
EDUCAÇÃO FÍSICA

BRUNA PRISTELLO PARDINHO

**MANEJO DA ANSIEDADE E ATAQUE DE
PÂNICO COM ATIVIDADE FÍSICA**



Rio Claro
2018

BRUNA PRISTELLO PARDINHO

MANEJO DA ANSIEDADE E ATAQUE DE PÂNICO COM
ATIVIDADE FÍSICA

Orientador: Afonso Antonio Machado

Co-orientador: Arthur Bernardino Domene Sena

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Campus de Rio Claro, para obtenção do grau em Bacharela em Educação Física.

Rio Claro
2018

P226m Pardinho, Bruna Pristello
Manejo da Ansiedade e Ataque de Pânico com
Atividade Física / Bruna Pristello Pardinho. -- Rio
Claro, 2018
28 p. + 1 CD-ROM

Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado -
Educação Física) - Universidade Estadual Paulista
(Unesp), Instituto de Biociências, Rio Claro
Orientador: Afonso Antonio Machado
Coorientador: Arthur Bernardino Domene Sena

1. Ansiedade. 2. Síndrome do Pânico. 3. Atividade
Física. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp.
Biblioteca do Instituto de Biociências, Rio Claro. Dados fornecidos pelo
autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

MANEJO DA ANSIEDADE E ATAQUE DE PÂNICO COM ATIVIDADE FÍSICA

RESUMO:

A ansiedade é considerada um distúrbio psicológico e atualmente tem sido muito comum em diversos países. Além dos sintomas psicológicos, a ansiedade traz alguns indícios físicos. E a síndrome do pânico é um tipo de transtorno de ansiedade no qual ocorrem crises inesperadas de desespero e medo intenso de que algo desagradável aconteça, mesmo que não haja motivo algum para isso ou sinais de perigo iminente. Tendo em vista esse contexto, o objetivo deste projeto é verificar a relação entre Ansiedade e Síndrome do Pânico, e também a relação da Atividade Física para o manejo das mesmas.

Palavras-chaves: Ansiedade; Atividade Física; Síndrome do Pânico;

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. JUSTIFICATIVA.....	6
3. OBJETIVOS.....	7
4. PROCESSOS METODOLÓGICOS.....	8
5. ANSIEDADE.....	10
5.1. Síndrome do Pânico.....	16
6. TRABALHO MULTIPROFISSIONAL ENTRE PSICOLOGO E EDUCADOR FÍSICO.....	18
7. CONSIDERAÇÃO FINAL.....	22
8. REFERÊNCIA.....	24

1. INTRODUÇÃO

A palavra ansiedade vem do latim *anxius*, que significa se preocupar sobre um acontecimento incerto. Segundo McKenzie (2015), a ansiedade é entendida como um tipo de medo que você vivencia quando está pensando ou se preocupando com alguma coisa em vez de estar experimentando algo concreto e real. É frequentemente causada por estresse e são sentimentos que experimentamos quando estamos em alguma situação sem saída e nos sentimos em perigo. O mesmo acontece com o medo, ou Transtorno de Pânico. Entretanto alguns foram ensinados, outros são instintivos.

De acordo com Muotri (2007), o Transtorno de Pânico é um transtorno de ansiedade caracteriza-se pela recorrência de ataque de pânico: crises súbitas de mal-estar e sensação de perigo ou morte iminente, acompanhadas de diversos sintomas físicos e cognitivos. Os ataques de pânicos iniciam através de um estímulo (Interno ou Externo), seguindo de uma apreensão (ansiedade, inquietação), partido para sensações corporais (palpitação, falta de ar) e por fim, uma interpretação de sensações, considerando-a catastrófica. Tanto os medos, quanto a ansiedade em excesso, atrapalham o desempenho do indivíduo, e esse excesso pode se tornar um ciclo vicioso, e um ciclo vicioso progressivo.

A ansiedade é considerada um distúrbio psicológico e atualmente tem sido muito comum em diversos países. Além dos sintomas psicológicos, a ansiedade traz alguns indícios físicos. Os sintomas da ansiedade surgem como uma resposta aos estímulos causados pelas situações de estresses traumáticos e medos. Segundo McKenzie (2015), essas respostas são chamadas de “lutar, fugir ou desesperar”. Essas respostas fazem com que o nosso corpo fique pronto para uma tomada de decisão rápida, em estado de alerta.

Conforme Sardinha (2009), alguns estudos mostram que há semelhança entre os baixos níveis de atividade física e sintomas de depressão e ansiedade. Alguns exercícios físicos têm sido testados como tratamento para quadros de ansiedade, como transtorno de pânico, com resultados positivos.

Para que esses exercícios sejam eficazes, devem durar até que haja uma diminuição significativa da ansiedade, ou que está cesse. Os exercícios devem ser planejados e repetidos sistematicamente, com foco total do indivíduo. De acordo com Strohle et al. (2005), o exercício aeróbio tem boa resposta como atividade

antipânico em sujeitos saudáveis induzidos ao ataque de pânico, porém a otimização de intensidade e duração do exercício ainda precisam ser caracterizados para a resposta desejada.

Conforme Araújo (2006), a prática regular de exercício aeróbio, pode produzir efeitos antidepressivos e ansiolíticos, protegendo o organismo dos efeitos prejudiciais do estresse na saúde física e mental. Os benefícios da prática de atividade física associados à saúde e ao bem-estar estão sendo muito documentados na literatura. Segundo Araújo (2006), existem poucos estudos sobre o manejo da ansiedade e ataque de pânico através de exercícios físicos.

