



RBO volume 68 • nº 2 de 2011

Fundada em 1943 por Orandino Prado Filho, Antônio Leme Jr. e Homero Coutinho. Publicação semestral editada pela Associação Brasileira de Odontologia - Seção Rio de Janeiro - CNPJ 34.052.217/0001-67 / A RBO é indexada pela Index Dental to Literature, BBO, Lilacs, Latindex, Scirus for Scientific Information Only, Ulrich's Directory Periodicals, Medline e Pubmed

**Diretor**

Hélio Pereira Lopes

**Assessor**

Jonas Capelli Jr.

**Publicidade**

revista@aborj.org.br

Tel.: (21) 2504-0002 ramal: 233

Roberto Fonseca

Tel.: (21) 2580-4277 / 9965-2617

**Produção**

Núcleo de Comunicação da ABO-RJ

**Editora e Jornalista Responsável**

Cíntia de Assis (MTB 20209)

**Designer Gráfico Responsável**

Marcos C. Pimenta

**Editoração online**

Luciana Manta (CRB-74451)

**Ajudante Administrativo**

Luciano Carvalho

**Revisora (abstracts)**

Aline Luz

**Redação e Administração**

Sede ABO-RJ - R. Barão de Sertório, 75

Rio Comprido - Rio de Janeiro - RJ/Brasil

CEP: 20.261-050 - Tel.: (21) 2504-0002

(ramal: 233) Fax: (21) 2504-3859

site: www.aborj.org.br

**RBO online:** www.revista.aborj.org.br

**E-mail:** revista@aborj.org.br

**Assinatura pelo período de 24 meses:**

R\$ 170,00 (4 exemplares)

**Venda avulsa:** R\$ 50,00

**Tiragem:** 4 mil exemplares



## Dever cumprido

**A**os 15 anos como diretor da Revista Brasileira de Odontologia (RBO), deixo o cargo com o sentimento de dever cumprido. Além do dever cumprido, certamente alcançamos mais vitórias do que derrotas.

A maior vitória, sem dúvida nenhuma, foi manter incólume a periodicidade da RBO, fundada, em 1943, pelos brilhantes membros da Associação Brasileira de Odontologia Seção Rio de Janeiro (ABO-RJ) Orandino Prado Filho, Antônio Leme Jr. e Homero Coutinho.

Essa conquista não teria sido alcançada sem o apoio irrestrito dos presidentes Leovirgílio Furtado de Oliveira e Paulo Murilo Oliveira da Fontoura.

Quero por essas simples palavras agradecer a todos os colaboradores de matérias e a todos os autores de artigos científicos a confiança depositada e a credibilidade externadas à RBO.

Aos leitores da revista o meu agradecimento pelas críticas e opiniões externas. Divergências entre opiniões ocorreram, porém nunca entre os indivíduos e sempre em busca de um melhor resultado para a Odontologia. Não é feio mudar de opinião, mas sim não ter opinião para mudar.

Finalizando, quero agradecer a toda a equipe do Núcleo de Comunicação da ABO-RJ, departamento este responsável pela editoração e design da revista pelo empenho e extrema dedicação demonstrados.

Ao novo diretor da RBO, muito sucesso é o que desejo.



**Diretor da RBO / Hélio Pereira Lopes**  
revista@aborj.org.br

### Conselho Executivo da Associação Brasileira de Odontologia - Seção RJ

Presidente: Paulo Murilo O. da Fontoura; 1º Vice-Presidente: Sergio Toniasso; 2º Vice-Presidente: Nedi Soledade M. Rocha; Secretário Geral: Ivan do Amaral Pereira; 1º Secretário: Jeferson Corato; Diretor de Finanças: Aercio T. de Carvalho; 1º Tesoureiro e Administrador das Clínicas do CAP: Nataldo Borges Filho; Diretor Social: Elaine Audi Lima; Diretor de Atividades Científicas: Renato da Fontoura; Diretor da Revista: Hélio Lopes; Diretor da Biblioteca e Videoteca: Paulo Sérgio Vanzillotta; Diretor do Jornal: Ismael Olímpio de Oliveira; Diretor do CAP: Débora Helena Yassuda; Diretora de Representação Social: Iracema Von Uslar; Diretor do Fundo de Beneficência: Sergio Toniasso; Diretor do Museu Salles Cunha: Thales de Magalhães; Diretor de Patrimônio: Ivan Pereira; Diretor de Atividades Comunitárias: Celson Couri; Diretor de Atividades Estudantis: Mauro Piragibe Jr.; Diretor de Congressos: Paulo Murilo da Fontoura Jr.; Diretor de Ex-Alunos: Francisco Mary; Diretor de Eventos: Jonas Bittar; Diretor de Convênios e Credenciamentos: Celso Senna Assessores - Ivan Lourenço Filho; Gilberto de Brito; Roberto Braga de Carvalho Vianna

