

**FACULDADE CIDADE DE COROMANDEL
CURSO DE PSICOLOGIA**

DANIELA CÂNDIDA TEIXEIRA DOS SANTOS

SÍNDROME DO PÂNICO: o medo de viver em adultos

**COROMANDEL
2021**

DANIELA CÂNDIDA TEIXEIRA DOS SANTOS

SÍNDROME DO PÂNICO: o medo de viver em adultos

Artigo apresentado a Faculdade Cidade de Coromandel como requisito parcial para conclusão do Curso de Psicologia.

Orientador: Prof. Me. Charles Magalhães de Araújo

**FACULDADE CIDADE DE COROMANDEL
DANIELA CÂNDIDA TEIXEIRA DOS SANTOS**

SÍNDROME DO PÂNICO: o medo de viver em adultos

Artigo aprovado em ____ de _____ de 2021 pela comissão
examinadora constituída pelos professores:

Orientador: _____
Prof. Me. Charles Magalhães de Araújo
Faculdade Cidade de Coromandel

Examinadora: _____
Prof.^a Esp.
Faculdade Cidade de Coromandel

Examinadora: _____
Profa.
Faculdade Cidade de Coromandel

SÍNDROME DO PÂNICO: o medo de viver em adultos

Daniela Cândida Teixeira dos Santos*

Charles Magalhães de Araújo**

RESUMO

A Síndrome do Pânico é um transtorno de ansiedade com crises recorrentes e inesperadas, sendo caracterizado pela presença de sintomas físicos e a sensação de extremo pavor. O presente estudo sobre a Síndrome do Pânico objetivou dar ênfase ao conceito, as causas, aos sinais e aos sintomas, bem como apresentar o tratamento na abordagem cognitiva comportamental, uma vez que o pânico é uma entidade nosológica acompanhada de importante prejuízo psíquico e funcional. O desenvolvimento deste estudo foi realizado através de revisão bibliográfica com o intuito de identificar os principais medos enfrentados por indivíduos com tal síndrome. De acordo com o estudo realizado foi possível perceber a efetividade de uma combinação de estratégias comportamentais de tratamento para as crises de pânico, notando-se a importância das técnicas cognitivo-comportamentais usadas no tratamento do transtorno.

Palavras-chave: Síndrome do Pânico. Ansiedade. Medo.

ABSTRACT

This study seeks to elucidate how aesthetics is understood and exercised in education. It aims to arouse a critical view on the neoliberal movement and the media culture that weakens aesthetic education. It purposes to assist in the reflective construction on the social role of art and to propose a construction of self-knowledge through aesthetics, an element that is sometimes forgotten by education. The bibliographical search that is developed in the study intends to validate how the development of sensitivity and imperative sense happens once it might highlight the becoming of education and the aesthetic construct that education needs to propose immersion in its introspective. It is through this faculty that autonomy, cognition, criticality emerge. Education and its social contribution to moral, aesthetic and ethical training.

Keywords: Education. Aesthetics. Introspective. Construct.

*Graduanda em Psicologia pela Faculdade Cidade de Coromandel (FCC).daniela.coro@hotmail.com

**Mestre em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e graduado em Psicologia pela Sociedade de Ensino Superior de Patos de Minas (SESPA). Docente nos Curso de Graduação em Psicologia e Medicina Veterinária na Faculdade Cidade de Coromandel (FCC). Psicólogo na Secretaria de Justiça e Segurança Pública (SEJUSP/MG) – Presídio Sargento Jorge. charles.de.araujo@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome de Pânico se caracteriza como um distúrbio de ansiedade descrito literalmente por crises de pânico que aparecem com frequência e de maneira súbita, compreendida por sensações de mal-estar, agonia e medo da morte.

Uma síndrome de tamanha obscuridade deve ser satisfatoriamente entendida com um embasamento teórico que integre vasto conhecimento de distintas linhas de raciocínio. Não se sabe ao certo a causa da Síndrome do Pânico, porém, a existência a uma tendência natural estabelecida é bastante possível.

Supõe-se que a Síndrome do Pânico acontece por motivos biológicos e psicológicos. As circunstâncias básicas a respeito da fisiopatologia da Síndrome têm sua estrutura fundamentada na ação dos neuromoduladores e neurotransmissores no Sistema Nervoso Central (RANGÉ, 2001).

Freitas (2005) salienta que os momentos de pânico acontecem pelo fato de ocorrer um cruzamento de pensamentos e sentimentos. Ao passo que o indivíduo começa a ter crises, a sensação de aflição e pavor de ter novamente aquela sensação, causam muito tormento.

Ballone (2005) corrobora com Menezes (2005) destacando que o pânico necessita ser distinto dos demais transtornos psiquiátricos, como exemplo, a ansiedade (na qual o pânico pode estar relacionado). Quando a ansiedade está em um nível muito elevado e aparece de forma súbita é provocada a Síndrome do Pânico. De acordo com a autora, o transtorno que resulta no pânico acontece devido a uma ansiedade muito aguda.

Menezes (2005) menciona ainda que a palavra pânico é propagada para a população por meio da psiquiatria com uso de dois termos, sendo "Síndrome do Pânico" e "Transtorno do Pânico". Tanto na área da psiquiatria quanto na psicanálise, tal disseminação contribuiu de maneira significativa para a obtenção de estudos para ajudar no diagnóstico e tratamento da sensação relatada.