2. JUSTIFICATIVA

Esse estudo surge de uma motivação pessoal para compreender melhor o manejo da Ansiedade e da Síndrome de Pânico, através da atividade física. Tal motivação surgiu por conta de um contato pessoal com a Ansiedade e Síndrome de Pânico.

Ouvi muitos relatos de pessoas que sofriam de ansiedade e Síndrome de Pânico, que ao praticar alguma atividade física, sentiam-se melhor. Após algumas conversas, fiquei intrigada com a forma que as pessoas me relatavam as mudanças de humor, muitas não praticavam atividades físicas por estética, mas sim para ter um melhor manejo.

Pensando em atividade física como exercício de condicionamento, temos uma ideia de que o exercício é buscado para condicionamento físico, e atualmente, para estética. Entretanto, a atividade física vai, além disso, além do condicionamento físico. Mas, até onde ela pode ir?

Tais relatos dão suporte para meus questionamentos investigativos: Qual a relação da Ansiedade e da Síndrome de Pânico? Por que a procura pela atividade física para o manejo da Ansiedade e Síndrome do Pânico? Como a atividade Física ajuda nesse manejo?

Para responder essas questões assumimos uma investigação bibliográfica de caráter historiográfico que quer compreender as relações entre Ansiedade, Síndrome do Pânico e Atividade Física.

3. OBJETIVOS

Objetivos Gerais:

Esta pesquisa busca compreender a ansiedade, além de verificar como a atividade física pode auxiliar em seu manejo.

Objetivos Específicos:

- Verificar se existe alguma relação entre ansiedade e ataque de pânico;
- Analisar qual a relação da atividade física com o ataque de pânico.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia científica proporciona uma compreensão e análise do mundo através da construção do conhecimento. De acordo com Praça (2015), metodologia é o “caminho de estudo a ser percorrido” e ciência é o “saber alcançado”. O conhecimento científico obtido no processo metodológico tem a intenção de explicar e discutir um fato baseado na verificação de uma ou mais de uma hipótese.

O trabalho adotará uma pesquisa qualitativa com revisão bibliográfica e pesquisa documental, relacionadas ao tema do projeto, através de artigos científicos publicados em revistas, periódicos eletrônicos, livros e documentos, que abordem a temática. Com a intenção de obter maior suporte e conteúdo para o texto.

Segundo Rampazzo (2013), a pesquisa qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda: o foco da sua atenção é centralizado no individual, almejando sempre a compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados. A abordagem qualitativa baseia-se na fenomenologia de Edmund Husserl (1859-1938), onde esse em sua “teoria do conhecimento”, não beneficiou nem o “sujeito” (consciência) que conhece, nem o “objeto” (mundo) conhecido, mas sim a relação entre ambos (consciência e mundo). A pesquisa qualitativa é considerada uma pesquisa descritiva.

Para Gerhardt e Silveira (2009), os pesquisadores que optam pela pesquisa qualitativa procurar explicar o porquê do objeto de estudo, explicando o que deve ser feito, mas não quantificam os valores, já que os dados obtidos são dados que qualificam características, atributos, propriedades ou categorias que identificou.

A Revisão de literatura é a fase onde são recolhidas as informações a partir de documentos sobre o tema da pesquisa. Para Gerhardt e Silveira (2009), literatura é o conjunto de obras científicas, filosóficas e entre outras sobre um assunto específico. A revisão de literatura é conhecida também como revisão bibliográfica.

A revisão bibliográfica, conforme Gil (2008) consiste em desenvolver uma base com materiais já elaborados, constituídos de livros e artigos científicos. Praça (2015) afirma que revisão de literatura bibliográfica sobre o tema de pesquisa tem como finalidade primeiramente integrar o pesquisador as nuances do tema proposto, fornecendo a ele conhecimento mais aprofundado sobre o trabalho a ser realizado e possibilitando a reflexão do pesquisador sobre o tema relacionando-o com resultados obtidos por outros autores. A revisão bibliográfica deve apresentar as

mais recentes e consistentes obras científicas que tratem do assunto proposto pelo pesquisador.

A pesquisa bibliográfica para Gerhardt e Silveira (2009) é considerada a pioneira das pesquisas baseia-se em fontes específicas escritas, obras escritas, impressas em editoras. É realizada a partir de referências já analisadas anteriormente e publicadas por meio escrito ou eletrônico, como livros, artigos, web sites, entre outros.

A pesquisa documental é muito semelhante à pesquisa bibliográfica, podendo até ser confundida, de acordo com Ferhardt e Silveira (2009). Este tipo de pesquisa é realizada a partir de fontes mais diversas, tais como revistas, jornais, relatórios, cartas, filmes, pinturas, vídeos de programas de televisão, entre outros. As fontes deste tipo de pesquisa é dividido em dois grupos: as fontes de primeira mão, que são aquelas que não foram analisadas anteriormente, como documentos oficiais, reportagens, filmes, gravações, entre outras; e as fontes de segunda mão, que são aquelas que foram analisadas anteriormente, como relatórios de empresas, tabela estatística, entre outros.

Conforme Rampazzo (2013), pesquisa “documental”, é quando você procura fontes de órgãos que realizam as observações em documentos como arquivos, fontes estatísticas e fontes não escrita. As vantagens da pesquisa documental são que os documentos constituem um fonte rica e estável de dados.

5. ANSIEDADE

A ansiedade é uma característica do indivíduo, podendo ser avaliada ao decorrer da história com base em diversos pontos de vista.

De acordo com Coutinho, Dias e Bevilaqua (2014, p. 17).