**148**

Do especialista para o clínico  
Entrevista Dr. Rodrigo Pinheiro Ribeiro

**150**

Janela Aberta  
Responsável pela seção: Márcia Valéria Boussada Vieira  
Ansiedade e pânico: problemas da contemporaneidade?  
Eucineia Figueira de Mattos

**152**

Fratura dos instrumentos endodônticos. Recomendações clínicas

*Fracture of endodontic instruments. Clinical recommendations*  
Hélio P. Lopes, Letícia de Souza, Víctor L. Vieira, Adriana Maria V. Silveira, Márcia Valéria B. Vieira, Carlos Elias

**157**

A importância do prontuário odontológico – com ênfase nos documentos digitais

*The importance of dental records – with emphasis on digital documents*

Analuiza Sarmento Saraiva

**161**

Princípios biológicos do tratamento endodôntico de dentes com polpa viva

*Biological principles of endodontic treatment of teeth with vital pulp*

José F. Siqueira Jr., Isabela N. Rôças, Hélio P. Lopes, Flávio Alves, Julio Cezar M. Oliveira, Luciana Armada, José Provenzano

**166**

Percepção de responsáveis sobre medo odontológico e técnica alternativa para remoção de cárie

*The caregivers' perception of dental fear and alternative technique for caries removal*

Fernanda Lopes, Rafael de Lima Pedro, Lívia Antunes, Luciana Pomarico, Lucianne Cople Maia

**171**

Intoxicação ocupacional pelo benzeno: um assunto de saúde ambiental

*Occupational poisoning by benzene: a matter of environmental health*

Gisele Monteiro Moreira, Sabrina Fernandes Gomes

**175**

Verificação da força de mordida e da atividade elétrica dos músculos masseteres durante a mastigação em laringectomizados totais

*Verification of bite force and the electrical activity of masseters muscles during chewing in laryngectomized*

Gerlane Karla Nascimento, Leilane Maria de Lima, Cristina Rodrigues, Renata da Cunha, Daniele da Cunha, Hilton da Silva

**180**

Localizadores apicais na determinação do comprimento de trabalho: a evolução através das gerações

*Apex locators in determining the working length: the evolution through the generations*

Thaís Medeiros da Silva, Flávio Rodrigues F. Alves

**186**

Avaliação de aderência dos estudantes de Odontologia em relação ao controle de infecções

*Evaluation of infection control adherence in Dental school students*

Aline Letieri, Natália dos Santos Oshiro, Lillian de Lima, Vanessa Andrade, Anna Thereza Leão, Sandra Regina Torres

**191**

Laser de CO<sub>2</sub> no controle da desmineralização do esmalte: uma análise crítica

*CO<sub>2</sub> laser in the control of enamel demineralization: a critical analysis*

Renata Siqueira Scatolin, Carina Thaís de Almeida e Silva, Maria Criatina Dorsatto, Silmara Aparecida Corona

**196**

Utilização do teste com o azul de toluidina como método auxiliar no diagnóstico de lesões orais

*Toluidine blue test as an auxiliary method for the diagnosis of oral lesions*

Terezinha Lisieux L. Calandro, Juliana Werneck, Simone Gonçalves Arley Silva Jr. Eliane Pedra Dias

**200**

Avaliação digital da densidade base velamento e contraste obtidos de filmes radiográficos periapicais processados em diferentes câmaras escuras portáteis

*The digital evaluation of the base density plus fog and contrast obtained from periapical radiographic films processed at different portable darkrooms*

Wilton Takeshita, Lillian Cristina Iwaki, Mariliane Chicarelli da Silva, Neli Perialisi, Amanda Yamashita, Marília Zeczowski

**205**

Avaliação dos níveis de mercúrio sistêmico em profissionais da Odontologia. Parte III: avaliação transversal

*Evaluation of systemic mercury levels in dental professionals. Part III: cross-sectional evaluation*

