

SINDROME DE PÂNICO EM PERSPECTIVA**PANIC DISORDER IN PERSPECTIVE** <https://doi.org/10.63330/sasciencessv6n2-209>

Submetido em: 11/09/2026 e Publicado em: 21/09/2026

SAS: e26435

Gilberto Leocádio de Lima Filho

Psicólogo e Doutor em Ciências Sociais pela UFBA

Professor titular da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

E-mail: leocadio@uesb.edu.brLattes: <https://lattes.cnpq.br/3493266585250835>**Resumo**

O presente relato é fruto das reflexões a partir da prática de atendimento de pacientes com síndrome de pânico do nosso projeto de extensão “Psicoterapia para pacientes com síndrome de pânico”. Esta síndrome é tipo transtorno de ansiedade. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta para um número espantoso de pessoas que vivem com transtornos de ansiedade no mundo. São cerca 264 milhões. No Brasil os dados da (OMS) divulgadas em 23 de fevereiro de 2017, apontam que 9,3% dos brasileiros têm algum transtorno de ansiedade. É a maior taxa em todo o mundo. O transtorno de ansiedade é uma preocupação mundial e não basta apenas apontar os dados epidemiológicos, são urgentes respostas plausíveis dos determinantes sociais. Portanto, é necessário começar a considerar algumas hipóteses de conjunção de fatores locais e globais. A nossa tarefa consiste em entender como os fatores psicossociais influenciam na manifestação sintomática da síndrome de pânico.

Palavras-chave: História de vida; Psicoterapia; Síndrome de pânico; Transtorno de ansiedade.**Abstract**

This article is the result of the reflections from the practice of attending patients with panic disorder in our project "Psychotherapy for patients with panic disorder". This syndrome is a type of anxiety disorder. Data from the World Health Organization (WHO) shows a staggering number of people living with anxiety disorders in the world. There are about 264 million. In Brazil, data from (WHO) released on February 23, 2017, indicate that 9.3% of Brazilians have some anxiety disorder. It is the highest rate in the world. Anxiety disorder is a worldwide concern and it is not enough just to point the epidemiological data, there are urgent plausible answers of the social determinants. Therefore, it is necessary to begin to consider some hypotheses



of conjunction of local and global factors. Our task is to understand how psychosocial factors influence the symptomatic manifestation of disorder.

Keywords: Anxiety disorder; Life history; Panic disorder; Psychotherapy.

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM V (American Psychiatric Association, 2014) a síndrome ou transtorno do pânico é um tipo de transtorno de ansiedade no qual ocorrem crises inesperadas de desespero e medo intenso de que algo ruim aconteça, mesmo que não haja motivo algum para isso ou sinais de perigo iminente. Os ataques são recorrentes e inesperados tendo início súbito e atingindo ponto máximo de desconforto muito rapidamente, mais ou menos em 10 minutos. Eles podem acontecer em qualquer lugar e em situações inesperadas como numa aula, fazendo compras no shopping, no avião ou mesmo em casa. Durante esses ataques um conjunto de quatro (ou mais) dos seguintes sintomas ocorrem: palpitações; sudorese; tremores ou agitação; sensação de falta de ar ou sufocamento; sensação de asfixia; dor ou desconforto torácico; náusea ou desconforto abdominal; tontura ou vertigem; calafrios ou onda de calor, parestesias, sensação de irreabilidade ou despersonalização, medo de perder o controle ou enlouquecer; medo de morrer.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A síndrome de pânico é considerada oficialmente uma entidade diagnóstica a partir da terceira revisão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou (DSM) III de 1987. Se compararmos com outros transtornos mentais ela pode ser considerada como relativamente nova. A síndrome de pânico tem uma característica bem evidente que é a natureza física dos sintomas como: taquicardia, sudorese, dor e desconforto abdominal entre outros. Isso a diferencia, por exemplo, do transtorno de ansiedade generalizada, que se caracteriza mais por tensões emocionais. Nesse sentido, muitos estudos sobre a síndrome se empenharam em investigar a dimensão neuroendócrina, que é mais descritiva e mais objetiva. Por exemplo, ao descrever o papel do sistema nervoso central e periférico nas manifestações sintomáticas, como o trabalho de Cosci (2012) “The psychological development of panic disorder: implications for neurobiology and treatment”. Seu objetivo principal é a busca de uma literatura que aproxime a neurobiologia ao tratamento. Pode ser observado também no trabalho de Mezzasima e outros (2004) “Neuroanatomia do transtorno de pânico”, de cujo principal propósito é uma investigação dos circuitos cerebrais do transtorno de pânico utilizando técnicas de neuroimagens e/ou psicofármacos.

