

PÂNICO E ASMA: ASPECTOS CLÍNICOS E FISIOPATOLÓGICOS

MATIAS, Marília Colombo

Psicóloga graduada pela UNIMAR, Marília, SP

SOUZA, Priscila Helena Vanin Alves de

Fisioterapeuta graduada pela UEL, Londrina, PR e Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente pela UNICAMP,
Campinas, SP

RESUMO

A associação entre pânico e asma tem sido enfocada em diversos estudos, os quais relatam sintomas em comum em tais enfermidades. O diagnóstico diferencial e o detalhamento da história clínica do paciente são instrumentos essenciais na avaliação da presença dessa associação, possibilitando que a equipe de saúde disponha um tratamento adequado às necessidades do paciente.

Palavras-chave: pânico, ansiedade, asma, hiperventilação.

ABSTRACT

Panic and asthma association have been the object of many studies about common symptoms of these diseases. Differential diagnosis and clinical history of patients are necessary to evaluated association between diseases, proposing the better treatment for patient.

Key-words: panic, anxiety, asthma and hyperventilation.

1. INTRODUÇÃO

Na última década, a concomitância do pânico e a asma tem sido estudada devido à sobreposição dos sintomas. O ataque de pânico é caracterizado por um intenso desconforto, de início, súbito, atingindo o pico máximo em 10 minutos, apresentando pelo menos quatro sintomas estabelecidos pelo DSM-IV (Tabela 1). A asma é uma doença inflamatória pulmonar crônica, caracterizada pela hiper-responsividade das vias aéreas inferiores e pela limitação variável ao fluxo aéreo. Os principais sintomas desse acometimento pulmonar são dispnéia, sibilos, aperto no peito e tosse, especialmente à noite e pela manhã (SILVA et al.,2000). A concomitância ou não dessas doenças deve ser considerada, ressaltando a importância do diagnóstico diferencial, a fim de proporcionar o tratamento adequado ao paciente.

Tabela 1

DSM-IV – Critérios para Ataques de Pânico

Períodos curtos de desconforto ou medo, com os quais quatro ou mais destes seguintes sintomas se desenvolvem abruptamente, atingindo um pico máximo de 10 min:

1. Palpitações ou frequência cardíaca aumentadas
2. Sudorese intensa
3. Tremores ou agitação psicomotora
4. Sensação de dispnéia ou de sufocamento
5. Sensação de morte
6. Desconforto ou dor torácica
7. Náuseas ou desconforto abdominal
8. Sensação de desmaio
9. Despersonalização ou perda da sensação de realidade
10. Medo de enlouquecer
11. Medo de morrer
12. Parestesias
13. Rubores

Tabela extraída do DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4.ed. Copyright American Psychiatric Association, Washington, 1994.

2. ASPECTOS GERAIS DO PÂNICO E DA ASMA

O transtorno de pânico (TP) faz parte do grupo de transtornos fóbico-ansiosos, sendo caracterizado pela ansiedade evocada por certas situações ou objetos externos ao indivíduo. A ansiedade fóbica é subjetiva, psicológica e comportamentalmente indistinguível de outros tipos de ansiedade, variando de um desconforto leve até uma sensação de terror (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1994).

O TP caracteriza-se pela ocorrência espontânea e inesperada de ataques de pânico. A duração do ataque de pânico é relativamente breve, na qual o indivíduo sente uma intensa ansiedade ou medo, acrescentado de sintomas somáticos, como palpitações e taquipinéia.

Nesse contexto, faz-se necessário o diagnóstico diferencial, uma vez que o TP e/ou ataque de pânico apresentam sintomas semelhantes a doenças cardíacas e respiratórias, tais como, infarte do miocárdio e ataque histérico; evitando, assim, um diagnóstico errôneo, que prejudica o tratamento do paciente.

A etiologia do pânico tem sido estudada por diversos autores que apontam certas substâncias como indutoras de ataques de pânico, tais como: lactato de sódio, dióxido de carbono (CO₂) e cafeína. Essas substâncias estimulam o sistema respiratório resultando uma hiperventilação (KLEIN, 1993). Kaplan et al. (1997) apontam fatores genéticos e psicossociais como causadores do pânico.

Papp et al. (1997) realizaram um estudo com 59 pacientes com TP, avaliando a resposta respiratória desse grupo à inalação de dióxido de carbono (CO₂). Observaram que os pacientes com TP foram mais sensíveis ao CO₂ que os do grupo-controle, aumentando rapidamente a frequência respiratória (FR), antes do ataque de pânico. Isto sugere que o ataque de pânico no TP está relacionado a um mecanismo de compensação respiratória ineficiente.

Valença et al. (2001) realizaram um estudo com 31 pacientes com TP, para verificar a sensibilidade destes ao teste de indução de ataque de pânico com dióxido de carbono (CO₂ a 35%). Foi analisada a intensidade, a duração e

a sintomatologia dos ataques de pânico produzidos por um agente de laboratório, sendo estes comparados com os ataques de pânico espontâneos nos pacientes. Observaram que 50% dos pacientes consideraram o ataque de pânico experimentado no laboratório mais intenso do que o situacional; 18,2% relataram a mesma intensidade entre os dois; e 31,8% referiram que o ataque de pânico do laboratório foi mais leve comparado ao situacional. Os sintomas por eles apresentados foram: dificuldade de respirar (91%), sensação de sufocação/asfixia (81,8%), tontura (81,8%), estremelecimento (63,6%), palpitações (59%) e medo de enlouquecer (54,5%). Diante desses resultados, pode-se concluir que pacientes com TP têm elevada sensibilidade ao CO₂, na qual esta produz sintomas semelhantes aos ataques de pânico espontâneos, em pacientes com TP.