Quando o pânico passa a ser definido como patológico, passa também a ser considerado como um transtorno. Esse evento ocorre de forma automática podendo ter ou não um gatilho, mas sempre trazendo ao indivíduo a sensação de estar em constante perigo (GRAEFF, 2004).

Montiel *et al.* (2014) afirmam que o maior predomínio de sintomas das crises de pânico podem ser considerados como um estado emocional com elementos tanto

da mente quanto do corpo, indicando vivências parciais precipitadas, pavor ou angústia correlacionada com altos níveis de agitação e resposta independente.

A síndrome do pânico relaciona-se com o medo, sendo que o último se faz necessário para a sobrevivência da pessoa. Porém, quando esse elemento é sentido de maneira profunda, ocasiona desordem, complicações pessoais e sociais como crises de ansiedade e sintomas físicos.

O presente trabalho foi organizado da seguinte forma: na primeira seção, conceituar-se-á teoricamente o que é a síndrome de pânico; na segunda seção, serão descritos quais os possíveis problemas acarretadores do pânico no cotidiano dos indivíduos, além de identificar os principais fatores que desencadeiam o transtorno; e na terceira seção abordar-se-á como é realizado o tratamento do pânico com a terapia cognitiva comportamental.

Este estudo tem como motivação despertar uma reflexão a respeito do tema, haja vista que é um assunto atual, de extrema importância e que cada vez mais vem se tornando comum entre as pessoas. Sabe-se que grande parte da população apresenta crises de ansiedade que levam, infelizmente, ao pânico. A realização da pesquisa é de grande relevância para obtenção de conhecimentos que serão fundamentais para a formação acadêmica da pesquisadora, sendo que a mesma já tem experiência própria por já ter vivenciado o transtorno do pânico. O objetivo é ampliar o nosso olhar sobre as situações angustiantes que os indivíduos com síndrome do pânico experienciam e entender qual a melhor forma de trabalhá-las.

2 CONCEITO DE SÍNDROME DE PÂNICO

Nardi (2006) cita que a palavra Pânico surgiu na Grécia, na figura do deus dos animais de pequeno porte, que era uma figura de aparência diferente e que amedrontava muito as pessoas. Em meados do século XIX, a expressão “Pânico” foi mencionada pela primeira vez, no ano de 1879, pelo psiquiatra Henry, sendo denominado por ele como pânico melancólico (NARDI, 2004).

Segundo Freud (1989), o pânico era denominado como uma aflição neuropática, ocasionada pela perda de vínculos afetivos que ligam uma pessoa a um representante e a um conjunto de indivíduos, trazendo pavor absurdo. Apesar de ser considerado como uma doença psicológica apenas de 1980 em diante, existem

narrações de pessoas com o transtorno a partir da Guerra Civil Americana (SILVA, 2014).

Segundo Menezes (2005), a Síndrome do Pânico é caracterizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma classe dos Transtornos Mentais na Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e encontra-se no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). De acordo com Rodrigues (2006), em 1980 a Síndrome do Pânico foi validada legalmente no grupo de sinais e sintomas.

A Síndrome do Pânico é descrita por crises de pânico rotineiras que levam o indivíduo a sentir medo ou indisposição profunda, juntamente a sintomas físicos e mentais que começam de maneira súbita e atingem intensidade maior em até 10 minutos (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

Conforme Gabbard, Beck e Holmes (2007), a Síndrome do Pânico é conceituada por episódios de medo e terror intenso, por momentos compostos por sensações corporais que levam o indivíduo a pensar que está, de fato, morrendo.

A Síndrome do Pânico é definida por situações em que acontecem as crises de medo de forma repentina e com frequência, surgindo sem motivo aparente (FREITAS, 2005). Katon (1984) afirma que as crises de pânico são ocasionadas por situações de terror e desespero, acompanhadas pelo pavor de um novo episódio e também por variações no modo de se comportar, apresentando, em consequência, sinais de esquiva.

Conforme Mezzasalma *et al.* (2004) a Síndrome do Pânico é descrita por episódios repentinos de pânico, com pavor e indisposição, que apresente no mínimo quatro dos seguintes aspectos: coração acelerado, tremedeiras, agitação, falta de ar, transpiração excessiva, medo de morrer, falta de domínio do que está acontecendo, dentre outros.

Para ser identificada como Síndrome do Pânico é fundamental que se tenha quatro ou mais sintomas, sendo preciso que eles apareçam com frequência e que no mínimo um deles aconteça de forma automática (SILVA, 2014).

Holmes (2001) aponta que a Síndrome do Pânico é definida por curtos momentos de ansiedade espontânea fora do comum e de maneira acentuada, sendo descrita pelos indivíduos que a enfrentam como uma situação onde há a sensação de estar morrendo.

A Síndrome do Pânico é uma espécie de demonstração enganosa de pavor, concebendo particularidades em ataques repentinos e frequentes, e que supostamente surgem sem nenhum motivo aparente (PONDÉ, 2012).

Hettema, Neale e Kendler (2001) salientam que a base do Transtorno do Pânico é a resposta de uma associação de elementos e aspectos genéticos e ambientais. No que se refere às condições de hereditariedade, pesquisas com pessoas gêmeas aferem que os irmãos têm 43% de chances de desenvolver o pânico.

A Síndrome do Pânico pode ocorrer por modificações biológicas, havendo indícios de que em adultos o pânico acontece pelo fato do indivíduo apresentar fragilidade constitucional não manifestada ou diátese para aflição, recebida por hereditariedade e revelada de maneira mutável no decorrer da vida (KNAPP, 2004).