[...] Relatos da Antiguidade apontam a ansiedade como uma característica presente no cotidiano dos homens na Grécia Antiga. Na mitologia desse país, por exemplo, Pã, o deus dos bosques, dos campos, dos rebanhos e dos pastores, era temido por aqueles que necessitavam atravessar as florestas à noite. Com sua aparência assustadora, metade homem e metade carneiro causavam sustos, gritos, medos, pavores e sofrimento àqueles que cruzavam as matas. As trevas e a solidão das travessias induziam os que as realizavam a pavores súbitos, desprovidos de qualquer causa aparente, como um “ataque de pânico”.

Segundo Coutinho, Dias e Bevilaqua (2014) na Antiga Grécia não existia uma forma clara de falar sobre a ansiedade, então era comum utilizarem algumas expressões como mania, melancolia, histeria e paranoia, a fim de definir os sentimentos poucos conhecidos. No começo do século XVII, foi que a expressão ansiedade foi introduzida nas escrituras médicas sobre doenças psicológicas. O uso deste termo significava uma diferença entre os graus emocionais vivenciados pelos indivíduos normais e os graus demasiados apresentados por indivíduos que tinham reações mais intensas.

No século XVIII, a ansiedade era analisada exclusivamente como ponto de vista biológico, sendo considerada pelos sintomas físicos. No começo do século XIX, tentava-se compreender a aversão de falar em público, o medo de animais, a demasia de agitação, a angústia e a dificuldade de dormir, atribuindo-se instruções psicossomáticas a tais manifestações.

Ainda no século XIX, as causas da ansiedade foram encontrados na Nosologia (ramo da medicina que estuda e classifica as doenças) nas seções destinadas ao coração, orelha, intestino e cérebro. A ansiedade continuou sendo vista como uma doença física, por ser um enfermidade do órgão sintomático. Foi em 1850, que começou pensar em uma evolução nos estudos de ansiedade. Só no fim

do século XIX, que o tratamento e a pesquisa da ansiedade foram destinados à psiquiatria.

Foi na metade do século XIX, que começou a pesquisar a ansiedade através da mente do homem. No fim do século, os sinais de ansiedade foram agrupados em um novo julgamento nosológico e passaram a ser cuidados pela psiquiatria, baseado nos trabalhos de psiquiatras franceses e de Sigmund Freud.

Na década de 1890, de acordo com Coutinho, Dias e Bevilaqua (2014), Freud divulgou uma pesquisa que mencionava a “neurose de angústia” que tinha como definição sintomas como: irritabilidade geral, espera ansiosa e ataque de ansiedade, entre outros. Segundo Freud, os sintomas procediam de uma dificuldade sucessiva ou de excitação somática vinda de um péssimo andamento do sistema nervoso e estariam interligados de diversas maneiras.

A “neurose de angústia” para Freud era como uma “neurose atual”, que era uma consequência de uma circunstância reacionária que se originou na pequenez. Existiam duas maneiras clínicas essenciais de manifestação de angústia: a crise de ansiedade ou “estado crônico”. Junto com a Neurose de Angústia estava a Agorafobia, que era o esforço do indivíduo de evitar um ataque de angústia em ocasiões impossíveis de pedir socorro. A iniciação de Freud a respeito da Neurose de Angústia é muito semelhante à introdução do conceito de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e Transtorno de Pânico, conhecidos atualmente.

A convicção na transmissão geneticamente das emoções e nas aparências biológicas da ansiedade intervêm na concepção acadêmica e médica dos transtornos de ansiedade, no começo do século XX.

A ansiedade deixou de ter um foco biológico para ter foco no meio como agente influente. O primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) foi escrito em 1952, onde os transtornos de ansiedade igualavam-se com o título de “Transtorno de origem psicogenética ou sem causa física claramente definida ou mudanças estrutural no cérebro”.

Os transtornos eram agrupados de acordo com as reações, como por exemplo, a reação de ansiedade; a reação fóbica, que acontece quando a ansiedade destaca-se a partir de uma ideia, coisa ou circunstância em estado de medo neurótico, o indivíduo tenta combater a ansiedade evitando essas barreiras; e a reação obsessivo-compulsiva, onde a ansiedade associa a constância de ideias não desejadas e

frequentes de impulsos para prática de atitudes que podem ser mórbidos para paciente.

Em 1968 foi escrita a segunda DSM, nesse exemplar, foram registrados três classes de transtornos de ansiedade: a neurose de angústia que é a preocupação excessiva e prolongada junto ataque de pânico, a neurose obsessivo-compulsiva e a neurose fóbica era normalmente atribuída aos medos ligados a um objeto específico ou situação. Outros sintomas descritos foram a síndrome depressiva, dissociativa, histérica, fóbica e neurastênica, a despersonalização e os transtornos hipocondríacos.

Na terceira DSM, os estudos farmacológicos auxiliaram a redigir algumas classes dos transtornos de ansiedade, que acabaram por abranger o transtorno de pânico, o transtorno de ansiedade generalizada, o transtorno obsessivo-compulsivo e o transtorno de estresse pós-traumático.

Em 1987, a terceira DSM sofreu uma reforma, onde a Agorafobia se tornou um seguimento do transtorno de pânico, e incluíram o transtorno de pânico com e sem Agorafobia.

Na quarta DSM, a mais respeitável revisão foi feita através de uma pesquisa longitudinal, ao invés de utilizar o acordo profissional simples. Foram incluídas 12 categorias novas de transtorno de ansiedade: transtorno de pânico, transtorno de pânico com agorafobia, agorafobia sem história de transtorno de pânico, fobia social, fobia específica, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de estresse agudo, transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral, transtorno de ansiedade induzido por substância e transtorno de ansiedade não especificado.