Uma quantidade expressiva de trabalhos que tratam da síndrome de pânico tem como principal base a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). Essa abordagem é congruente com as premissas



neuroendócrinas e também tem como foco básico os sintomas. A principal referencia de trabalho é Barlow (1988) “Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic”. Esse estudo clássico teve bastante seguidores como é o caso dos trabalhos de Blaya e Manfro (2006) com o seu artigo “Transtorno de pânico: diagnóstico e tratamento”. Os bons resultados alcançados a partir dos tratamentos psicoterápicos e psiquiátricos trazidos pela Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) estimularam muitas pesquisas da síndrome de pânico sob essas premissas. Como por exemplo, o trabalho de Rangé (2008) “Tratamento para o transtorno de pânico e agorafobia: uma história de 35 anos”. O autor descreve a evolução do conhecimento sobre um tratamento cognitivo-comportamental do transtorno de pânico e da agorafobia.

Muitos dos artigos publicados são resultados terapêuticos e desenvolvimento de novas tecnologias com a predileção por uma abordagem neurobiológica, nosológica. Ressalta-se o trabalho de Iannone et al. (2016) “Estimulação transcraniana em pacientes com síndrome de pânico”. Numa busca de pesquisa online feita numa das principais base de dados existente, a SciELO, percebe-se que a maioria dos trabalhos recentes aborda a neurobiologia, não obstante, são muito escassos os trabalhos numa abordagem fenomenológica. Dos poucos publicados encontramos o artigo de Valença (2013) “Transtorno de pânico: aspectos psicopatológicos e fenomenológicos”, que, na verdade fala muito pouco sobre os aspectos fenomenológicos, mas, ao menos aborda uma associação entre o ataque de pânico sendo desencadeado por determinados contextos emocionais, como por exemplo, desentendimentos familiares ou ameaça de separação conjugal. Também o trabalho de Perozzo e Mahl (2010) “O perfil biológico, psicológico e social de pessoas que apresentam transtorno de pânico”. Neles os autores fazem um estudo entre o perfil psicossocial e os fatores desencadeantes.

3 A ABORDAGEM PSÍQUICA E SOCIAL EM DEBATE

Existem ainda diversas lacunas no estado atual do conhecimento de um distúrbio psicológico tão preocupante. Uma delas é uma abordagem psíquica e social que tenha um enfoque na subjetividade com relação ao fenômeno da síndrome de pânico. A dimensão psicossocial quando citada limita-se às repercussões na vida da pessoa. O que é importante também! No entanto, não há uma associação etiológica entre a dimensão psicossocial e a enfermidade, bem como, não há uma discussão sobre o mundo do enfermo de síndrome de pânico. Também, não são facilmente encontrados, ao menos na língua portuguesa, estudos que investigam a etiologia da síndrome de pânico associados à subjetividade ou a história de vida. Portanto, há um importante espaço para ser ocupado com investigações que levem em consideração a cultura, a subjetividade, e a relação psíquica e social.

Embora haja um significativo avanço e sofisticação da biomedicina constata-se a sua dificuldade de oferecer respostas satisfatórias para muitos problemas, sobretudo, para os componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham (em grau maior ou menor) qualquer doença. Partindo da premissa de Uchoa e



Vidal (1994) de que o estado de saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural, ou seja, as formas de pensar e de agir dos indivíduos são influenciadas ou determinadas pela cultura, constata-se que há uma necessidade de uma visão integrada e multidimensional dos problemas de saúde e doença.

A síndrome de pânico é caracterizada por certas emoções como o medo, pavor, angústia, aflição e ansiedade em níveis de intensidade significativos. Como nos deixa claro a abordagem fenomenológica, há uma relação de intencionalidade dessas emoções. Ou seja, não existe o medo do nada, o pavor do nada. Existe o medo ou o pavor de algo, mesmo quando esse algo não é totalmente consciente. Quando estamos diante de abordagens biomédicas que, como já foi dito, apontam para os mecanismos neuroendócrinos da síndrome de pânico percebemos claramente a lacuna existente desses conteúdos intencionais. Ou seja, da relação entre a emoção no sentido amplo e o mecanismo neuroendócrino correspondente. Esses mecanismos emocionais neuroendócrinos não despertaram do nada, pois há uma interconexão entre o mundo subjetivo e a estrutura orgânica. Portanto, identificar os pontos mais significativos da história de vida de um paciente, bem como compreender a associação dos aspectos emocionais e que tenha uma relação com a manifestação dos sintomas é tarefa fundamental para o propósito de futuras pesquisas.