Baker (2000) cita que a Síndrome do Pânico pode ser desencadeada após a pessoa passar por situações tensas, por contrariedades e dificuldades ocorridas há algum tempo em que a crise ocorreu. O autor aborda ainda que em momento algum o indivíduo consegue discernir sobre alguma situação que tenha despertado a crise; ele sempre acha que o ocorrido é decorrente de alguma doença física, como um ataque cardíaco, um tumor, entre outros aspectos que estejam acometendo a pessoa naquele momento.

A Síndrome do Pânico possui uma base diversa, relacionada a aspectos psicológicos e sociais. Assim sendo, esses elementos são de grande relevância tanto para estimulação e tratamento, quanto para os gatilhos do pânico (SAVOIA, 2000).

De acordo com Kircanski *et al.* (2009), o Transtorno do Pânico passou por transformações muito modestas na perspectiva de observação das causas de doença. A partir da edição do DSM-III é que surgiram indícios que possibilitaram configura-lo também como transtorno.

Na atualidade, a razão para o elevado índice de indivíduos com a Síndrome do Pânico está associada ao crescimento exacerbado da ansiedade. A oscilação na forma dos neurotransmissores faz com que certos locais do cérebro propaguem comandos errados (BELLONE, 2005).

Conforme Kay e Tasman (2002), o pânico estabelece um sinal psicofisiológico distinto dos demais tipos de ansiedade. Relatam também que um simples lapso na

estrutura que tem a função de equilibrar, faz com que aconteça uma falha no retorno do sinal natural.

Kinrys e Wygant (2005) mencionam que a maior ocorrência de Síndrome do Pânico se dá em pessoas do sexo feminino, com idade de 30 anos. Sabendo-se que as crises podem ter início em qualquer fase da vida, justifica-se a citação dessa idade pelo fato de ser um período produtivo em que as mulheres obtêm maiores exigências de rendimento tanto na vida pessoal, quanto na vida profissional.

Dib (2006) aponta que a Síndrome do Pânico é um estado crônico, que deixa a pessoa bastante abalada. Com episódios que se manifestam regularmente, acaba gerando impactos assoladores no cotidiano dos indivíduos. A autora afirma ainda que os episódios de pânico acontecem na maioria das vezes de forma súbita, ou seja, não tem motivo aparente para ter ocorrido tal momento de pavor intenso. Esses instantes geram muito medo e ansiedade, e a pessoa começa a fugir das situações em que tem receio de passar por novas crises.

Pinheiro (2004) salienta que o Transtorno de Pânico aparece doravante à mistura de pensamentos e emoções. Ao passo que o indivíduo tem um primeiro episódio de pânico, ele já vai sentir pavor de vivenciar outra crise.

As crises de pânico não se originam da decorrência de funções orgânicas do corpo ou por determinada circunstância clínica. É caracterizada mediante um momento peculiar, em que se dá início a uma repentina inquietação e contínua sensação de que algo ruim está prestes a acontecer (ARISMENDI, 2007).

3CAUSAS, SINAIS E SINTOMAS DAS CRISES DE PÂNICO

Segundo Bernik (2014), com o desenvolvimento progressivo dos seres humanos, o cérebro do homem ampliou os sistemas essenciais para reagir às situações de riscos. Já o pânico origina-se do descontrole do conjunto de elementos que compõem o cérebro.

O pânico tem início com uma ansiedade acentuada, juntamente com manifestações como batimentos cardíacos acelerados, transpiração excessiva, sensação de sufocamento, tonteiras, mal-estar, tremedeiras, incômodos no abdômen, formigamentos, ondas de frio e/ou calor, entre outras sensações (BELLEI, 2008).

Para Bernik (2014), o indivíduo que sofre com a Síndrome do Pânico tem muitos danos no decorrer da crise e uma piora gradativa no espaço entre o momento de início e término da nova crise. Isso ocorre devido à apreensão de não saber qual será o momento em que uma nova crise iniciará.

De acordo com Blaya e Manfro (2006), o pânico acomete, em sua maioria, pessoas do sexo feminino com idade entre 30 a 40 anos e é uma preocupante situação na saúde pública, de desenvolvimento crônico e que atinge uma grande parcela da sociedade.

A respiração e seu recurso de comando desempenham uma função essencial na evolução dos transtornos de ansiedade, especialmente no transtorno do pânico. Um ataque de pânico geralmente começa com um horror súbito e inesperado, associado a vários sintomas independentes, estando o sistema circulatório e o sistema respiratório intimamente ligados (SARDINHA *et al.*, 2009).

Os autores apontam ainda que o transtorno de pânico está relacionado à hiperventilação leve e a outros esquemas respiratórios irregulares, podendo então ser apontados como causas de uma crise. Em decorrência dessa respiração acelerada, pode ocorrer tremedeira, barulho no ouvido, sudorese da palma, tontura, perda de consciência, distúrbio visual, dor de cabeça e dor no peito.

De acordo com Lunoyekman (2000), em uma crise de pânico, o equilíbrio dinâmico da pessoa entra em colapso, desencadeando experiências que causam distúrbios ou sentimentos ameaçadores, gerando maior dificuldade para conseguir passar por esse momento. Essa mudança na homeostase é acompanhada por reações orgânicas de várias partes do sistema nervoso, como o sistema nervoso somático. Esse aumenta o tônus muscular por meio da atividade dos neurônios motores (sistema nervoso autônomo), enquanto o sistema nervoso autônomo aumenta a atividade do nervo simpático, fornecendo mais fluxo sanguíneo para o sistema nervoso.