O transtorno de pânico preservou a mesma descrição, contudo, os ataques de pânico começaram a ser definidos de uma forma que seu acontecimento fosse isolado ou associado a outro diagnóstico, sem analisar os fundamentos de transtorno de pânico propriamente dito. Os ataques de pânicos foram separados em: ataques espontâneos, situacionais e ocasionados por um estímulo fóbico.

A quarta DSM sofreu uma reforma, onde a única coisa alterada foi a discriminação de cada transtorno, para retratar as melhoras atuais do estudo. A Ansiedade surge em situações de perigo incerto. Os níveis e reações da ansiedade diferem de indivíduo para indivíduo, com isso ela pode ser dividida em dois tipos: ansiedade normal e ansiedade patológica.

A ansiedade normal é uma reação natural, uma emoção normal do ser humano, é um alarme que o corpo emite frente a um perigo real e conhecido. É uma espécie de autopreservação. Uma emoção que temos quando enfrentamos algum tipo de problema, quando temos algum evento importante, é uma preocupação. Também pode ser compreendida como um tipo de medo, que você vivencia quando está pensando ou se preocupando com esse problema ou evento. A ansiedade é normal quando o indivíduo consegue mantê-la sob controle, identifica na realidade sua origem, mantém uma posição ativa buscando soluções para lidar com as ameaças e se beneficia com a experiência.

Entretanto, o excesso dessa preocupação, desse medo, acaba tornando a ansiedade uma patologia, não sendo mais uma emoção normal e natural do ser humano, mas sim algo que deve ser tratado.

A ansiedade patológica é desproporcional e inadequada, atrapalhando seu equilíbrio físico e mental. Um estado emocional com sentimento subjetivo de medo ou terror, hiper-vigilância e pânico, pode até ser uma sensação de morte ou colapso iminente, sem risco real. É como se o “alarme” da ansiedade normal soasse de forma contínua e inapropriada. Na ansiedade patológica há uma sensação difusa de ameaça em resposta a um perigo indefinido e não concreto. Quando se junta a ansiedade com sintomas físicos, aparece a Síndrome Ansiosa.

Segundo Poloni (2016), a Ansiedade Patológica tem uma interação bio-psico-social, nela há uma hiperatividade dessas estruturas cerebrais, quando o indivíduo dá um significado muito intenso e desproporcional a um acontecimento. É possível encontrar inúmeras variedades de ansiedade, os mais comuns são Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Síndrome do Pânico, Fobia Social, Fobias Específicas (ex.: claustrofobia, aracnofobia, etc.) e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC).

O Transtorno de Ansiedade Generalizada, mais conhecido como TAG, costuma ter um início sutil. Quando a pessoa que sofre desse transtorno tem preocupações exageradas e dificuldade em controlar a sua ansiedade e tensão, mesmo em tarefas simples dos dia-a-dia, não conseguindo relaxar. De acordo com Castillo (2000), pessoas com TAG estão constantemente tensas e dão a impressão de que qualquer situação é ou pode ser provocadora de ansiedade. Sempre estão preocupadas com o julgamento de terceiros em relação a seu desempenho em diferentes áreas e necessitam exageradamente que lhes renovem a confiança.

A Fobia Social, conforme Castillo (2000) é o medo persistente e intenso de situações onde a pessoa julga estar exposta à avaliação de outros, ou se comportar de maneira humilhante ou vergonhosa. Temos como exemplo, o medo de falar, comer, escrever, realizar qualquer tarefa simples em público. Habitualmente há a existência de sintomas físicos como palpitação, tremores, calafrios e calores súbitos, sudorese e náusea.

As Fobias específicas são definidas para Castillo (2000), como a existência de medo em excesso e persistente relacionado a uma determinada coisa ou circunstância, que não seja de exposição pública ou medo de ter um ataque de pânico. Temos como exemplo de medo de algo específico, o local fechado (claustrofobia), aracnídeos (aracnofobia), entre outros exemplos. São diferenciadas dos medos normais por obterem uma reação excessiva, que foge do controle do indivíduo, leva a reações de fuga, é persistente e compromete no funcionamento do indivíduo.

O Transtorno Obsessivo-compulsivo, mais conhecido como TOC, é quando o indivíduo tem pensamentos involuntários e recorrentes e por atos compulsivos realizados de uma maneira que aliviasse a ansiedade causada pelos pensamentos obsessivos, geralmente ameaçadores, um exemplo disso é a “mania de organização”.

Ainda não se conhece o real motivo de algumas pessoas serem mais predispostas à um desnível da ansiedade do que outras. Alguns motivos, segundo Deus (2017), são genética, histórico familiar de ansiedade; ambiente, como situações traumáticas; modo de pensar, como a pessoa organiza seu raciocínio, e como consequência enfrenta as diversidades do dia-a-dia; doenças físicas, como cardiovasculares, hormonais, respiratórios, dores crônicas; excesso do uso de drogas, álcool ou medicações.

Os fatores de risco mais predominantes, conforme Deus (2017) são: situações traumáticas; estresse ligado a doenças física; personalidade, sendo que alguns indivíduos tem uma personalidade naturalmente ansiosa, agitada; excesso de substâncias como álcool, cigarro, drogas.

A ansiedade patológica pode causar tanto sintomas físicos como mentais, que interferem nas tarefas diárias de diferentes formas. A constante tensão ou nervosismo, sensação de que algo ruim vai acontecer, falta de concentração, medo

constante, pensamentos descontrolados, preocupação em excesso, insônia, irritabilidade, são os sintomas psicológicos mais predominante da ansiedade.