4 RELATOS DE EXPERIÊNCIA DO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM SÍNDROME DE PÂNICO

O projeto de extensão “Psicoterapia para pacientes com síndrome de pânico” foi elaborado para oferecer tratamento psicoterápico, bem como, apoio, suporte social e aconselhamentos para esse tipo específico de paciente. Confesso, para meu espanto, que existe uma demanda considerável. A experiência com o atendimento dos pacientes facilita e estimula um maior conhecimento acerca de um transtorno psicológico que tem preocupado toda a comunidade da área de saúde. Portanto, esse é o nosso primeiro passo para que a psicologia possa contribuir e alcançar um melhor entendimento de saúde e doença através de pesquisas e dados clínicos básicos. Com isso temos a expectativa de promover uma melhor educação e serviço na área de psicologia da saúde. O transtorno de pânico apesar de ter uma alta incidência tem sido muito pouco debatido ou explorado nos meios acadêmicos com numa abordagem psicossocial.

No período em curso do projeto oferecemos psicoterapia a 10 pacientes diagnosticadas por médicos psiquiatras com síndrome de pânico. Curiosamente todas as 10 pessoas que buscaram tratamento através do nosso projeto de extensão eram do sexo feminino – importante esclarecer que nem todas as pessoas inscritas foram atendidas por questões de limitações operacionais, só conseguimos acompanhar 10. Algumas delas já eram chefes de família. As pacientes tinham idade entre 20 e 38 anos sendo a maioria estudantes de graduação e pós-graduação; outras duas já eram formadas. Isso corrobora com os dados de Salum et al. (2009) que afirmaram que o transtorno de pânico é cerca de duas vezes mais comum em



mulheres e, geralmente, inicia no final da adolescência ou no início da vida adulta, com média de aparecimento entre os 20 e 30 anos.

5 ESFORÇOS INTERPRETATIVOS

As queixas iniciais e as motivações que levaram as pacientes a buscar a ajuda psicológica eram variadas. O itinerário terapêutico, no entanto era bem semelhante: a maioria procurou ajuda médica. Frequentemente o conjunto de sintomas é confundido com ataques e arritmia cardíaca tendo como principal itinerário terapêutico o médico cardiologista. Inicialmente elas deram pouca importância aos fatores psicológicos. À medida que os sintomas evoluíam a preocupação aumentava e os cardiologistas as indicavam para os médicos psiquiatras iniciando um tratamento medicamentoso. Os fármacos mais frequentes das pacientes foram o Cloridrato de fluoxetina, Cloridrato de Sertralina, Clonazepan, *Topiramato*, Diazepan. Muito tempo depois é que elas voluntariamente foram buscar o tratamento psicológico. Nenhuma das pacientes iniciou o itinerário terapêutico pelo psicólogo. Dentre as razões que as levaram à psicoterapia é que a maioria delas alegaram não sentir eficácia da medicação, e se queixaram com a intensificação de certos sintomas com tensão, medo, insônia, irritabilidade. Esses foram os mais comuns.

De uma maneira geral todas as pacientes que chegaram ao atendimento tiveram uma percepção sintomática física (palpitações, arritmias, tremores, falta de ar, sudorese). Algumas conseguiam lembrar do exato momento em que teve a primeira crise, outras nem isso. A partir de um diagnóstico médico é que passaram a se dar conta de que sofriam de transtornos psíquicos e que precisavam mais do que um tratamento medicamentoso. Elas passaram a associar os seus sintomas físicos às manifestações de transtornos psicológicos como o medo de morrer ou de enlouquecer, bem como o desespero, descontrole em níveis excessivos com muito pavor e pânico. Junto a isso um forte sentimento de impotência e desesperança.