Marcelo Tomás de Oliveira, Humberto Nesi, Grasiela Fretta, Henrique Vieira Constantino

## 209

Conhecimento e importância atribuída a conteúdos curriculares de Patologia Oral por estudantes de Odontologia e cirurgiões-dentistas  
*Knowledge and importance attached to curricular contents of Oral Pathology by students and dentists*

Adriana Zanardi Souza, Danielle Conde, Rafael Arouca, Renato Sampaio

## 216

Matéria de Capa

**Perigo Silencioso** - Cíntia de Assis

## 220

Mortalidade por acidentes de trânsito e ocorrência de fraturas maxilofaciais

*Mortality due to traffic accidents and occurrence of maxillofacial fractures*

Alessandro Leite Cavalcanti, Barbara Monteiro, Thaliny de Oliveira, Rodrigo Ribeiro, Brenda Monteiro

## 225

*Arnica montana* e desordens musculares mastigatórias

*Arnica montana and disorders masticatory muscle*

Valquiria Quinelato, Alex Balduino, Josemar Guimarães

## 229

Erosão ácida em Odontopediatria: um desafio dos nossos dias

*Acid erosion in Pediatric Dentistry: a challenge of our days*

Dafne Apelbaum, Luciana Pomarico, Andrea Valente

## 233

Regeneração óssea guiada utilizando membrana reabsorvível fixada com etilcianoacrilato

*Guided bone regeneration using membrane fixed with*

Nayla Pereira, Lumena Souza, Licia Soares, Isidra Manoela Santos, Karine Sousa de Araújo

## 238

Falhas em restaurações com facetas laminadas: uma revisão de literatura de 20 anos

*Failures in laminate veneers: a review of 20 years*

Mariana Gonzalez, Fernanda Ritto, Raimundo Alexandre Lacerda, Hélio Sampaio, Antonio Monnerat, Bruno Pinto

## 244

Hiperplasia endotelial papilar intravascular em língua: relato de caso

*Intravascular papillary endothelial hyperplasia in tongue: case report*

Gisele Moreira, Igor Castro-Silva, Eliane Pedra Dias, Simone Lourenço

## 248

Marketing em Odontologia: uma ferramenta que faz a diferença

*Marketing in Dentistry: a tool that makes the difference*

Naiana Viola, Ana Carolina Oliveira, Edvani Dotta

## 252

Efeito do método de fotoativação e armazenamento de um compósito na sua resistência coesiva

*Effects of cohesive strength of a composite after photoactivation and storage media*

Isabela Caldas, Rebecca Cruz, Hélio Rodrigues Sampaio-Filho

## 256

Liberação de flúor dos compósitos Superbond® e Ultrabond®: estudo *in vitro*

*Release of fluoride composites Superbond® and Ultrabond®: study in vitro*

Matheus Pithon, Leila Batista, Ana Carolina de Andrade, Alline Fernandes, Rogério dos Santos

## 260

Análise da natureza da responsabilidade civil do ortodontista e seu impacto na prática da especialidade

*Analysis of the nature of the liability of the orthodontist and its impact on the practice of this specialty*

Nida Maria de Oliveira, Marcelo Tomás de Oliveira, Alvaro Furtado

## 264

Avaliação dos níveis de mercúrio sistêmico após remoção de restaurações de amálgama

*Evaluation of systemic mercury levels after replacement of amalgam restoration*

Marcelo de Oliveira, Gustavo Molina, Jéferson Pereira, Henrique Constantino

## 268

Associação da autopercepção de saúde bucal com parâmetros clínicos orais

*Association of self-perception of oral health with clinical oral parameters*

Gabriella Soares, Rafaela das Mercês Batista, Eliana Zandonade, Adauto Oliveira

### RBO ONLINE

A RBO também pode ser consultada na web. É muito fácil navegar pela página. O leitor precisa primeiro fazer seu cadastro e com isso ter acesso aos artigos científicos da RBO. Basta seguir as instruções contidas na página. Já estão disponíveis os números 1 e 2 de 2008 até n. 1 e 2 de 2011. O usuário também pode consultar a periodicidade, histórico, ficha técnica, indexação, conceituação e as diretrizes para autores, onde estão as normas para publicação. O endereço da RBO online é [www.revista.aborj.org.br](http://www.revista.aborj.org.br) ou o internauta pode também acessar pelo site [www.aborj.org.br](http://www.aborj.org.br).



