicado com:					
		Medicação Prescrita							
19 PSICOTERAPIAS		Indiv.Psicod.		Indiv.TCC		Grupo			
20 OBSERVAÇÕES									
21 REVIS. PRONTUÁRIO HC									
		REVIS. PRONT. NATA							
22 WHOQOL				PAS SR					
23 SITUAÇ. PAC.		alta		abandono		em tratamento		encaminhado p/	

8.4- Inventário de Depressão de Beck

- 01) **0** Eu não estou triste
1 Eu me sinto triste, deprimido
2a Eu me sinto triste e deprimido e não consigo me livrar disto
2b Eu me sinto triste e infeliz que isto se torna até doloroso
3 Eu me sinto tão triste e infeliz que não consigo suportar
- 02) **0** Eu não estou pessimista sem coragem em relação ao futuro
1 Estou sem coragem em relação ao futuro
2a Eu sinto que não tenho nada a esperar do futuro
2b Eu sinto que nunca vou superar ou acabar com meus problemas
3 Eu sinto que não tenho nada a esperar do futuro as coisas não podem melhorar
- 03) **0** Eu não me sinto fracassado
1 Eu sinto que fracassei mais que uma pessoa comum
2a Eu sinto que consegui muito pouco da vida
2b Quando olho para o meu passado só vejo fracassos
3 Eu sinto que sou um verdadeiro fracasso (como pai, marido, filho)
- 04) **0** Eu não estou insatisfeito
1a Eu me sinto chateado a maior parte do tempo
1b Eu não tenho prazer nas coisas como eu tinha antes
2 Eu não tenho satisfação alguma com as coisas
3 Eu estou insatisfeito com tudo
- 05) **0** Eu não me sinto culpado
1 Eu me sinto uma pessoa ruim, na qual não se pode confiar boa parte do tempo
2a Eu me sinto culpado
2b Eu me sinto uma pessoa na qual não se pode confiar praticamente o tempo todo
3 Eu me sinto como se fosse ruim e sem valor
- 06) **0** Eu não sinto que estou sendo castigado
1 Eu tenho sentimento de que alguma coisa de muito ruim pode acontecer para mim
2 Eu sinto que estou sendo castigado ou serei castigado
3a Eu sinto que mereço ser castigado
3b Eu quero ser castigado
- 07) **0** Eu não me sinto desapontado comigo mesmo
1a Eu estou desapontado comigo mesmo
1b Eu não gosto de mim mesmo
2 Eu estou chateado comigo mesmo
3 Eu me odeio
- 08) **0** Eu não sinto que sou pior que qualquer outra pessoa
1 Eu me critico muito por causa dos meus erros e fraquezas
2a Eu me acuso por tudo o que acontece de errado
2b Eu sinto que tenho muito maus atos
- 09) **0** Eu não tenho nenhuma idéia de fazer mal a mim mesmo
1 Eu tenho pensamentos de fazer mal a mim próprio mas eu não os faria
2a Eu sinto que estaria melhor se estivesse morto(a)
2b Eu tenho planos definitivos de me matar
2c Eu sinto que minha família estaria melhor se eu estivesse morto
3 Eu me mataria se pudesse
- 10) **0** Eu não choro mais do que costumo
1 Eu choro mais agora do que antes
2 Atualmente choro sempre
3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo mesmo que eu queira