O tratamento psicológico mostrou a todas elas uma situação que Fritz Perls (1988) chamaria de *gestalt* aberta, ou seja, processos não concluídos; pontos muito sensíveis em suas histórias de vida e que não foram adequadamente encerrados; completados. Cada uma delas revelava uma situação de impasse em que nenhuma solução era “agradável”, ou fácil. Cada uma das histórias de vida tinha questões centrais que formavam um enredo e dava sentido as suas respectivas existências. Tomar consciência dessas questões centrais era o grande desafio do processo psicoterápico.

Quando vista por este prisma é perfeitamente compreensível suas manifestações emocionais. Antes da psicoterapia nenhuma delas era capaz de associar uma relação de causa e efeito entre aspectos fundamentais da sua história de vida com os seus sintomas. O processo psicoterapêutico em algumas pacientes pôde refazer o caminho da primeira crise e visualizar o estopim. Ou seja, um determinado



acontecimento com o potencial de desencadear fortíssimas emoções. Teoricamente as manifestações de ataques de pânico estariam ligadas aos mecanismos que o organismo desenvolveu ligando um estímulo a uma resposta emocional como essa. Hans Selye (Gurung, 2011; Selye, 1929) chama de “o elemento perturbador da homeostase”. Tanto no estresse – tema caro a Selye – quanto no ataque de pânico o elemento perturbador tem um forte vínculo com o acontecimento por ser significativo. Em tese podemos imaginar que a resposta emocional, que tem o potencial de perturbar e desencadear reações neuroendócrinas tem uma forte relação com as gestalts abertas, por conseguinte, o conteúdo mental está ligado a eventos da sua história de vida. Quando os pensamentos ou acontecimentos associados às gestalts são evocados desencadeariam as reações que caracterizam os ataques. Não haveria reação dessa magnitude se o evento evocado fosse insignificante.

A história de vida está contida no mundo subjetivo que tem sentido pessoal e que também é influenciado pelo sentido social. Os sintomas percebidos são decorrentes de incongruências e impasses na situação de vida que está sendo experienciado num dado momento. Nossa principal tarefa interpretativa é ressaltar para a paciente quais são os pontos sensíveis e quais os impasses. O dar-se conta, a consciência desses pontos que forma um enredo do seu mundo subjetivo tem um enorme potencial psicoterapêutico. Pois, a história de vida entendida no processo terapêutico é uma trama, uma teia, um roteiro, uma sequência de acontecimentos sem um desfecho, mas, que tem sentido. Embora a paciente não veja ou não entenda o sentido ele está presente, e, é, sem dúvida, um elemento perturbador das manifestações sintomáticas. A função de um psicólogo é compreender o sentido e ajudar a paciente a encontrá-lo. Essas são condições mais adequadas para que um paciente possa ajustar-se ou até resolver os impasses.

A história de vida vai delineando um significado pessoal que se assemelha aos mitos de fundação de certas sociedades. Só que esse é uma espécie de mito pessoal. A construção do mito é a construção do significado pessoal. Kleinman (1988) tem um importante debate a esse respeito. As questões centrais que tem o potencial de desencadear as reações estão ligadas ao mito pessoal. Para dar um pequeno exemplo dum caso clínico que tratamos: a filha que foi preterida na separação dos pais e que conviveu com o forte sentimento de rejeição. Posteriormente desenvolveu uma baixa autoestima e um pavor da ideia de ser rejeitada. Para entender melhor, vejamos: uma separação conjugal, uma demissão ou mesmo uma simples briga com uma amiga, que, naturalmente faz parte da rotina das pessoas, tem um potencial muito forte de desencadear o pânico para esta paciente.

O surto de síndrome de pânico no Brasil, no entanto, não pode ser explicado por questões centrais e idiossincrásicas das pacientes que tratamos no nosso projeto, como, por exemplo, os relatos de abandono, dilemas, rejeição ou carência afetiva que foi o ponto forte da história de vida dos nossos pacientes. Esta é a dimensão pessoal, cada história de vida é singular e especial às suas questões centrais. A história de vida se associa aos problemas socioculturais e potencializa o transtorno. A nossa tarefa presente e futura consiste



em entender como os fatores psicossociais influenciam na manifestação sintomática da síndrome de pânico. Os dados epidemiológicos dão indicações importantes, mas não responde a esta questão. A metodologia estatística como instrumentos de mensuração talvez seja inadequada para interpretar a propensão deste surto que já é uma preocupação de saúde pública.