## Do especialista para o clínico



*O clínico Marcelo Traitel entrevista Dr. Rodrigo Pinheiro Ribeiro, mestre em Ciência dos Materiais, área de concentração Biomateriais, pelo IME, chefe da Clínica de Cirurgia da Odontoclínica Central da Polícia Militar, membro do Centro de Atenção Especializada em Cirurgia Craniomaxilofacial do INTO/MS, membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela UFRJ.*

**1. Na atualidade, quais os biomateriais que podem ser utilizados para o levantamento de seios maxilares, objetivando a colocação de implantes em região posterior de maxila. Em sua opinião, qual o melhor destes métodos? Por quê?**

Os biomateriais para enxerto possuem diversas formas de classificação, entre as mais utilizadas então a sua origem: autógeno, homogêneo, xenógeno ou aloplástico e o seu modo de ação: osteoindutores e osteocondutores.

Historicamente, o melhor material, aquele considerado “padrão ouro” é o osso autógeno, mas as suas excelentes propriedades são acompanhadas da morbidade na sua obtenção. Por isso, variados estudos estão sendo realizados com a utilização de osso originado de banco de ossos, com resultados promissores, assim como aloplásticos e xenógenos, estes com acompanhamento horizontal de longo prazo e resultados satisfatórios na osteointegração de implantes.

Atualmente, tenho utilizado uma associação de osso autógeno com material aloplástico, procurando as propriedades do primeiro com o volume disponível do segundo.

**2. As cirurgias ortognáticas devem seguir qual planejamento? Quando um cirurgião-dentista clínico diagnostica o paciente com tal necessidade, como este deve proceder?**

Tradicionalmente, inicia-se com o tratamento ortodôntico para adequação e harmonização dos arcos dentários, realiza-se a cirurgia e é retomada a ortodontia para finalização do caso.

Recentemente, uma nova abordagem vem sendo utilizada, em casos selecionados, onde se opera o paciente primeiro e posteriormente é realizado o tratamento ortodôntico. Chamamos de “benefício antecipado”.

Caso o colega detecte a necessidade em algum paciente de realizar a cirurgia ortognática ele pode encaminhá-lo tanto a um ortodontista quanto um cirurgião bucomaxilofacial. Ambos estão aptos a recebê-lo e o sucesso no trata-

mento só será obtido com um bom trabalho conjunto.

**3. Materiais poliméricos biocompatíveis podem ser usados na enxertia óssea de lesões extensas de face? Como é o processo de escolha e fixação destes materiais. Podem estes materiais substituir o osso humano?**

Sim, alguns materiais poliméricos podem ser utilizados na substituição ao osso humano, desde que não existam grandes exigências mecânicas na área a ser reparada.

A escolha do material está relacionada às características desta área: tamanho, região da face e exigências mecânicas. Com estes dados selecionamos aquele que possuir as melhores propriedades mecânicas e químicas.

A fixação normalmente é realizada com placas e parafusos ou somente com parafusos. Estes podem ser de titânio ou material polimérico.

**4. Quando o paciente possui alguma fratura facial ele pode ser tratado com a utilização de placas e parafusos de titânio. Após a consolidação da fratura, este material deve ser retirado? Há algum risco de rejeição?**

O titânio é um metal biocompatível, não havendo risco de rejeição do mesmo. Não há uma indicação rotineira de remoção do material de síntese óssea, apenas o fazemos no caso de alguma queixa do paciente. Estas ocorrem geralmente por um dos seguintes motivos: exposição das placas e parafusos, intra ou extrabucal; sensibilidade às mudanças de temperatura, normalmente ao frio; posicionamento dos parafusos impede a reabilitação com implantes osteointegrados.

**5. De quais áreas doadoras podemos obter osso autógeno para enxertia mandibular, visando a fixação de implantes em região posterior de mandíbula? Qual destas áreas é a mais indicada atualmente e por quê?**

As áreas doadoras podem ser intra ou extraorais, dependendo da quantidade óssea necessária. A fíbula, calota craniana e especialmente o ilíaco são as áreas de eleição quando precisamos de um maior volume.

Na região intraoral, a tuberosidade maxilar, o mento e a região retromolar são as escolhidas. A primeira origina um volume ósseo muito baixo, sendo indicada apenas em pequenos defeitos. O mento e a região retromolar são as mais usadas.

Particularmente prefiro a segunda, pois apesar do risco de lesão ao nervo alveolar inferior, minimizado com planejamento adequado e uso da técnica cirúrgica correta, apresenta um pós-operatório com menor morbidade.

