

# Dor no Peito na Síndrome do Pânico



Sentir que pode morrer do coração é um dos sintomas muito frequentes no Pânico.

| [Psicossomática](#) | [Ansiedade e Fobias](#) |

O **Transtorno de Pânico** é caracterizado pela ocorrência espontânea e inexplicável de ataques de pânico, que são períodos de intenso medo, podendo variar desde diversos ataques ao dia até poucos no curso de um ano. A expressão desse medo é manifestada por sintomas emocionais e físicos, tais como, taquicardia, sudorese, falta de ar, medo de enlouquecer, perder o controle ou morrer. É também frequentemente que essas crises de Pânico sejam acompanhadas por agorafobia, que é o temor de se encontrar sozinho em lugares dos quais seja difícil uma saída rápida, no caso da pessoa “passar mal”.

Um dos sintomas físicos responsáveis pelo paciente com *Pânico* procurar um Pronto Socorro é a dor no peito (dor torácica), reforçando ainda mais a idéia de que ele esteja tendo realmente um problema cardíaco grave, com a vida em risco. Normalmente é essa dor torácica que leva o paciente à busca repetida por inúmeros atendimentos em unidades de urgência, cardiológicas ou outros serviços médicos.

*Gastão Luiz Fonseca Soares Filho, Alexandre Martins Valença e Antonio Egidio Nardi*, publicaram um estudo de caso bastante útil para abordagem da relação entre as *Crises de Pânico* e os quadros de Dor Torácica (*Soares Filho e cols.*, 2007).

De fato, a principal causa de dor torácica orgânica é de origem miocárdica, e se desenvolve quando o fluxo de sangue nas artérias coronarianas é insuficiente, ou seja, quando há uma *Doença Arterial Coronariana*. A persistir o problema ocorre o *Infarto do Miocárdio*. Os autores do artigo supra-referido ilustram a comorbidade (concordância) entre o *Transtorno de Pânico* com a *Doença Arterial Coronariana*. Eles alertam para o fato do diagnóstico de *Transtorno de Pânico* raramente ser feito e das graves conseqüências que podem decorrer disso.

Para confundir ainda o raciocínio clínico, devemos lembrar que 6 dos 13 sintomas básicos do *Transtorno de Pânico* são também encontrados em doenças do coração, como por exemplo, a dor torácica, as palpitações, sudorese, sensação de asfixia, sufocação e ondas de calor (*Fleet et al.*, 2000). Tendo em vista essa semelhança entre os sintomas cardíacos e de pânico, é claro que a pessoa acometida por ataque de pânico, acreditando estar na iminência de um infarto agudo do miocárdio, busquem avidamente os serviços de emergência.

Curiosa e inversamente, também alguns dos principais sintomas da *Doença Arterial Coronariana* e do infarto do miocárdio também sugerem estar havendo uma crise de *Pânico*. Os autores relatam um estudo com pacientes de serviços de emergência com sintoma de dor torácica, avaliados por meio de teste ergométrico ou arteriografia coronariana, e submetidos também a uma entrevista psiquiátrica anterior à entrevista cardiológica. Os dados foram muito significativos.

De 1.364 pacientes com dor torácica, 411 (30%) apresentavam *Transtorno de Pânico*. Desses 411 com *Transtorno do Pânico*, 306 (75%) **não tinham diagnóstico** de *Doença Arterial Coronariana*. Por outro lado, foi um dado muitíssimo interessante que, dos 1.364 pacientes, apenas 248 (18%) apresentavam *Doença Arterial Coronariana* **sem** *Transtorno de Pânico*.

Algumas conclusões importantes podem ser tiradas desse estudo. Dentre aqueles que chegaram à emergência com dor torácica, 30% apresentavam *Transtorno de Pânico* e 22% tinham *Transtorno de Pânico* **sem** *Doença Arterial Coronariana*. Analisando apenas aqueles com *Transtorno de Pânico*, 75% não apresentavam *Doença Arterial Coronariana*.

Embora tenha sido encontrada uma grande proporção de pacientes com *Transtorno de Pânico* **sem** *Doença Arterial Coronariana*, ainda assim é muito relevante o achado de que aproximadamente 26% dos pacientes com *Transtorno de Pânico* **também tinha** *Doença Arterial Coronariana* (*Lynch e Galbraith*, 2003). Isso quer dizer que, de rotina, a dor torácica deve ser sempre investigada com atenção, seja no *Transtorno do Pânico* ou não, buscando a identificação precoce de riscos orgânicos de ameaça à vida.