Os sintomas físicos mais predominantes são dor ou aperto no peito e taquicardia, respiração ofegante ou falta de ar, sudorese, tremores nas mãos ou em outra parte do corpo, cansaço, boca seca, náusea, tensão muscular, dor de barriga ou diarreia.

5.1. SÍNDROME DO PÂNICO

O Transtorno de Pânico é um dos tipos do Transtorno de Ansiedade, que tem como principal característica os Ataques de Pânico. De acordo com Muotri (2007), o ataque de pânico são crises súbitas de mal-estar e sensação de perigo ou morte iminente, acompanhadas de diversos sintomas físicos. Como Varella (2014) os ataques de pânico são ocorrências repentinas, inesperadas e inexplicáveis de crises de ansiedade aguda marcadas por muito medo e desespero, associados a sintomas físicos e emocionais.

Conforme Salum, Blaya e Manfro (2009), os ataques de pânico alcançam intensidade máxima em 10 minutos, e acarretam preocupações persistentes ou modificações importantes de comportamento em relação à possibilidade da ocorrência de novos ataques. Segundo Varella (2014), durante o ataque de pânico o indivíduo experimenta a nítida sensação de que vai morrer, ou de que perdeu o controle sobre si mesmo e vai enlouquecer.

De acordo com a quarta DSM-TR, escrita em 2002, o principal aspecto do Transtorno de Pânico é a presença de Ataque de Pânico, recorrente e inesperado, seguidos de um mês de preocupação em relação a possibilidade de se ter um novo ataque de pânico, preocupação com as implicações ou consequências desses ataques, ou modificações comportamentais significativa causadas pelos ataques.

Como Muotri (2007), o Transtorno de Pânico é uma condição médica crônica, diagnosticado em aproximadamente 10% dos indivíduos encaminhados para consultas de saúde mental. As taxas de prevalência variam de 10 a 30% em clínicas de neurologia, otorrinolaringologia e doenças respiratórias, e até 60% nos consultórios de cardiologia.

O Ataque de Pânico faz parte do sistema cerebral de alerta e defesa normal do organismo. De acordo Muotri (2007), é uma reação desencadeada em situações de perigo com risco iminente de destruição desse organismo. Assim, a vivência emocional de um ataque de pânico é aversiva, por interromper qualquer comportamento.

A preocupação em relação a possibilidade de se ter um novo ataque de pânico, conhecido como estado de ansiedade antecipatório tem como função preparar o indivíduo para um próximo ataque de pânico, como um estado emocional designado para um evento traumático já em processo.

Segundo Varella (2014), as primeiras crises costumam se manifestar na adolescência ou no início da idade adulta. As crises podem se repetir de forma aleatória, várias vezes ao mesmo dia ou demorar semanas, meses e até anos para surgirem novamente. As crises também podem ocorrer durante o sono.

Associado ao Transtorno de Pânico existe outra fobia, conhecida como Agorafobia, que é um distúrbio da ansiedade onde o indivíduo tem medo de encontrar-se em espaços abertos com muita gente ou em lugares fechados, onde ele não conseguirá se locomover caso tenha um ataque de pânico.

Para Varella (2014), o transtorno de pânico atinge mais indivíduos do sexo feminino, do que indivíduos do sexo masculino. Essa frequência está associada à sensibilização das estruturas cerebrais pela flutuação hormonal, visto que a incidência de pânico aumenta no período fértil da vida.

Os principais sintomas do Transtorno de Pânico são medo de morrer, medo de perder o controle e enlouquecer, despersonalização (impressão de desligamento do mundo exterior, sensação de estar em um sonho), desrealização (distorção da realidade, vivendo em uma fantasia), dor e/ou desconforto no peito, palpitação e taquicardia, sensação de falta de ar e de sufocamento, asfixia, sudorese, náusea ou desconforto abdominal, tontura ou vertigem, ondas de calor e calafrios, adormecimento e formigamento, tremores, abalos e estremeamento.

6. TRABALHO MULTIPROFISSIONAL ENTRE PSICOLOGO E EDUCADOR FISICO

Define-se como pessoa saudável aquela que tem o bem-estar físico, mental e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Partindo deste ponto, segundo Fialho et al. (2013), estudos mostram que a junção da prática de atividade física regularmente, alimentação adequada e bem-estar afetivo-emocional, contribuem para conservação da saúde em qualquer idade.

Pensando nisso, cabe a indagação: O que é trabalho multiprofissional?

De acordo com Minelli, Soriano e Fávoro (2009), a esfera da saúde tem um campo de atuação com mais de uma dezena de camadas profissionais, entre elas medicina, fisioterapia, nutrição, psicologia, educação física, fonoaudiologia e entre outras. Essa ligação de diversos profissionais é conhecida como Equipe Multiprofissional (Ibid, p.37), que é a união de dois ou mais profissionais de diferentes especialidades com o intuito de suprir as fragmentações do conhecimento, tendo uma troca de informações de diferentes especialidades com o objetivo de resolver um determinado problema, suprimindo as lacunas existentes em diversos pontos da vida humana, como social, físico, psicológico, entre outros.

Segundo a reportagem da Revista Brasileira de Hipertensão (2002), a abordagem multiprofissional é muito útil para o atendimento ambulatorial, pelo fato desse tipo de equipe dar aos pacientes e à comunidade motivação para adotar atitudes que melhorem a saúde de modo efetivo e permanente.

Nesse sentido, o que determina uma equipe multiprofissional, é a filosofia de trabalho, a necessidade de se respeitar a individualidade de cada formação, conhecer a individualidade de cada participante da equipe, além de adaptar o local de trabalho a sua realidade. O objetivo é o bem-estar dos pacientes e da comunidade.