Para Knolow (2007), a atenção e a concentração dos indivíduos com Síndrome do Pânico podem ser comprometidas, uma vez que o transtorno pode causar efeitos negativos na aquisição de conhecimento, na redução dos estímulos de concentração, na elaboração e dificuldade de convívio.

As crises de pânico acontecem de forma repentina, não existindo, obrigatoriamente, um gatilho que cause os episódios, resultantes em batimentos cardíacos acelerados, suor excessivo, tremores, falta de ar, dor ou desconforto no

peito, náusea, tontura, calafrios ou ondas de calor, sensação anormal, medo de perder o controle ou enlouquecer e sobretudo, medo de estar tendo um ataque cardíaco ou estar morrendo (NOGUEIRA *et al.*, 2018).

Salum, Blaya e Manfro (2009) mencionam que quanto à causa, estudos têm demonstrado que a Síndrome do Pânico possui elementos biológicos e psicológicos, que podem envolver certa fragilidade genética. Pessoas com o transtorno possuem dificuldade em suportar os resultados fisiológicos e psicológicos normais ao estresse. As mudanças no mecanismo de adaptação podem sujeitar pessoas suscetíveis a pressões repetidas e, eventualmente, levar ao pânico.

Os sintomas das crises de pânico englobam pressentimento de morte, aperto no peito que ocasiona a dificuldade de respirar, batimentos cardíacos acelerados e um sentimento de que irá acontecer algo muito ruim. As pessoas também estão preocupadas com o fato de que as crises possam continuar a ocorrer, tornando-as cada vez mais frequentes (FREITAS, 2009).

Klein (1993) aponta que os ataques de pânico são causados pelo relaxamento do sistema de alerta filogenético, que é usado diretamente para monitorar sinais de asfixia. O sistema de alarme é evolutivamente programado para ser ativado quando houver sinais de perigo e morte.

Um ataque de pânico é acompanhado por uma sensação de perigo ou desastre imediato e um desejo forte de escapar. O desconforto físico é sentido de maneira avassaladora e o forte medo não é ajustado, assim, o indivíduo passa a ter pavor constante, além da sensação de estar morrendo ou desmaiando (GENTIL, 1997).

Conforme Pereira (2003), nas crises de pânico os sintomas físicos são ativos e colaboram para que a pessoa tenha o sentimento de que algo ruim está acontecendo, manifestando uma agitação psicomotora acentuada e geralmente em vão, tendo uma angustiante sensação de estar morrendo e perdendo o controle de si mesmo.

Os ataques de pânico originam-se de um entendimento trágico e desequilibrado de alguns sintomas físicos. Essa hipótese se concentra no processamento insuficiente de informações de estímulos externos, como o ruído ou luz, por exemplo; e de estímulos internos como a taquicardia, a sudorese e a tontura. Esta explicação é um risco do que está prestes a acontecer, pois libera ou fortalece as sensações físicas, ratificando a "ameaça", ocasionando mais

explicações catastróficas e aflições de forma acelerada e progressiva (SALUM, BLAYA E MANFRO, 2009).

Torres *et al.* (2001) citam que as crises de pânico ocorrem de forma repentina e intensa, tendo muitos sintomas físicos e psicológicos, como coração acelerado, dor no peito, sudorese, falta de ar, tremor, tontura, náusea, sensação de frio ou de calor, entre outros.

Indivíduos com a Síndrome do Pânico apresentam uma série de sintomas, sendo eles: dificuldade de repousar, insegurança, preocupação excessiva de que algo ruim irá acontecer, sensação de sufocamento, mãos tremulas, receio de morrer ou não conseguir ter domínio de si mesma, tremores nas pernas, vertigem, sensação de tontura, taquicardia e falta de ar (MONTIEL *et al.*, 2014).

Bear, Connors e Paradiso (2002) mencionam que os sinais de pânico abrangem distorções cognitivas, fazendo com que a pessoa tenha um medo demasiado, um pavor de não ter controle do que vai acontecer; dessa forma há um comprometimento da parte física, tal como formigamentos, ondas de calor, etc.

3.1 Principais fatores que desencadeiam o Transtorno do Pânico

De acordo com Freitas (2005), a natureza da experiência emocional desagradável nas crises de pânico define o progresso imediato do transtorno. Fatores sociais e culturais podem levar o sujeito a estabelecer uma relação de medo aos estímulos ambientais, constituindo assim uma estrutura que conduz ao pânico.

Não são todos os indivíduos que vivenciam os mesmos eventos que apresentam a Síndrome do Pânico: é importante tentar encontrar as variáveis que predisõem à fragilidade psicológica. Logo, aspectos de personalidade (passividade, dependência, ansiedade de separação, dificuldade em lidar com as emoções) e métodos particulares de analisar as sensações físicas podem ajudar a aumentar os efeitos de um ataque e interferir nas preocupações de longo prazo sobre novas crises (SHINOHARA, 2005).

Para Gabbard (1998), os ataques podem ser “onipresentes”, sem gatilhos ambientais ou mentais. Muitas pessoas com pânico sofrem com essas crises com aspectos diversos e é por essa razão que a psicodinâmica e o trabalho do

psicológico podem ressignificar o comportamento do indivíduo, possibilitando lidar com as intervenções psicológicas.