- 11) **0** Eu não estou mais irritado e nervoso agora do que eu costumava
1 Eu fico mais irritado e nervoso do que antes
2 Eu me sinto sempre irritado e nervoso
3 Eu não fico irritado com as coisas que antes me deixavam nervoso
- 12) **0** Eu não perdi o interesse em outras pessoas
1 Eu não estou menos interessado em outras pessoas do que antes
2 Eu perdi boa parte do interesse em outras pessoas e não ligo para elas
3 Eu perdi todo meu interesse em outras pessoas e elas pouco me interessam
- 13) **0** Eu tomo decisões tão bem como sempre
1 Eu estou mais inseguro e tento evitar de tomar decisões
2 Eu não consigo tomar mais decisões sem ajuda
3 Eu não consigo tomar mais nenhuma decisão
- 14) **0** Eu não sinto que minha aparência piorou
1 Eu estou muito preocupado porque aparento estar velho e acabado
2 Eu sinto que existem mudanças definitivas na minha aparência e elas me fazem sentir acabado
3 Eu sinto que sou feio e até repugnante
- 15) **0** Eu consigo trabalhar tão bem quanto antes
1a Custa um esforço muito grande fazer alguma coisa
1b Eu não trabalho tão bem quanto antes
2 Eu preciso me empurrar para fazer alguma coisa
3 Eu não consigo trabalhar
- 16) **0** Eu consigo dormir tão bem quanto antes
1a Eu acordo de manhã mais cansado do que antes
1b Durmo um pouco mais do que o habitual
2a Eu acordo uma ou duas horas antes do que costumava acordar e fica difícil voltar a dormir
2b Durmo muito mais do que o habitual
3a Eu acordo mais cedo todo dia e não consigo dormir mais que cinco horas
3b Durmo a maior parte do dia
- 17) **0** Eu não fico mais cansado agora do que antes
1 Eu me canso mais facilmente agora do que antes
2 Eu me canso de fazer qualquer coisa
3 Eu me sinto muito cansado para fazer qualquer coisa
- 18) **0** Meu apetite não está pior agora
1 Meu apetite não está bem como costumava ser
2 Meu apetite está muito pior
3 Eu não tenho mais apetite nenhum
- 19) **0** Eu não perdi muito peso, praticamente nenhum ultimamente
1 Eu perdi mais de dois quilos
2 Eu perdi mais de quatro quilos
3 Eu perdi mais de seis quilos
- 20) **0** Eu não estou mais preocupado com minha saúde do que antes
1 Eu estou preocupado, com dores, disenteria, prisão de ventre ou outras queixas
2 Eu estou tão preocupado sobre como eu me sinto, ou o que sinto, que é difícil pensar em outra coisa
3 Eu só penso em minhas queixas
- 21) **0** Não houve nenhuma mudança recente quanto ao meu interesse por sexo
1 Eu estou menos interessado por sexo do que antes
2 Eu estou atualmente muito menos interessado em sexo
3 Eu perdi completamente o interesse em sexo

0 a 9: mínima	10 a 16: Leve	17 a 29: Moderada	30 a ↑63: Severa
----------------------	----------------------	--------------------------	-------------------------

8.5- Escala de Ansiedade de Sheehan

Parte I (instruções)

Você encontrará abaixo uma lista de problemas e queixas que as pessoas algumas vezes apresentam. Faça um círculo em torno do número à direita que melhor descreve a intensidade com que este problema o afligiu ou preocupou nos **últimos 6 meses**. Marque somente um número para cada item e não deixa de preencher nenhum.

0- nem um pouco	1- um pouco	2- moderado (médio)
3- acentuado (muito)	4- extremo (demais)	

Em que intensidade você foi incomodado por:

01) Crise de tontura, desmaio ou vertigem	0	1	2	3	4
02) Sensação de perna mole ou bamba	0	1	2	3	4
03) Sensação de perda de equilíbrio, como se estivesse para cair	0	1	2	3	4
04) Dificuldade para respirar ou respiração forte	0	1	2	3	4
05) Pausa ou aceleração do coração	0	1	2	3	4
06) Dor ou pressão no peito	0	1	2	3	4
07) Sensação de estar sufocado, engasgado ou com aperto ou nó na garganta	0	1	2	3	4
08) Formigamentos ou adormecimentos de algumas partes do corpo	0	1	2	3	4
09) Ondas de calor ou calafrios	0	1	2	3	4
10) Náuseas ou problemas estomacais	0	1	2	3	4
11) Episódios de diarreia	0	1	2	3	4
12) Dores de cabeça, no pescoço ou na nuca	0	1	2	3	4
13) Sentir-se facilmente cansado, fraco ou exausto	0	1	2	3	4
14) Períodos de aumento da sensibilidade para o som, a luz ou tato	0	1	2	3	4
15) Crises de transpiração excessiva	0	1	2	3	4
16) Sensação de que o ambiente à sua volta está estranho, irreal, nebuloso ou distante	0	1	2	3	4
17) Sensação de estar fora do corpo, ou de parte dele, ou sensação de estar flutuando	0	1	2	3	4
18) Preocupação excessivas com a própria saúde	0	1	2	3	4
19) Sensação de estar perdendo o controle ou de estar ficando louco	0	1	2	3	4
20) Medo de estar morrendo ou de que algo terrível está para acontecer	0	1	2	3	4
21) Tremores ou tremores por dentro	0	1	2	3	4
22) Fases de depressão que ocorrem sem razão de ser, ou por pequenos motivos	0	1	2	3	4
23) Mudanças súbitas de humor, relacionadas com mudanças de ambiente	0	1	2	3	4
24) Sentir-se dependente dos outros	0	1	2	3	4
25) Ter que repetir a mesma ação várias vezes quando não é realmente necessário (ex: checar a mesma coisa várias vezes, lavar-se, contar repetidamente)	0	1	2	3	4
26) Palavras ou pensamentos que persistentemente se intrometem na mente dos Quais é difícil livrar-se (ex: pensamentos indesejáveis da agressividade, Sexuais ou de dificuldade de controlar os impulsos)	0	1	2	3	4
27) Dificuldade para pegar no sono	0	1	2	3	4
28) Acordar no meio da noite ou sono inquieto	0	1	2	3	4
29) Evitar situações que apavoram	0	1	2	3	4
30) Tensão e incapacidade para relaxar	0	1	2	3	4
31) Ansiedade, nervosismo, agitação	0	1	2	3	4
32) Crises repentinas e inesperadas de ansiedade, com sensação ou medo de morte, causadas por pequeno ou nenhum motivo aparente e acompanhadas de 3 ou mais sintomas de todos os referidos ao lado, ocorrendo juntos	0	1	2	3	4
33) Crises repentinas e inesperadas de ansiedade, causadas por pequeno ou nenhum motivo e acompanhadas de 1 ou 2 sintomas de todos os referidos ao lado	0	1	2	3	4
34) Episódios de ansiedade que aparecem pela antecipação de fazer alguma coisa e que são mais intensos do que a experiência da maioria das pessoas em tais situações	0	1	2	3	4