Investigar a síndrome de pânico numa dimensão psicossocial relacionando a biografia e a teia de significado na vida do sujeito é o nosso desafio. Portanto, a nossa pergunta é bastante assertiva, neste sentido, ou seja: como os elementos psicossociais influenciam a manifestação da síndrome de pânico? Uma discussão importante a esse respeito foi levantada por Gadamer (2006) no capítulo “Angústia e medo”. A questão que Gadamer cita é como o medo pode se transformar em doença. O medo é uma emoção básica do ser humano a angústia é uma condição humana especial. Daí, pergunta Gadamer: “...Por que se observa um aumento de angústia no nosso mundo atual? (Gadamer, 2006, p. 160)”. A resposta é o maior aumento da necessidade de segurança e certeza que a ciência moderna prometeu oferecer, mas não entregou. O fim das certezas é só o começo da insegurança.

Giddens (1991) também traz uma importante reflexão dessa questão na sua obra “As consequências da Modernidade 1991” quando ela aborda a questão da confiança e do risco. Segundo Giddens (1991), a confiança é descrita como “crença ou crédito em alguma qualidade ou atributo de uma pessoa ou coisa, ou na verdade de uma afirmação (Giddens, 1991, p. 38)”. Para o autor a confiança deve ser compreendida especificamente em relação ao risco, um termo que passa a existir apenas no período moderno. Pois bem, uma pessoa com síndrome de pânico deixa de confiar em si mesmo. Ela sente que não é mais capaz de ter um autocontrole, não confia mais em estar em lugares públicos porque sabe que a qualquer momento pode manifestar os sintomas e se descontrolar. A segurança ontológica foi perdida e qualquer medo pode levar a um ataque de pânico.

6 A SÍNDROME DE PÂNICO EM PERSPECTIVA

O surto de síndrome de pânico precisa ser enxergado em contexto. As pessoas com esse transtorno, por motivos diversos, terão um conjunto sintomático e comportamental em comum. Para entender o transtorno em contexto devemos nos perguntar se o momento social que estamos vivendo atualmente é propenso à manifestação da síndrome? Helman (2009) tem um importante postulado que ajuda a traçar um caminho para esse entendimento quando aborda a psiquiatria transcultural. Segundo o autor é o estudo e a comparação da doença mental e dos seus tratamentos em diferentes culturas e grupos sociais. Portanto, ela está mais relacionada com as dimensões psicológicas, comportamentais e socioculturais, mesmo quando tenha uma comprovada base orgânica. Ou seja, o que interessa é a forma como os fatores culturais afetam as percepções e o comportamento do paciente. Duas proposições chamam atenção da relação entre a cultura e a doença. A cultura pode ser parte da etiologia ou da causa de certas doenças. A cultura influencia a



apresentação clínica e a distribuição da doença mental. “A cultura é um entre muitos determinantes do comportamento humano e é sempre parte de um contexto, lugar, demografia e condições socioeconômicas (Helman, 2009, p. 242)”. Portanto, para Helman é mais adequado falar em distúrbios ligados ao contexto do que distúrbios ligados à cultura.

Chegamos, então, a um ponto em que vale a pena um esforço interpretativo ainda que seja por conjecturas inicialmente expondo alguns dados que têm uma boa confiabilidade. Segundo a OMS, o número total estimado de pessoas que vivem com transtornos de ansiedade no mundo é de 264 milhões. Este total para 2015 reflete um aumento de 14,9% desde 2005. O transtorno de ansiedade é uma preocupação mundial. Apontar os dados epidemiológicos é importante, mas não o suficiente. Cada vez fica mais clara a necessidade de respostas plausíveis. No caso do Brasil os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgadas em 23 de fevereiro de 2017, apontam que 9,3% dos brasileiros têm algum transtorno de ansiedade. É a maior taxa em todo o mundo. E no caso da depressão o Brasil fica em quinto lugar com uma taxa que afeta 5,8% da população (WHO, 2017). Portanto, é necessário começar a considerar algumas hipóteses de conjunção de fatores locais e globais. Aqui no Brasil fatores socioeconômicos, como pobreza e desemprego são hipóteses que não podem ser descartadas. O país que viveu uma falsa euforia entre os anos de 2006 a 2010, com a promessa do “Brasil potência”, pouco tempo depois passou por uma fortíssima recessão e um desemprego que chegou a mais de 12% segundo dados do IBGE. Viveu também uma pandemia de Covid que muito provavelmente teve influencia no aumento do transtorno. Nesse contexto econômico as crises emocionais e o estresse são fatores potenciais que devem ser considerados. No dia a dia há uma forte sensação de desesperança e medo.