**6. Quando um cirurgião-dentista clínico deve encaminhar ao especialista em cirurgia um paciente que apresenta um elemento dentário indicado para exodontia? Existe algum procedimento cirúrgico que o clínico está habilitado a realizar?**

Eu acredito que o bom senso deva sempre nortear as decisões profissionais. Sendo assim, caberá ao cirurgião-dentista clínico avaliar a sua capacidade técnica, conhecimento científico associado à experiência, para realizar cada procedimento.

O bem-estar do nosso paciente deve sempre ser colocado em primeiro lugar, então quando a sua avaliação mostrar que o paciente será melhor atendido por um especialista o mesmo deverá ser indicado.

Este conceito é válido para qualquer especialidade.

**7. Quais os exames radiológicos pré-operatórios que devemos solicitar a um paciente que irá fazer implantes superiores em toda a maxila? Em quais implantes podemos utilizar somente o exame de raios X panorâmico? A tomografia computadorizada deve ser solicitada em quais situações?**

Na região maxilar, em apenas alguns casos de colocação imediatamente após a extração dentária eu ousaria dizer que há a possibilidade de se realizar o procedimento apenas com imagens convencionais. O uso da tomografia do tipo cone beam é essencial quando se trabalha na região maxilar e hoje, obrigatoriamente, deve fazer parte do arsenal de diagnóstico do cirurgião.

**8. Quando devemos optar por fazer o risco cirúrgico auxiliado pelo médico do paciente? Que medicamentos devemos prescrever ao paciente antes e após as exodontias dos terceiros molares?**

O parecer deve ser pedido sempre que houver alguma dúvida sobre a condição sistêmica do paciente. Isto pode ocorrer em qualquer momento do tratamento como na anamnese ou em uma indicação cirúrgica. Não podemos esquecer que este parecer é consultivo e quem é o responsável pelo paciente no momento do procedimento é o cirurgião-dentista. Por isso, todos os cuidados devem ser tomados para segurança do paciente.

A prescrição medicamentosa deve ser individual, de acordo com a condição clínica do paciente e o porte da cirurgia. Geralmente prescrevo o uso de corticoides previamente à cirurgia e algumas vezes os mantenho após. No pós-operatório, a medicação objetiva o controle do edema e da dor, com o uso de analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides.

Eventualmente utilizo antibióticos, principalmente nos pacientes com histórico de pericoronarite ou com algum comprometimento sistêmico. 



# Ansiedade e pânico: problemas da contemporaneidade?

**ELCINEIA FIGUEIRA DE MATTOS**

Graduação em Psicologia e em Letras, pós-graduação (*Lato Sensu*) em Relacionamento Amoroso e Sexualidade Humana, formação Holística de Base pela UNIPAZ-RJ, extensão universitária em "A Arte de Cuidar – Resgate de uma Visão Integral de Terapia", pela UNIPAZ-RJ, agente da Paz, pelo Programa Gente que faz a Paz- Unipaz e Associação Palas Athena.

**O**s transtornos de ansiedade são apontados como uma epidemia no mundo moderno. Estando a ansiedade diretamente ligada à própria condição humana, como um estado de alerta que protege o organismo e que é necessário para que tomemos medidas frente às ameaças, constata-se que a predominância no fluxo de pensamento dos pacientes com transtorno de ansiedade está relacionada com o perigo, superestimando-o e subestimando os recursos pessoais para lidar com as situações que considerem como perigosas, ocasionando limitação ou incapacitação em vários níveis da vida pessoal, profissional e afetiva.

Frente a situações ameaçadoras, sentimentos difusos e sintomas, como cefaleia, perspiração, palpitações, aperto no peito, desconforto abdominal surgem respondendo a uma ansiedade normal, que é necessária à nossa sobrevivência. Herdamos essa emoção de nossos ancestrais pré-históricos, pois naquela época eles viviam em cavernas, em regiões que eram muito perigosas, alguns podendo ser mortos por predadores. Assim, em determinadas situações, uma folhinha balançando poderia ser o vento, mas também um indicativo de um predador por trás de uma moita. Então, era melhor pensar na pior possibilidade para tentar evitar a morte. Diante dessa experiência de nossos antepassados, apresentamos hoje essas características de temer aquilo que é perigoso.