O Transtorno do Pânico pode ser mais propenso em determinadas famílias, sendo ocasionado por fatores genéticos, que são os responsáveis por uma parte importante na determinação que passa a ter a síndrome. Independente desse entendimento, muitos indivíduos podem passar a ter crises sem existência de histórico na família (PEROZZO; MAHL, 2010).

Um fator que gera sintomas de crises de pânico acontece quando o indivíduo começa a ter sensações fisiológicas normais, que emergem do corpo, mas associa-as logo a um sintoma de doença grave ou à morte; fazendo essa interpretação de maneira errada a pessoa passa a ter tal referência cognitiva (KING *et al.*, 2007). Segundo Heldt (2006), estudos comprovam que há indícios de que o estresse esteja associado ao primeiro ataque de pânico. Acontecimentos ruins como a perda de um ente querido, o aparecimento de alguma doença grave, conflitos familiares intensos e oscilações endócrinas podem gerar o transtorno. Esses episódios são citados nas queixas de indivíduos ao serem abordados sobre os possíveis fatores que antecederam a crise.

4TRATAMENTO DO PÂNICO COM A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL

Segundo Knapp e Beck (2008), a Teoria Cognitivo Comportamental (TCC) é uma terapia que utiliza técnicas que irão auxiliar o paciente a enfrentar suas dificuldades, sendo que no decorrer das sessões ele aprende a ser o seu próprio psicólogo.

A TCC engloba a conceituação e o método fundamental das abordagens cognitiva e comportamental, onde são utilizados alguns recursos. As técnicas comportamentais são usadas para substituir comportamentos desajustados alusivos ao transtorno psiquiátrico, cujo objetivo de tratamento é a transformação no pensamento disfuncional (MELLO, 2011).

Manfro *et al.* (2008) citam que a TCC é um tratamento que apresenta resultados favoráveis aos principais sintomas do pânico. Pesquisas vêm reiterando que essa abordagem é capaz de modificar o desenvolvimento da Síndrome do Pânico, não apenas para evitar a recorrência, mas também para estender o intervalo entre as crises.

A TCC é uma abordagem elaborada, objetiva e colaborativa, com um elemento didático intenso. Engloba o modelo cognitivo e um grupo de métodos e esquemas de tratamento que tenham embasamentos específicos e que possibilitem pesquisas baseadas nas experiências, buscando a comprovação da sua efetividade (CASTRO, 2016).

Barlow e Cerny (1999) mencionam que o modelo cognitivo de psicopatologia fundamenta-se na possibilidade da fragilidade cognitiva como padrão de transtorno emocional. A vulnerabilidade cognitiva atribui predisposição aos indivíduos de executar distorções sistemáticas ao verificar conhecimentos e distorções que antecedem a perturbação mental.

A teoria mencionada pode ser trabalhada em qualquer estágio da terapia, desde a prevenção primária até com indivíduos que não obtiveram bons resultados em outras intervenções. Tendo possibilidade de ser trabalhada juntamente com fármacos, a TCC faz uso de ferramentas como as técnicas: psicoeducação, confrontação da ansiedade técnica (relaxamento muscular e respiração abdominal ou diafragmática), remodelação cognitiva, exposição sensorial interna e interna gradativa exposição (MANFRO, *et al.*, 2008).

Segundo Rangé (2008), a TCC é uma abordagem eficaz para trabalhar a Síndrome do Pânico, pois sua aplicabilidade está entre 74% e 95%. Além disso, após três meses de terapia não há existência de nenhuma crise, sendo necessário cerca de dois anos de tratamento contínuo para garantir que os resultados possam ser efetivos. Ela costuma ser um tratamento curto, com metas precisas a serem alcançadas, estruturadas entre o período de 10 a 20 reuniões. Possui como finalidade corrigir explicações catastróficas e medos eventuais de sentimento físico e de esquiva. Mesmo sendo um tratamento breve, informações atuais indicam que os pacientes com Transtorno de Pânico respondem melhor à TCC do que a outras abordagens terapêuticas (MANFRO *et al.* 2008).

Conforme Beck e Clark (2012), a Terapia Cognitivo-Comportamental tem formulado um entendimento a respeito da Síndrome do Pânico que ajuda o psicólogo na conceituação do caso, na organização e na elaboração do tratamento, uma vez que a ansiedade não é gerada por acontecimentos, mas pelas cognições dos indivíduos.

O tratamento da Síndrome de Pânico com o uso da abordagem TCC é realizado em consultório ou ambulatório, através da psicoterapia e da

psicoeducação. Tendo como propósito amenizar os sintomas agudos e reduzir a periodicidade e a frequência das crises (CASTRO, 2016).

Salum, Blaya e Manfro (2009) salientam que a TCC é uma abordagem que consegue obter respostas mais voltadas para o Pânico, destacando-se de outras terapias através também de placebo, que em grande parte das pesquisas, expõe excelente aceitação e adesão.

Nas demandas de Crise de Pânico, a Terapia Comportamental apresenta como princípio fundamental o descondicionamento das sensações no corpo e do pavor, aplicando os conceitos do processo de aprender para diminuir os comportamentos desadaptativos (CASTRO, 2016).

Para Kay e Tasman (2002), os psicólogos da abordagem cognitiva comportamental criaram uma forma para crises de pânico distintos do neurobiológico, pois nelas a ansiedade e/ou medo acontecem como resposta a incentivos. Momentos de medo excessivo tem origem através de um recurso de reação memorizada.