Os problemas socioeconômicos afetam a todos. Mas quando uma pessoa está passando por uma dificuldade psicológica, como no caso do transtorno de ansiedade e de pânico isso se potencializa em níveis consideráveis. Em outras palavras, essa pessoa passa a ser muito mais susceptível e mais vulnerável do que outra que não tem o transtorno. O desemprego e todas as transformações tecnológicas que ameaçam a sobrevivência, sobretudo de mulheres chefe de famílias, é um problema adicional da luta pela sobrevivência. As estudantes de graduação e pós-graduação que foram atendidas no projeto de extensão, por exemplo, têm também expectativas preocupantes quanto ao futuro profissional por conta do desemprego ou contratos precário de emprego. Ou seja, elas passam a antecipar um sofrimento que possivelmente virá, justamente, porque estamos diante da realidade econômica preocupante.

O projeto de vida de independência e autonomia de muitas mulheres é desafiado pelas dificuldades de lidar com a vida prática. Uma das nossas pacientes era mãe solteira que tinha que custear sozinha uma casa, cuidar de três filhos e recentemente ficou desempregada. Ou seja, ela tem uma sobrecarga de preocupação decorrente do contexto econômico e social além do peso afetivo e emocional que ela carrega sozinha. Quando tudo isso é somado a paciente já não sabe discernir o que é o pavor dos seus problemas



decorrente da sua história de vida dos problemas econômicos e sociais. Tudo fica muito confuso e desesperador. Esses são os fenômenos sociais recorrentes. Portanto, os sintomas do pânico e do transtorno de ansiedade não apareceram do nada. Eles estão fortemente relacionados a uma trajetória que é dominada pela história de vida, e pelo contexto social que é vivenciado. As contingências e os acontecimentos foram sendo incorporados e tomando forma *sui generis*. Por fim, as histórias são diferentes, os processos são semelhantes e os sintomas são os mesmos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Psicoterapia tem oferecido soluções eficazes para muitos dos problemas dos pacientes que sofrem com a síndrome de pânico. Ela ajuda muito a desatar os nós e clarear a confusão mental que os pacientes sofrem durante um período de manifestação. Mas isso não é suficiente, pois a própria psicoterapia tem limites. O paciente dá-se conta dos embaraços da sua vida, de como ficou hipersensível com alguns problemas, que, no caso de outras pessoas que não sofrem da síndrome se ajustariam mais facilmente. Assim, ele tem a possibilidade de separar os seus problemas não resolvidos – que fazem parte da sua biografia – com os problemas atuais. É no processo psicoterapêutico que os pacientes conseguem enxergar em que contexto sociocultural e econômico eles se encontram, e assim, tendo boas chances de discernir o que é o transtorno psíquico, e, o que são os medos e preocupações proporcionados pelo contexto social. Nesse sentido, a ajuda da terapia é primorosa por ser uma ação que proporciona a transformação. Os enfrentamentos cotidianos com o suporte terapêutico é quem ajuda a superação e as mudanças pretendidas. Partimos, portanto, do princípio de que não existem soluções mágicas ou fáceis. Nem mesmo de terapia medicamentosa. A consciência ajuda a ação que facilita o enfrentamento e a transformação. Isso é válido para diversos tipos de demandas psicológicas, só que no caso da síndrome de pânico a pessoa normalmente encontra-se bastante fragilizada para o enfrentamento. Daí a importância do suporte. Além disso, o organismo foi sensibilizado e os mecanismos bioquímicos facilmente ativados. A dessensibilização precisa ser de alguma forma incluída nos processos.

A psicoterapia para pacientes com síndrome de pânico tem potencialidades e limites. A ideia de interdisciplinaridade nos ensina que nenhum campo tem um domínio total de conhecimento. Portanto, a participação do trabalho psicoterapêutico sob as premissas da dimensão psicológica e social complementa e fortalece o debate acerca dos problemas complexos de saúde e doença. A psicologia da saúde tem uma importante interface com a biomedicina e em especial a neuro-endocrinologia. Essa proximidade não pode ser descartada nem concorrente, mas sim complementar. A biomedicina, por sua vez, não pode enxergar a psicologia como uma área de conhecimento menor. Psicólogos, antropólogos e sociólogos devem assumir o seu papel de intérprete da sociedade, haja vista que alguns fenômenos da saúde mental estão imbricados na cultura, economia e política, portanto, carente de explicações.



REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, **DSM-5**. [S.l.]: Artmed Editora, 2014.
- BARLOW, David H. **Anxiety and Its Disorders**. [S.l.]: Guilford press, 2004.
- BLAYA, Carolina; MANFRO, Gisele Gus. Transtorno Do Pânico: Diagnóstico e Tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 1, p. 86–86, Mar. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000100023>>.
- CARVALHO, Marcele Regine de; FREIRE, Rafael C.; NARDI, Antonio Egidio. Realidade Virtual No Tratamento Do Transtorno de Pânico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 64–69, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000100012>>.
- COSCI, Fiammetta. The Psychological Development of Panic Disorder: Implications for Neurobiology and Treatment. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, p. S09–S31, Jun. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462012000500003>>.
- GADAMER, Hans-Georg. **O Caráter Oculto Da Saúde**. [S.l.]: editora Vozes, 2021.
- GIDDENS, Anthony. **As Consequências Da Modernidade**. [S.l.]: Unesp, 2002.
- GIDDENS, Anthony. **Ciências Sociais–Sociologia**. [S.l.]: Porto Alegre: Artmed., 2005.
- GURUNG, Regan AR. **Health Psychology**. [S.l.]: Wadsworth/Cengage Learning, 2010.
- HELDT, Elizeth et al. Predictors of Relapse in the Second Follow-up Year Post Cognitive-Behavior Therapy for Panic Disorder. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, n. 1, p. 23–29, 23 Apr. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010005000005>>.
- HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. [S.l.]: Artmed Editora, 2009.
- IANNONE, Aline et al. Transcranial Magnetic Stimulation and Transcranial Direct Current Stimulation Appear to Be Safe Neuromodulatory Techniques Useful in the Treatment of Anxiety Disorders and Other Neuropsychiatric Disorders. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 74, n. 10, p. 829–835, Oct. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20160115>>.
- KLEINMAN, Arthur. **Patients and Healers in the Context of Culture**. [S.l.]: Univ of California Press, 1980. v. 3.
- KLEINMAN, Arthur. **The Illness Narratives**. [S.l.]: Basic books, 2020.
- MEZZASALMA, Marco Andre et al. Neuroanatomia Do Transtorno de Pânico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 3, p. 202–206, Sep. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000300010>>.
- NARDI, AE; VALENÇA, AM. **Transtorno de pânico**. [S.l.]: Rio de Janeiro: Guanabara Koogan., 2005.
- PERLS, Fritz. A Abordagem Gestáltica e Testemunha Ocular Da Terapia. **A Abordagem Gestáltica e Testemunha Ocular Da Terapia**. [S.l: s.n.], 1977. p. 210–210.



PEROZZO, Dayanna Basso; MAHL, Alvaro Cielo. Perfil Biológico, Psicológico e Social de Pessoas Que Apresentam Transtorno Do Pânico. **Unoesc & Ciência - ACHS**, v. 1, n. 2, p. 191–200, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.unoesc.edu.br/achs/article/view/26>>.

RANGÉ, Bernard. Tratamento Cognitivo-Comportamental Para o Transtorno de Pânico e Agorafobia: Uma História de 35 Anos. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 25, n. 4, p. 477–486, Dec. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400002>>.

SALUM, Giovanni Abrahão; BLAYA, Carolina; MANFRO, Gisele Gus. Transtorno Do Pânico. **Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul**, v. 31, n. 2, p. 86–94, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000200002>>.

SARDINHA, Aline; NARDI, Antonio Egidio; ZIN, Walter Araújo. Ataques de Pânico São Realmente Inofensivos? O Impacto Cardiovascular Do Transtorno de Pânico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 1, p. 57–62, Mar. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000100014>>.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes Com Medo**. [S.l.]: Integrare Editora Ltda, 2006.

UCHÔA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos Para Uma Abordagem Da Saúde e Da Doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 4, p. 497–504, Dec. 1994. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000400010>>.

VALENÇA, Alexandre Martins. Transtorno de Pânico: Aspectos Psicopatológicos e Fenomenológicos. **Debates em Psiquiatria**, v. 3, n. 4, p. 6–10, 3 Apr. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.25118/2763-9037.2013.v3.317>>.

WHO. **Depression and Other Common Mental Disorders**. [S.l.]: World Health Organization, 2017.