De acordo com Trabalho (2013), na equipe multiprofissional a comunicação entre os membros é importante e faz parte do cotidiano dos profissionais. É uma modalidade coletiva com o foco na articulação das ações e na interação dos membros.

Conforme Peduzzi (2001) a comunicação entre os profissionais decorre de uma relação mútua entre o trabalho e a interação. E pode ocorrer de três maneiras diferentes: A primeira é quando a comunicação aparece externa ao trabalho, mesmo

que ela deva acontecer, ela não acontece ou acontece apenas como instrumentalização da técnica; a segunda forma de comunicação é aquela apenas de caráter pessoal, onde o foco acaba sendo as relações pessoais baseadas na amizade e camaradagem; a terceira e última, é aquela comunicação idealizada e cometida como dimensão essencial ao trabalho em equipe, obtendo elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns, até mesmo cultura comum, criando um projeto assistencial comum, que seria a ideal dentro de uma equipe multiprofissional.

O projeto assistencial comum é responsável pela dinâmica diária de trabalho e de interação, constitui um plano de ação para um caso real de trabalho coletivo em equipe. Os profissionais a partir de uma realidade dada, dentro do campo de possibilidades, montam através do trabalho e da comunicação, um projeto relacionado às necessidades de saúde. (Peduzzi, 2001).

Partindo deste ponto e dos tipos de trabalho em equipe criados por Peduzzi, o que mais aparenta ser o certo a se basear na criação de uma equipe multiprofissional na área da saúde, é a Equipe de integração, onde segundo Pereira (2011), caminha para a integração tanto da técnica dos profissionais como dos profissionais em si.

Um exemplo que podemos usar é de um paciente diabético cujo qual faz tratamento em nível ambulatorial, e é encaminhado pelo médico para uma nutricionista que por sua vez o encaminha para um educador físico e um psicólogo. Pensando nesse exemplo, em uma equipe multiprofissional, teria que haver entre os profissionais citados, conforme Pereira (2011), em conjunto uma articulação das ações e uma interação entre os profissionais através da comunicação, onde elaboraria uma linguagem, um objetivo, um projeto para o tratamento deste paciente.

De acordo com Pereira (2011), qualquer enfermidade ou problema que não é resolvido em um determinado campo de conhecimento, abre espaço para outras áreas do saber. Assim, surgindo uma equipe multiprofissional, de acordo com as características descritas anteriormente, criando uma recomposição dos trabalhos especializados na esperança do trabalho integral à saúde.

Para que uma equipe trabalhe com eficácia, é necessário que os profissionais tenham conhecimentos, habilidades e atitudes particulares, como capacidade de monitorar a atuação de cada um, o conhecimento de suas próprias responsabilidades e do parceiro, e disposição para trabalhar em equipe. Entretanto,

a equipe multiprofissional não esta liberta de conflitos e confrontos, porém, ambos devem ser vistos como oportunidades de aprendizado e de troca de informações. (Pereira, 2011)

Um exemplo de equipe multiprofissional implantado nos dias atuais é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) criado em 2008, que consiste em uma equipe de profissionais de diversas áreas e serve de apoio para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Atenção Básica, compartilhando os conhecimentos, Portal da Saúde, (2017).

O NASF é dividido em equipes composta por no mínimo três profissionais graduados como: psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos ginecologistas, profissionais de educação física, médicos homeopatas, nutricionistas, acumpunturistas, pediatras, psiquiatras e terapeutas ocupacionais (Pacheco e Soares, 2016).

Reforçando essa visão de equipe multiprofissional para saúde, segundo Schuh et al. (2015), a Educação Física vem sendo reconhecida como importante na inserção em projetos voltados para promoção e prevenção de saúde, indo além do aperfeiçoamento físico. Assim, começou a ser vista como uma área coadjuvante na melhora da saúde física e mental devido a pratica regular de atividade física ajudar a melhorar o bem-estar psicossocial, reduzir o estresse, a ansiedade e a depressão.

De acordo com Pacheco e Soares (2016), a inatividade física da população atendida pela Atenção Básica da Saúde (ABS) é o maior fator que demonstra a importância do profissional de Educação Física nas equipes multiprofissionais. Esse fator é causado tanto pelo fator socioeconômico quanto pela cultura.

Ainda analisando a obra de Pacheco e Soares (2016), os autores afirmam que as atividades físicas apresentadas pelo profissional de educação física nas equipes multiprofissionais devem levar em conta a expectativa da saúde humanizada, integral, se preocupando com os aspectos socioculturais, econômicos, políticos e históricos da região onde estão instalados.

Com isso, Pacheco e Soares (2016) afirmam que o profissional deverá estar bem preparado, já que além de exercer a sua função, que é a do ensino da atividade física, deverá exercer atividades de gestão e políticas de saúde. O autor ainda menciona a importância dos profissionais de educação física em equipes multiprofissionais para haver um maior incentivo quanto a prática de atividade física, além de conscientizar que a atividade física pode diminuir o agravamento e estragos

de algumas doenças como diabetes, hipertensão, obesidade. Auxiliando, desse modo, aos usuários do SUS terem um bem-estar físico e mental.

Já os profissionais de psicologia de acordo com Pereira (2011), vem para curar a ausência de cuidados mentais na saúde básica, contribuindo também para um processo de reflexão da própria equipe sobre o seu trabalho em si. A psicologia, portanto, tem um papel de grande importância na vida humana, tanto no trabalho, família, relações sociais e na saúde (Tonetto e Gomes, 2017).