A TCC desconsidera decisivamente o pressuposto de que o comportamento mal adaptado é essencialmente uma incumbência de determinada doença em relação independente e exageradamente inacessível. Ao mencionar sobre a ação de evitar permeada por ansiedade ou auto verbalizações que originaram o comportamento mal adaptado, fala-se do comportamento manifestado como resultado de outro acontecimento (RIMM; MASTERS, 1983).

Conforme Brandão (2004), o psicólogo da abordagem cognitivo comportamental precisa conhecer o seu paciente de forma holística para que seja possível realizar um estudo prático. É imprescindível conhecer o paciente além da queixa apresentada, podendo fazer uso de diversas ferramentas. Para isso, o profissional deve utilizar todos os tipos de recurso, como entrevistas, diários, e observação do comportamento verbal e não verbal do paciente no vínculo terapêutico.

A abordagem cognitiva é capaz de transformar o encadeamento do pânico, seja ele breve ou prolongado; além de impedir as recaídas, ajuda na prorrogação do espaço de tempo entre uma crise e outra (OTTO; WHITTAL, 1995).

Segundo Otto e Deckersbach (1998), o modelo cognitivo comportamental no tratamento da Síndrome do Pânico tem a finalidade concentrada no medo, na sensibilidade do corpo, na percepção do desastre e no que conduz a continuidade

da crise. Considerando que indivíduos com esse transtorno tem predisposição a ter pensamentos de situações ruins e de sempre estar em situação de alerta, intensificando a ansiedade e as chances de novas crises.

Além dos atendimentos individuais, a terapia em grupo pode ajudar consideravelmente os pacientes, tendo em vista que geram a oportunidade de partilhar e aprender sobre o transtorno. A troca de experiência viabiliza ao paciente conquistar um pensamento diferente e entender melhor que o processo que está vivenciando também faz parte da vida de muitas outras pessoas (ZIMMERMAN, 1998).

5 CONCLUSÃO

Após a realização deste estudo foi possível verificar que na Síndrome do Pânico certas experiências fazem com que o indivíduo tenha vivências que podem ser relacionadas a ameaças e perigos maiores. Dessa forma, quando a instabilidade psicológica está ligada à fragilidade biológica e emocional, há um reforço maior para que ocorram as crises. O pânico não está relacionado a um fato específico, e dessa forma, não é necessário que ocorra algo concreto para a ocorrência da crise.

Recomenda-se a realização de novas pesquisas com a finalidade de ponderar e argumentar a respeito das formas de enfrentamento do indivíduo perante as situações gatilhos que podem gerar novas crises de pânico, principalmente depois do tratamento na abordagem cognitivo comportamental.

Portanto, é fato que a Síndrome do Pânico está relacionada ao medo, sentimento que faz parte da vida dos indivíduos e que é necessário para a existência. Porém, a sensação de medo sentida de forma exagerada causa intenso sofrimento psíquico com modificações importantes do comportamento e da vida de forma geral.

REFERÊNCIAS

ARISMENDI, C. G. **Transtorno de Pânico**: contribuições acerca da etiologia, da sintomatologia e do tratamento combinado. 2007. 47 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí,

2007. Disponível em:
<http://siaibib01.univali.br/pdf/Cristina%20Garcia%20Arismendi.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2021.

BAKER, R. **Ataques de Pânico e Medo**. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

BALLONE G. J. Tratamento da Síndrome do Pânico, In. **PsiquWeb**. Disponível em: www.psiqweb.med.br. Acesso em: 10 jan. 2021.

BARLOW, D. H.; CERNY, J. A. **Tratamento psicológico do pânico**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

BEAR, M. F.; CONNORS, B. W.; PARADISO, M. A. **Neurociências: desvendando o sistema nervoso**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BECK, A. T.; CLARK, D. A. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade**. São Paulo: Artmed, 2012.

BELLEI, G. C. **Resultados percebidos por sujeitos diagnosticados com transtorno de pânico que fazem uso de tratamento medicamentoso e por aqueles que fazem uso de tratamento medicamentoso associado à psicoterapia individual acerca dos resultados dos tratamentos realizados**. 2008. 112 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2008. Disponível em: https://www.riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/1561/95060_Giana.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 01 abr. 2021.

BERNIK, M. **Médico psiquiatra e coordenador do Ambulatório de Ansiedade do Hospital das Clínicas do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo**. 2014. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/entrevistas-2/sindromedo-panico/>. Acesso em: 12 jan. 2021.

BERNIK, M.A.; MELLO, L.V.F. Transtorno de Pânico. In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J. L.; IZQUIERDO, I.(Org.). **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos**. 2.ed.Porto Alegre: Artmed, 2004.Cap. 15, p. 205-220.

BLAYA, C.; MANFRO, G. G. Transtorno do pânico: diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 28, n. 1, p. 86-86, mar. 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462006000100023>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/26427576_Transtorno_do_panico_diagnostico_e_tratamento. Acesso em: 03 fev. 2021.

BRANDÃO, M. Z. **Org. Análise Funcional do Transtorno do Pânico: sobre comportamento e cognição**, v.13. São Paulo: ESETec Editores Associados, 2004.

CASTRO, C. R. **Contribuições da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento do transtorno de pânico**. 2016. 37 f. Monografia (Especialização em Curso de Terapia Cognitivo Comportamental) - Centro de Estudos em Terapia Cognitivo Comportamental, São Paulo, 2016. Disponível em:

<https://cetconline.com.br/wp-content/uploads/2018/09/2016-38-CARINA-RODRIGUES-DE-CASTRO.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2021.