A asma é uma doença pulmonar crônica causada por diversos agentes, incluindo fatores alérgicos, infecções e estresse. A hiperventilação, também, pode desencadear os sintomas da asma devido ao aumento da FR, resultando na condução de ar seco e frio nas vias aéreas, e desencadeando o broncoespasmo (YELLOWLEES e KALUCY, 1993; SILVA et al., 2000).

Há uma relação considerável entre fatores psicológicos e transtorno alérgico. Pode-se citar como um processo patológico que envolve a hipersensibilidade imediata associada com os processos psicossociais, a asma brônquica. O início e o desenvolvimento da asma têm como base as reações emocionais às experiências de vida, padrões de personalidade e condicionamento (YELLOWLEES e KALUCY, 1993; KAPLAN et al., 1997).

3. ASSOCIAÇÃO ENTRE PÂNICO E ASMA

A presença dos sinais de pânico e ansiedade nos pacientes com doenças respiratórias, especialmente a asma, tem sido o enfoque de diversos estudos, os quais sugerem que a doença pulmonar seria um fator de risco para o desenvolvimento do transtorno de pânico (SMOLLER et al., 1996; POLLACK et al., 1997; VERBURG et al., 1999).

Perna et al. (1980) avaliaram 51 pacientes com asma, observando a prevalência do TP, considerando a predisposição familiar para tal enfermidade. Observaram que há prevalência significativamente maior de TP, sintomas esporádicos de pânico e fobia social nos pacientes asmáticos, em comparação com a população em geral. Entre os pacientes asmáticos e com síndrome do pânico, nove (90%) desenvolveram, primeiro, a asma. O desenvolvimento da síndrome do pânico nos pacientes asmáticos foi significativamente maior naqueles que apresentavam predisposição familiar, em comparação aos pacientes asmáticos sem risco familiar para o pânico (13,5% vs 2%).

Vários estudos relatam que os pacientes com TP e asma apresentam intenso aumento da ansiedade e exacerbação das sensações corporais (LEHRER et al., 1989; SMOLLER et al., 1996). Ritz et al. (2000) realizaram um estudo sobre a influência das emoções e do estresse no aumento da resistência de vias aéreas em pacientes asmáticos. Observaram que diferentes emoções resultaram um aumento oscilatório da resistência das vias aéreas. A ansiedade é um fator que piora a qualidade de vida do paciente asmático, desencadeando períodos de crise da doença, que podem comprometer, gravemente, o paciente, com o uso indiscriminado de medicamentos, maior número de hospitalizações e até levar à morte (MASCIA et al., 1989; YELLOWLEES e KALUCY, 1993). A percepção de dispnéia pode estar aumentada nos pacientes asmáticos, devido à ansiedade. Sendo assim, a sensação exacerbada de dispnéia pode desencadear uma crise de pânico, gerando uma hiperventilação e esta aumentar a FR piorando a dispnéia, caracterizando o fechamento de um ciclo de sintomas interligados (SMOLLER et al., 1996).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A associação do pânico e da asma tem sido intensamente relatada em diversos estudos, principalmente, porque estas enfermidades estão sendo observadas em um maior número de pessoas. Fatores ambientais e psicossociais estão diretamente relacionados a esse quadro. Nesse contexto,

ressalta-se a necessidade do diagnóstico diferencial, partindo de um olhar mais criterioso da equipe de saúde para a história clínica do paciente.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DAVIDOFF, L.L. **Introdução à Psicologia**. 3.ed. São Paulo: Makron Books, 2001. p. 562-65.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREB, J.A. **Compêndio de Psiquiatria**. Ciências do comportamento e Psiquiatria clínica. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 1997. p. 553-57.

LEHRER, P. M.; ISENBERG, S.; HOCHRON, S. M. Asthma and emotion: a review. **Ann Allergy**, 62(4):311-7, 1989.

MASCIA, A. et al. Mortality versus improvement in severe chronic asthma: physiologic and psychologic factors. **Arch Gen Psychiatry**, 50(4):306-17, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.132, 137.

PAPP, L. A. et al. Respiratory psychophysiology of Panic Disorder: three respiratory challenges in 98 subjects. **Am J Psychiatry**, 154: 1558-65, 1997.

PERNA, G. et al. Asthma and panic attacks. **J Clin Psychol**, 36(2):552-61, 1980.

POLLACK, M. H. et al. Prevalence of panic in patients referred for pulmonary function testing at a major medical center. **Biol Psychiatry**, 42(7):625-30, 1997.

RITZ, T. et al. Emotions and Stress Increase Respiratory Resistance in Asthma. **Psychosomatic Medicine**,62: 401–12, 2000.

SILVA, L. C. C. et al. III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. **J Pneumol**, 28: S4–S5, sup 1, 2000.

SMOLLER, J. W. et al. Panic anxiety dyspnea, and respiratory disease. Theoretical and clinical considerations. **Am J Respir Crit Care Med**, 154(1): 6-17, 1996.

VERBURG, K. et al. Respiratory disorders as a possible predisposing factor for panic disorder. **Semin Clin Neuropsychiatry**, 4(2):84-97,1999.

YELLOWLEES, P. M.; KALUCY, R. S. Psychobiological aspects of asthma and the consequent research implications. **J Asthma**, 30(1):5-21,1993.