Sintomas:

1) Palpitações ou ritmo cardíaco acelerado	6) Dor ou desconforto abdominal	10) medo de perder o controle ou enlouquecer
2) sudorese	7) náusea ou desconforto abdominal	11) medo de morrer
3) tremores ou abalos	8) sensação de tontura, instabilidade vertigem ou desmaio	12) parestesias
4) sensações de falta de ar ou sufocamento	9) desrealização(sensação de irrealidade) ou despersonalização(estar distanciado de si mesmo)	13) calafrios ou ondas de calor
5) sensações de asfixia		

Parte II (Instruções)

Faça um círculo em torno do número à direita de cada questão que melhor descreve como você se sente **neste momento**.

01) Boca mais seca do que normalmente	0	1	2	3	4
02) Preocupado	0	1	2	3	4
03) Nervoso, ansioso, irrequieto, desassossegado	0	1	2	3	4
04) Temeroso, com medo	0	1	2	3	4
05) Tenso, rijo	0	1	2	3	4
06) Tremores por dentro e por fora	0	1	2	3	4
07) Sensação de frio, movimentação ou perturbação no estômago	0	1	2	3	4
08) Sensação de calor pelo corpo todo	0	1	2	3	4
09) Mãos suadas	0	1	2	3	4
10) Batidas do coração aceleradas ou fortes	0	1	2	3	4
11) Tremor nas mãos ou pernas	0	1	2	3	4

Parte I (ansiedade endógena):

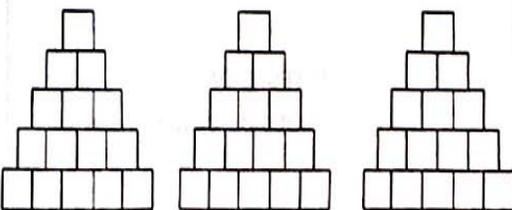
0 a 30: leve	31 a 50: moderada	51 a 80: marcada	↑81:severa
--------------	-------------------	------------------	------------

Parte II (ansiedade ou fobia exógena):

4 a 11: leve	12 a 22: moderada	23 a 33:marcada	↑34:severa
--------------	-------------------	-----------------	------------

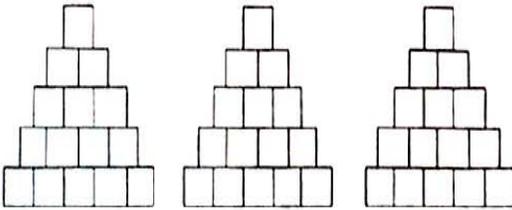
8.6- Folha de Registro e Avaliação - Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister

PIRÂMIDES BONITAS



	Vm1	Vm2	La	Am	Vd1	Vd3	Az2	Az4	Vi2	Vi3	Ma	Br	Cl	Pr
I														
II														
III														
S														
C														
I														
II														
III														
S														
C														

PIRÂMIDES FEIAS



Frequência dos Matizes

	Vm1	Vm2	La	Am	Vd1	Vd3	Az2	Az4	Vi2	Vi3	Ma	Br	Cl	Pr	
CRB.															Índice de Dinação
CPF.															
CPB-CPF															

Síndromes

	Estimulação $Vm2+La+Am+Vd1$	Repressão $Vi3+Ma+Cl+Pr$	Formas	
			P.B.	P.F.
P.B.	C =	C =		
P.F.	C =	C =		

Síndrome Normal

	$Vm2+W3+Az4$	$Vm1+Vd1+Cl$
P.B.	C =	C =
P.F.	C =	C =

Fórmula de Sequência

D	AC	ARC	AA	AE
P.B.				
P.F.				

Síndrome Acromático

	$Br+Cl+Pr$
P.B.	C =
P.F.	C =

Características Especiais