DIB, P. O. Vínculos afetivos e Transtorno do Pânico: um estudo psicanalítico. **Psic. Rev.**, São Paulo, v. 1, n. 15, p. 21-43, maio 2006. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/download/18094/13450>. Acesso em: 18 fev. 2021.

FREITAS, C. M. **Transtorno do Pânico**: uma análise comportamental. 2005. 62 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Centro Universitário de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, DF, 2005. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/123456789/2968/2/20260964.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2021.

FREITAS, P. C. S. **Stress no trabalho**: causas, consequências e prevenções. 2009. 53 f. TCC (Graduação) - Curso de Administração, Fundação Educacional do Município de Assis, Assis, 2009. Disponível em: <https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqTccs/0611260025.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2021.

FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1989.

GABBARD, G. O. **Psiquiatria psicodinâmica**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GABBARD, G. O.; BECK, J. S. HOLMES, J. **Compêndio da psicoterapia de Oxford**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

GENTIL, V.; GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F.; BERNIK, M. A. Pânico, fobias e obsessões: A Experiência do Projeto AMBAM. 3.ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

GRAEFF, F. G. Bases Biológicas da Ansiedade. In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J. L.; IZQUIERDO, I. **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap. 14, p. 194-203.

HELDT, E. P. S. **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pacientes com transtorno do pânico resistente à medicação**: preditores de resposta em até cinco anos de seguimento. 2006. 152 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/8540/000579567.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 17 abr. 2021.

HETTEMA, J. M.; NEALE, M. C.; KENDLER, K. S. A Review and Meta-Analysis of the Genetic Epidemiology of Anxiety Disorders. **American Journal Of Psychiatry**, Rockville, v. 158, n. 10, p. 1568-1578, out. 2001. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1568>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11578982/>. Acesso em: 16 fev. 2021.

HOLMES, D. S. **Psicologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: 2. ed. Artmed, 2001.

KATON, W. Panic disorder and somatization. **The American Journal Of Medicine**, Rockville, v. 77, n. 1, p. 101-106, jul. 1984.[http://dx.doi.org/10.1016/0002-9343\(84\)90443-1](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9343(84)90443-1). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6377887/>. Acesso em: 17 fev. 2021.

KAY, J.; TASMAN, A. **Psiquiatria: ciência comportamental e fundamentos clínicos**. São Paulo: Manole, 2002.

KING, A. L. S. *et al.* A importância do foco da terapia cognitivo-comportamental direcionado às sensações corporais no transtorno do pânico: relato de caso. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 191-195, mar. 2007.<https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000400005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n4/a05v34n4.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2021.

KINRYS, G.; WYGANT, L. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influência o tratamento?. **RevBrasPsiquiatr**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 43-50, out. 2005. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000600003>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a03v27s2.pdf. Acesso em: 16 fev. 2021.

KIRCANSKI, K. *et al.* Subtypes of panic attacks: a critical review of the empirical literature. **Depression And Anxiety**, Rockville, v. 26, n. 10, p. 878-887, 11 set. 2009. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20603>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19750553/>. Acesso em: 16 fev. 2021.

KLEIN, Donald F.. False Suffocation Alarms, Spontaneous Panics, and Related Conditions. **Archives Of General Psychiatry**, Nova York, v. 50, n. 4, p. 306-317, 1 abr. 1993. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820160076009>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8466392/>. Acesso em: 12 mar. 2021.

KNAPP, P. **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KNAPP, P.; BECK, A.T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 54-64, out. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462008000600002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/HLpWbYk4bJHY39sfJfRJwtn/?lang=pt>. Acesso em: 08 jun. 2021.

KNOLOW, I. T. A. **Dificuldades de aprendizagem ocasionadas pelo transtorno por oposição e síndrome do pânico**. 2007. 33 f. Monografia (Especialização) - Curso de Educação Especial, Universidade Federal de Santa Maria, São Borja, 2007. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/2247/Knolow_Ivone_Teresinha_Amaro.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 01 abr. 2021.

LUNOYEKMAN, L. **Neurociência: fundamentos para a reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

MANFRO, G. G., *et al.* Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. **Rev Bras Psiquiatr**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 81-87, out. 2008. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/KtnLKCSvtGS95dsLytgTSNz/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2021.

MELLO, P. G. **Avaliação de efeito da psicoterapia cognitivo-comportamental em cognições e sintomas pós-traumáticos**. 2011. 85 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/739>. Acesso em 04 jun. 2021.

MENEZES, L. S. Pânico e desamparo na atualidade. **Ágora**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 193-206, dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151614982005000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 ago. 2020.

MEZZASALMA, M. A. *et al.* A história dos ataques de pânico. **Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 202, p. 71-73, mar. 2004. Disponível em: https://www.espiritismo.net/sites/default/files/pages/a_historia_dos_ataques_de_pânico.pdf. Acesso em: 18 fev. 2021.

_____. Neuroanatomia do Transtorno de Pânico. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 3, n. 26, p. 202-206, set. 2004. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000300010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n3/a10v26n3>. Acesso em: 11 jan. 2021.

MONTIEL, J. M. *et al.* Caracterização dos sintomas de ansiedade em pacientes com transtorno de pânico. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 34, n. 86, p. 171-185, jun. 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/946/94632921012.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2021.