Diante do perigo, o organismo faz variações muito rápidas, não conscientes sobre aquele perigo. O ancestral pré-histórico, por exemplo, diante do predador, podia estar fazendo avaliações muito rápidas sobre o grau de sofrimento que aquilo poderia causar e, ao mesmo tempo, fazia avaliações rápidas sobre os seus recursos pessoais para lidar com aquela experiência. Então, se aquele estímulo fosse realmente muito ameaçador e ele não tivesse recursos pessoais para lidar com aquele perigo, o resultado da equação seria fugir; se ele sentisse que poderia estar enfrentando aquela situação, o resultado dessa equação seria lutar. Então, isso iria promover aquelas reações de luta-fuga para afastar o perigo, como é o nosso objetivo até hoje, ou seja, lutar, enfrentar ou fugir.

É exatamente, a partir dessa equação, que a ansiedade pode atingir níveis patológicos, em função de um comportamento de fuga ou de esquivas das situações que sejam ameaçadoras para o indivíduo.

Dentre os vários tipos de transtornos de ansiedade,

o Transtorno do Pânico é um estado em que o medo ou a ansiedade são vividos de forma excessiva ou inapropriada, gerando forte angústia. A experiência é definida como avassaladora na vida da pessoa porque transforma uma série de aspectos de sua vida. É sofrida, intensa e, enquanto não procura ajuda, vai contaminando, transformando muito a realidade do seu dia a dia.

Segundo o DSM IV-TR (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais), o transtorno ocorre sob a forma de crises súbitas, inesperadas e recorrentes, caracterizadas por ataques de pânico, que podem incluir os seguintes sintomas: palpitações ou ritmo cardíaco acelerado, sudorese, tremores ou abalos, sensações de falta de ar ou sufocamento, sensações de asfixia, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio, desrealização (sensações de irrealidade), despersonalização (estar distanciado de si mesmo), medo de perder o controle ou enlouquecer, medo de morrer, parestesias (anestesia ou sensações de formigamento), calafrios ou ondas de calor.

O ataque de pânico caracteriza-se por um pico de ansiedade aguda e intensa, com duração geralmente de menos de uma hora, e que após ter sofrido a primeira experiência, o indivíduo pode desenvolver o transtorno, em função do medo das repetições do ataque de pânico. A pessoa passa a ficar atenta ao funcionamento interno de seu organismo, com o objetivo de perceber qualquer anormalidade interna, e essa expectativa ansiosa forma um círculo vicioso, deixando-a vulnerável psicologicamente à experiência da síndrome do pânico.

Viver a experiência de um Transtorno do Pânico é, portanto, revelado como aterrorizadora, envolvendo comportamento de fuga ou evitação, pois há uma enorme ansiedade de que a experiência possa acontecer novamente.

Um nível mais complexo do Transtorno do Pânico é designado como "Agorafobia", que é a ansiedade ou o medo de estar sozinho em locais públicos, como os supermercados ou qualquer local onde uma rápida saída seria difícil no caso de haver um ataque de pânico, fazendo com que a pessoa precise de alguém de confiança para sair de casa como precaução, caso o ataque ocorra.

Segundo o DSM-IV, as situações de medo mais comuns na agorafobia, são: sair de casa sozinho, ficar em casa sozinho, usar transporte coletivo ou automóvel, andar de carro, locais fechados como cinema, elevador, túnel, multidões como as encontradas em feiras, estádios, filas e outros como ir ao dentista ou manicure. Esses estados ago-

rafóbicos provocam um grande sofrimento, desenvolvendo um comportamento de fuga e evitação.

As explicações científicas para as crises de pânico apontam para fatores biológicos, genéticos e psicossociais.

Sob o prisma biológico é defendida a teoria de que existe um desequilíbrio na produção dos neurotransmissores serotonina, noradrenalina e gaba, que são responsáveis pela comunicação entre os neurônios. As comunicações destes neurotransmissores formam mensagens que irão determinar a execução de todas as atividades físicas e mentais de nosso organismo, como andar, pensar ou memorizar. Um desequilíbrio na produção desses sistemas pode levar algumas partes do cérebro a transmitir informações e comandos incorretos. É exatamente isso o que ocorre em uma crise de pânico: existe uma informação incorreta alertando e preparando o organismo para uma ameaça ou perigo que na realidade não existe. É como se houvesse um despertador que passa a tocar o alarme em horas totalmente inapropriadas.