Conforme Saldanha, Rosa e Cruz (2013), o profissional de saúde age tanto no cuidado quanto na cura. As pessoas que estão em estado de enfermidade, acabam por consequência criando ou evoluindo doenças psicológicas, como ansiedade, angústia, depressão, entre outras. Um dos motivos para este tipo de acontecimento, segundo o autor, é a falta de conhecimento da enfermidade.

A psicologia nas equipes multiprofissionais vem para restaurar a esperança de que a dor seja compreendida de forma mais humanizada, que não seja tratada como apenas uma enfermidade orgânica, mas sim a enfermidade como um todo, que seja considerado no tratamento os sentimentos ocasionados pela enfermidade, tanto ao paciente quanto às pessoas de seu convívio. Vem também no intuito de acalmar o emocional do indivíduo e das pessoas de seu convívio, analisando como a enfermidade tem influenciado o estado psíquico. (Saldanha, Rosa e Cruz, 2013).

Contudo, conforme matéria da Revista Brasileira de Hipertensão (2002), as vantagens de uma equipe multiprofissional consiste em um número maior de pacientes adotando hábitos de vida saudáveis, podendo assim transmitir esses hábitos para outras pessoas; e crescimento profissional, através da troca de informações. De acordo com Saraiva (2015), a equipe multiprofissional melhora o atendimento à população, diminuindo o tempo desta dentro de hospitais em casos de internação. Além desta oferecer um tratamento individualizado e personalizado, já que a equipe tem uma formação focada nas precisões do indivíduos.

Segundo Velloso (2005), a equipe multiprofissional hoje é um fato evidente e imprescindível em todas as redes de saúde que visam promoção de saúde e qualidade de vida da população.

7. CONSIDERAÇÃO FINAL

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise da importância do trabalho multiprofissional entre psicólogos e educadores físicos para o manejo da ansiedade. A psicologia pode entrar na equipe multiprofissional para tratar a enfermidade não apenas como orgânica, mas sim pensando nos aspectos sociais, ambientais e socioculturais, refletindo sobre o sujeito e o contexto em que ele vive. Outro papel exercido pelo psicólogo é o de viabilizar a comunicação da equipe multiprofissional, ou seja, ajudar, por exemplo, que o profissional de educação física, o fisioterapeuta, o médico, o paciente, entre outros a conseguirem estruturar um plano de atividades (físicas ou não) eficientes para se obter resultados positivos (em relação a saúde e ao funcionamento eficiente do grupo).

Já o Profissional de Educação Física vem principalmente com o foco na prevenção da saúde física, que certamente afeta também o emocional, e a consciência corporal das pessoas, de modo a casar força, limites, flexibilidade e superação pessoal, não se limitando por tanto apenas ao aperfeiçoamento físico.

Nesse sentido, a pratica regular de atividade física pode ajudar na melhora do bem-estar psicossocial de modo a reduzir o estresse, a ansiedade e a depressão, como Schuh et al. (2015) fala em seu trabalho.

Por isso, o Profissional de Educação Física deve se preocupar com aspectos socioculturais, econômicos, políticos e históricos do indivíduo que estão trabalhando, além de conscientizar que a atividade física pode diminuir o agravamento e estragos de algumas doenças como: diabetes, hipertensão, obesidade.

Assim, indo de encontro com essa realidade acima exposta, o psicólogo deve auxiliar o Educador Físico a entender esses aspectos socioculturais, econômicos, políticos e históricos do individuo. Auxiliando, assim, no êxito das pessoas adquirirem um bem-estar tanto físico, quanto mental.

A titulo de elucidar a conclusão, pode-se pensar numa hipotética realidade ambulatorial, ou das equipes de saúde como um todo (Centro de Referência em Assistência Social – CRAS, Posto de Saúde da Família – PSF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF): um paciente diabético em tratamento de nível ambulatorial, ao ser diagnosticado com tal problema é encaminhado pelo médico para uma nutricionista que após o planejamento/reeducação alimentar conversa com o profissional de educação física explicando as necessidades do paciente para

elaborar um treino eficiente. E o psicólogo poderia atuar tanto em questões pessoais daquele que recebe assistência, entende-se aqui psicoterapia, ou atuar diretamente com a equipe multiprofissional ajudando na comunicação entre o médico, a nutricionista, o profissional de educação física e o paciente.

Finalizando, pode-se inferir que o trabalho multiprofissional é uma saída eficiente tanto para as instituições sejam públicas, ou privadas (dos mais variados seguimentos), quanto para aqueles que recebem assistência, pois os profissionais respeitando as próprias limitações irão complementar o trabalho uns dos outros de maneira harmônica e conseqüentemente os resultados desse tipo de equipe serão mais eficazes.

8. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S. R. C. de; MELLO, M. T. de; LEITE, J. R. Trastorno de Ansiedad e Exercício Físico. **Revista Brasileira Psiquiátrica**, São Paulo, v. 2, n. 29, p.164-171, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000200015>. Acesso em: 11 Out. 2016.

CASTILLO, Ana Regina Gi et al. Transtornos de ansiedad. **Revista Brasileira Psiquiátrica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.20-23, dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3791.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

COUTINHO, Fernanda Corrêa; DIAS, Gisele Pereira; BEVILAQUA, Mário Cesar do Nascimento. História. In: NARDI, Antonio Egidio; QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da. **Transtorno de Ansiedade Social: Teoria e Clínica**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2014. p. 17. Disponível em: <http://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/x/cxe.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2017.