NARDI, A. E. Algumas notas sobre uma perspectiva histórica do transtorno de pânico. **J Bras Psiquiat**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, p. 154-160, jun. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n2/v55n2a10>. Acesso em: 16 fev. 2021.

NOGUEIRA, J. F. O. *et al.* Transtorno do pânico: cardiologia e psicologia em ação. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 353-360, 1 set. 2018. Disponível em: http://socesp.org.br/revista/assets/upload/revista/10348299721539116701pdfptTRASTORNO%20DO%20P%C3%82NICO%20-%20CARDIOLOGIA%20E%20PSICOLOGIA%20EM%20A%C3%87%C3%83O_SUPPLEMENTO%20DA%20REVISTA%20SOCESP%20V28%20N3.pdf. Acesso em: 22 fev. 2021.

OTTO, M. W.; DECKERSBACH, T. Cognitive-behavior therapy for panic disorder. In: ROSENBAUM, J. F.; POLLACK, M. H. Panic disorder and its treatment. Marcel Dekker, ins., New York, p 181-203, 1998.

OTTO, M.W.; WHITTAL, M. L. Cognitive-Behavior Therapy and longitudinal course of Panic Disorder. **PsychiatrClin North Am.** v. 18, n. 4, p. 803 – 820, dec. 1995. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0193953X18300248>. Acesso em: 17 abr. 2021.

PEROZZO, D. B.; MAHL, A. C. Perfil biológico, psicológico e social de pessoas que apresentam Transtorno do Pânico. **Unoesc & Ciência**, Joaçaba, v. 1, n. 2, p. 191-200, dez. 2010. Disponível em: https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/achs/article/download/26/pdf_64/. Acesso em: 17 abr. 2021.

PINHEIRO, M. A Clínica da Síndrome do Pânico. **Instituto de Gestalt–Terapia e Atendimento Familiar**. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1-15, ago.2004. Disponível em: https://www.igt.psc.br/ArtigosIGT/ A_Clinica_da_Sindrome_do_Panico.htm . Acesso em: 18set. 2021.

PONDÉ, D. Z. F. **O conceito de medo em Winnicott**. 2012. 165 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Filosofia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/279526>. Acesso em: 16 fev. 2021.

RANGÉ, B. (org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

RANGÉ, Bernard. Tratamento cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico e agorafobia: uma história de 35 anos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 4, n. 25, p. 477-486, dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/v8dbmtF6hjdkRSPDxyZbxmlP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2021.

RIMM, D. C.; MASTERS, J. C. **Terapia Comportamental: técnicas e resultados experimentais**. São Paulo: Manole, 1983.

RODRIGUES, J. T. **Terror, medo, pânico: manifestações da angústia no contemporâneo**. Rio de Janeiro: 7 letras, 2006.

SALUM, G.; BLAYA, C; MANFRO, G. G. Transtorno do Pânico. **Rev. Psiquiatr.** Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 86-94, mar.2009. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000200002>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=_arttext&pid=S0181082009000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 04 jan. 2021.

_____. Transtorno do pânico. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 86-94, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/s0101->

81082009000200002. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rprs/a/VgdKjMfjhGfGcFTdBgYCq6G/?lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2021.

SARDINHA, A. *et al.* Respiratory manifestations of panic disorder: causes, consequences and therapeutic implications. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 35, n. 7, p. 698-708, jul. 2009. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132009000700012> Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180637132009000700012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 21 fev. 2021.

SAVOIA, M. G. **Transtorno do pânico: desencadeantes psicossociais**. São Paulo: ESETec, 2000.

SHINOHARA, H. Transtorno de pânico: da teoria à prática. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 115-122, dez. 2005. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000200012. Acesso em: 17 abr. 2021.

SILVA, C. T. B. **Marcadores inflamatórios e função endotelial em pacientes com transtorno do pânico refratários e responsivos ao tratamento**. 2014. 135 f. Tese(Doutorado) - Curso de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/ufrgs/eventos/tese-pgppsi>. Acesso em: 17 fev. 2021.

TORRES, A. R.; LIMA, M.C. P.; RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A. Tratamento do transtorno de pânico com terapia psicodramática de grupo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Botucatu, v. 23, n. 3, p. 141-148, set. 2001. <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462001000300006>. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462001000300006&script=sci_arttext. Acesso em: 14 mar. 2021.

ZIMMERMAN, D. E. Psicoterapia de Grupo. In: CORDIOLI, A. V. **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998, p. 225-239.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me fez capacitada para concluir este curso, iluminando as minhas escolhas e a minha mente, me proporcionando tranquilidade, persistência e sabedoria nessa longa jornada;

Agradeço aos meus pais Maria Aparecida e José Eustáquio, à minha irmã Franciele, aos meus sobrinhos João Gabriel e Maria Cecília por serem a minha base, o meu alicerce. Como sou grata por sempre me mostrarem o melhor caminho a seguir, por me apoiarem nas decisões tomadas, por confiarem e

acreditarem no meu sucesso. Saibam que essa confiança em mim depositada foi a minha maior motivação;

Agradeço também aos meus professores, em especial ao meu orientador Charles Magalhães de Araújo, por facilitaram o processo e o caminho a ser percorrido;

Agradeço aos meus familiares, aos meus amigos e colegas por tornarem essa jornada mais leve;

Por fim, agradeço aos meus pacientes e colaboradores de todos os campos de estágio por onde passei, pois sem eles eu não teria aprendido tanto e não chegaria até aqui.