Ainda do ponto de vista biológico, estudos apontam para diferenças hormonais, como a entrada da menopausa, como uma situação biológica estressora que pode estar presente quando ocorrem os primeiros ataques e, também, para os fatores genéticos, pois crianças com histórico de pais com Transtorno do Pânico apresentam maior probabilidade de um comportamento de inibição, exibindo medo, evitação e retraimento em situações novas e menos familiares.

Nos fatores psicossociais, estudos sinalizam que o perfil da personalidade de pessoas com esse transtorno apresentam aspectos em comum, como: pessoas geralmente produtivas no nível profissional, com o hábito de assumir uma carga excessiva de responsabilidades e afazeres, exigentes consigo mesmos, não convivendo bem com erros ou imprevistos, com tendência a se preocupar excessivamente com problemas cotidianos. Situações de perda e controle estão fortemente relacionados aos acontecimentos estressantes e, cognitivamente, a aceitação, o controle e a competência predominam nos indivíduos com alto nível de ansiedade e pânico.

Outro importante fator desencadeante é o uso de alguns medicamentos como anfetaminas (usados em dietas de emagrecimento) ou drogas, como álcool, cocaína, maconha, crack, ecstasy, que podem aumentar a atividade e o medo, promovendo alterações químicas que levam ao transtorno de pânico.

Pode-se concluir, então, que os transtornos ansiosos, dentre os quais o Transtorno do Pânico, são os principais problemas de saúde do mundo moderno, em especial nos grandes centros urbanos. As estatísticas mostram que o grande número de casos na atualidade atinge, em especial, jovens na faixa etária de 20 a 40 anos, que se encontram na plenitude de suas vidas profissionais.

Ao enfrentar os dilemas de um sistema econômico altamente competitivo, a cobrança interna atinge altos níveis, o receio de não ser aceito gera uma necessidade constante de competência a qualquer preço. Esta atitude acaba por predispor essas pessoas ao estresse acentuado, abrindo espaço para o aparecimento do Transtorno do Pânico. As pesquisas científicas confirmam que o risco de ataque de pânico é cinco

vezes maior entre os executivos, em função das situações estressantes que estão expostos constantemente, face às cobranças, competitividade e resultados diários que confirmem suas habilidades. Em função do alto nível de estresse, estes profissionais apresentam tensão, cansaço, sensação de estar no limite, dificuldade de concentração, lapsos de pensamento, irritabilidade, tensão muscular e insônia.

Outro fator importante da contemporaneidade, que pode justificar a razão do grande número do transtorno em jovens, está relacionado com o alto nível de consumo de substâncias psicoativas que induzem os ataques de pânico.

É inegável que a sociedade atual, com suas exigências e competitividades gritantes, vive uma rotina de extrema angústia, abrindo espaço para que qualquer pessoa fique sujeita a paralisar de medo, o que pode trazer uma compreensão para o número crescente de casos na atualidade.

É possível também constatar que o mundo atual globalizado coloca o homem em estado cronificado de ansiedade, pois independente de ocorrer fisicamente ao seu lado ou não, está em permanente contato com guerras, irradiações nucleares, assaltos, sequestros, que vão desencadear ansiedade patológica. A cronificação desse estado ansioso é uma das maiores causas do Transtorno do Pânico e Agorafobia na atualidade.

Esses transtornos, apesar de não surgirem na contemporaneidade, são desdobramentos da situação patológica que a vida moderna tem criado, o que justifica o número crescente e frequente de pessoas em busca de tratamento nos consultórios dos especialistas. 

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CABALLO, V. E. Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento. São Paulo: Santos Editora, 1996.
- DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed Editora, 2003.
- FALCONE, E., SHINOHARA, H. Avanços na Terapia Cognitiva dos Transtornos de Ansiedade. São Paulo, Programação do XIV Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicinal Comportamental, 2005.
- KAPLAN, H., SADOCK, B., GREBB, J. Transtornos de Ansiedade, in *Compêndio de Psiquiatria - Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed Editora, 1997.
- LIPP, M. E. N., MALAGRIS, L. E. N. O Stress Emocional e seu Tratamento. In: Range, B. (org). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais - Um Diálogo com a Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.
- RANGE, B., BERNIK, M. Transtorno de Pânico e Agorafobia. São Paulo: Ed. Livro Pleno, 2001.
- SCHINOHARA, H., NARDI, A. E. Transtorno de Ansiedade Generalizada. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.