DEUS, Persio Ribeiro Gomes de. **Ansiedade: Sintomas, tratamento e causas**. Disponível em: <<http://www.minhavidacom.br/saude/temas/ansiedade>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

FIALHO, Alex et al. O imaginário coletivo de estudantes de educação física sobre vida saudável. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, São Paulo, v. 3, n. 36, p.626-631, jan. 2013. Disponível em: <<http://revista.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/view/1461/951>>. Acesso em: 05 jul. 2017.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da Ufrgs, 2009. 104 p. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MACKENZIE, K. **Ansiedade e Ataques de Pânico**. Curitiba: Fundamentos, 2015. 133 p.

MINELLI, Daniela Schwabe; SORIANO, Jeane Barcelos; FÁVARO, Paula Evelise. O profissional de Educação Física e a intervenção em equipes multiprofissionais. **Revista de Educação Física da Ufrgs: Movimento**, Porto Alegre, v. 15, n. 04, p.35-62, out. 2009. Trimestral. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/5324>>. Acesso em: 05 jul. 2017.

MUOTRI, R. W.; NUNES, R. P.; BERNIK, M. A. Exercício aeróbio como terapia de exposição a estímulos interoceptivos no tratamento do transtorno de pânico. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo, v. 13, n. 3, p.327-330, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922007000500009>. Acesso em: 8 nov. 2016.

PACHECO, Rafael Spiller; SOARES, Maria Cecília L. B.. A atuação do profissional de Educação Física em equipes multidisciplinares da saúde pública e privada. **Ensaio & Diálogos**, Rio Claro, v. 1, n. 9, p.139-158, jul. 2016. Disponível em: <<https://intranet.redeclaretiano.edu.br/download?caminho=/upload/cms/revista/sumarios/517.pdf&arquivo=sumario6.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2017.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, fev. 2001. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 jun. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>.

PEREIRA, Renata Cristina. **O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes**. 2011. 135 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências na área de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

POLONI, Maria de Lourdes. **Ansiedade: Normal ou Patológica**. 2016. Disponível em: <<http://www.psicoafins.com.br/ansiedade-normal-ou-patologica/>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

Portal da Saúde. **O que é o NASF?** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php>. Acesso em: 20 set. 2017.

PRAÇA, Fabíola Silva Garcia. METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA: ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL E OS DESAFIOS PARA REDIGIR O TRABALHO DE CONCLUSÃO. **Revista Eletrônica “diálogos Acadêmicos”**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 8, p.72-87, jan. 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/283467955_METODOLOGIA_DA_PESQUISA_CIENTIFICA_ORGANIZACAO_ESTRUTURAL_E_OS_DESAFIOS_PARA_REDIGIR_O_TRABALHO_DE_CONCLUSAO>. Acesso em: 11 jun. 2017.

RAMPAZZO, Lino. Unidade III: A Pesquisa. In: RAMPAZZO, Lino. **Metodologia científica: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação**. 7. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2013. Cap. 3. p. 49-60.

SALDANHA, Shirlei de Vargas; ROSA, Aline Badch; CRUZ, Lilian Rodrigues da. O Psicólogo Clínico e a equipe multidisciplinar no Hospital Santa Cruz. **Revista Sbph**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.185-198, jun. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v16n1/v16n1a11.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2017.

SALUM, Giovanni Abrahão; BLAYA, Carolina; MANFRO, Gisele Gus. Transtorno do Pânico. **Revista Psiquiatra**, Porto Alegre, v. 2, n. 31, p.86-94, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n2/v31n2a02>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

SARAIVA, Dora Maria Ricardo Fonseca. **A importância das equipas multidisciplinares**. Disponível em: <<http://www.atlasdasaude.pt/publico/content/importancia-das-equipas-multidisciplinares>>. Acesso em: 19 set. 2017.

SARDINHA, A.; LEVITAN, M. N.; LOPES, F. L.; PERNA, G.; ESQUIVEL, G.; GRIEZ, E. J.; NARDI, A. E. Tradução e adaptação transcultural do Questionário de Atividade Física Habitual. **Rev Psiq Clín.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 37, p.16-22, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000100004>. Acesso em: 8 nov. 2016.

SCHUH, Laísa Xavier et al. A inserção do profissional de educação física nas equipes multiprofissionais da estratégia saúde da família. **Saúde**, Santa Maria, v. 41, n. 1, p.29-36, jan. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/viewFile/10514/pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2017.

SIGNIFICADO de Pesquisa qualitativa. Disponível em: <<https://www.significados.com.br/pesquisa-qualitativa/>>. Acesso em: 11 jun. 2017.

STRÖHLE, Andreas et al. The Acute Antipanic Activity of Aerobic Exercise. **Am J Psychiatry**, Berlim, v. 12, n. 162, p.2376-2378, dez. 2005. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.162.12.2376>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

TRABALHO em Equipe Multiprofissional. 2013. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/trabalho-em-equipe-multiprofissional/25870>>. Acesso em: 01 set. 2017.

TONETTO, Aline Maria; GOMES, William Barbosa. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Jornal Livre**. Porto Alegre, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.jornallivre.com.br/16123/a-pratica-do-psicologo-hospitalar-em-equipe-multidisciplinar.html>>. Acesso em: 19 set. 2017.

VARELLA, Drauzio. **Síndrome/Transtorno do Pânico**. 2014. Disponível em: <<https://drauziovarella.com.br/letras/p/transtornosindrome-do-panico/>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

VELLOSO, Cid. Equipe Multiprofissional de Saúde. **Revista Educação Física**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 17, p.24-26, set. 2005. Disponível em: <<http://www.cehmob.org.br/wp-content/uploads/2016/09/Equipe-multiprofissional-de-saude.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2017.

IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial: Abordagem multiprofissional. Abordagem multiprofissional. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p.379-382, out. 2002. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-4/abordagem.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2017.