Resumindo, são comuns pacientes com ataques de pânico que apresentam concomitantemente dor torácica e palpitação. Por conta disso, anseiam por grande urgência de atendimento. A dor torácica em pacientes portadores de *Transtorno de Pânico* tem prevalência de 25% a 57% (*Carter e cols.*, 1994; *Fleet e cols.*, 1996). Como procuram emergências clínicas, o sintoma de dor torácica é investigado sob a ótica da *Doença Arterial Coronariana*.

Sabe-se então que dor torácica é mesmo um sintoma freqüente nos pacientes portadores de *Transtorno de Pânico sem Doença Arterial Coronariana*. Mas não se pode, de forma alguma, subestimar o fato de que outros pacientes portadores de *Transtorno de Pânico* podem, de fato, apresentar *Doença Arterial Coronariana*. Alguns autores verificaram uma prevalência de 57% de *Transtorno de Pânico* em pacientes cardiopatas (Beitman e cols., 1987).

Uma avaliação médica restrita apenas à área cardíaca, embora traga conveniente conforto ao médico assistente, pode desencadear no paciente um incômodo processo de angústia investigativa de seu diagnóstico. Não é raro que o médico do serviço de emergência sentencie solenemente "... – *você não tem nada... procure um psiquiatra*", sugerindo assim subestimar a queixa do paciente, duvidar de seu sintoma e atribuir à psiquiatria a função de 'tratar' de quem *não tem nada*.

Parece que a crença habitual dos clínicos desses serviços de emergência é que basta a informação dada ao paciente, de que seus sintomas não se devem a um evento cardíaco agudo, seja suficiente para gerar alívio dos sintomas e interrupção dos ataques de pânico. Este é um raciocínio linear e absolutamente simplório. O paciente é, sobretudo, um ser emocional que não se conduz predominantemente pela razão. Ou não estaria achando que pode perder o controle e morrer de repente.

Existem trabalhos demonstrando que apenas os resultados negativos de exames cardíacos como, por exemplo, a avaliação clínica (Mayou e cols., 1994) ou teste ergométrico (Channer e cols., 1987), são absolutamente insuficientes para o paciente convencer-se e suprimir automaticamente os sintomas do pânico e a crença de que está enfartando. Segundo ainda Gastão Soares Filho e cols. (2007), nem mesmo quando os pacientes são submetidos a exames mais invasivos (e perigosos), como a coronariografia, os resultados normais são insuficientes para gerar tranquilidade e ausência de sintomas.

Outro mau hábito dos serviços de emergência é quando os médicos assistentes deduzem, precipitadamente, que o paciente com dor torácica, palpitação, sudorese e ansiedade é portador apenas de *Transtorno do Pânico*, principalmente quando vem com antecedentes dessas crises, negligenciando assim a concomitância de *Doença Arterial Coronariana*.

A "cegueira" diagnóstica e de tratamento do *Transtorno de Pânico* para o paciente que busca repetidamente atendimento em serviços de emergência, quando da ocorrência de ataques de pânico com dor torácica, faz com que eles passem a ter uma vida significativamente limitada, sem alívio dos sintomas e do medo e da ansiedade (Lynch e Galbraith, 2003). A abordagem inadequada do **Transtorno de Pânico** presente nos casos de dor torácica invariavelmente produz a cronificação dos sintomas, limitação das atividades e redução da qualidade de vida, além de uso excessivo e inadequado de exames clínicos e recursos médicos.

A precariedade no diagnóstico de *Transtorno de Pânico* em serviços de emergência é bem demonstrada no trabalho de Fleet e cols. (1998), em pacientes com dor torácica. Observou-se que entre os pacientes que apresentavam critérios diagnósticos para *Transtorno de Pânico*, apenas 2% tiveram o diagnóstico correto no momento da chegada.

A atitude, como se diz, de "*empurrar com a barriga*" esses casos na expectativa de que os sintomas desaparecerão com o tempo também é uma falsa crença clínica. Bass e cols. (1983) acompanharam por um ano pacientes com dor torácica e coronariografia normal. Quase metade deles (41%) continuava com a queixa de dor torácica, e 63% ainda se consultava com médicos não psiquiatras. Potts e Bass (1995) acompanharam pacientes sem adequada abordagem psiquiátrica e condições de dor semelhantes por 11 anos, constatando-se que 74% deles continuava se queixando de dor torácica.

Citado por Gastão Soares Filho (2007), outro trabalho de Wulsin e cols. (1988), o diagnóstico de transtorno psiquiátrico foi feito em apenas 1 de 30 pacientes com *Transtorno de Pânico*, mostrando falta de diagnóstico em 97% dos atendimentos. Investigadores têm buscado medidas para minimizar a dificuldade diagnóstica apresentada pelos profissionais que trabalham em serviços de emergência.

para referir:

**Ballone GJ** - *Dor no Peito no Transtorno do Pânico*