

Transtorno do pânico: nível de *stress* e *locus* de controle

Panic disorder: stress level and locus of control

Sílvia Helena Tenan **MAGALHÃES**¹

Sonia Regina **LOUREIRO**²

Resumo

Este trabalho tem como objetivo caracterizar o nível de *stress* e a percepção de controle sobre os eventos do meio em pacientes com transtorno do pânico em comparação a sujeitos sem distúrbio psiquiátrico. Procedeu-se à avaliação de 30 pessoas adultas divididas em dois grupos, um com diagnóstico de transtorno do pânico e outro sem diagnóstico psiquiátrico avaliado sistematicamente. Os participantes foram avaliados individualmente através do Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp e da Escala de *Locus* de Controle de Levenson. A comparação estatística apontou que o grupo com transtorno do pânico apresentou mais indicadores de *stress* com predomínio da fase de resistência e a percepção de ser controlado pelo acaso, sorte ou destino, caracterizando maior suscetibilidade ao *stress* e à baixa confiança na previsibilidade dos eventos.

Palavras-chave: ansiedade; escala de controle interno externo; inventário de *stress* de Lipp; *stress*; transtorno do pânico.

Abstract

This study purpose is to define the stress level and the external events control notion in patients with panic disorder in comparison to subjects with no psychiatric disturbs. The sample was composed by 30 adults divided in two groups, one group with diagnosis of panic disorder and the other without psychiatric diagnosis, all of them systematically evaluated. The participants were evaluated individually through the Lipp Stress Symptoms Inventory and the Levenson Scale of Locus of Control. The statistical comparison has shown that the group with panic disorder presented more stress indicators with predominance of the resistance phase, and control perception more susceptibility for stress and low confidence in events prediction ability as they believe in chance, luck or fate determination.

Key words: anxiety; internal external locus of control; Lipp's stress inventory; stress; panic disorder.

O transtorno do pânico (TP) é descrito pela CID-10 (1993) como um quadro clínico caracterizado por ataques recorrentes de ansiedade grave, imprevisíveis e irrestritos a qualquer situação ou circunstâncias particulares. De início súbito, caracteriza-se pela apresentação de sinais físicos como palpitação, dor no peito, sensações de choque e tontura concomitantes à presença de sintomas psicológicos

de medo secundário de morrer, de perder o controle ou ficar louco.

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) (1994), o diagnóstico do TP deve ser estabelecido a partir de três condições: ataques recorrentes e inesperados; após um ataque, há um período de aproximadamente um mês durante o

▼▼▼▼▼

¹ Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes, 3900, 14049-900, Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: S.H.T. MAGALHÃES. E-mail: <silviatenan@hotmail.com>.

² Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

qual o paciente refere preocupação persistente com a possibilidade de novos ataques; e mudança significativa de comportamento.

Os dados epidemiológicos apontam para uma prevalência no período de vida de aproximadamente 1,5% a 2,0% da população geral; a proporção entre os sexos é de aproximadamente duas mulheres para um homem, ocorrendo mais freqüentemente na idade adulta jovem, por volta dos 25 anos de idade (Kaplan & Sadock, 1997).

O TP caracteriza-se, ainda, por ser um quadro clínico no qual são observados elevados níveis de comorbidade que interferem na evolução do transtorno (Hirschfeld, 1996; Gorman & Coplan, 1996; Nascimento, 1998). Hirschfeld (1996) chama a atenção para o fato de que a freqüência de recaídas no TP tem sido considerada maior quando ocorre a associação a outro quadro clínico, e aponta, como um exemplo comum de comorbidade, o desenvolvimento da agorafobia, que se caracteriza pelo comportamento de esquiva de situações públicas pelo receio de afastar-se de casa ou de pessoas que forneçam segurança, favorecendo a cronicidade das manifestações (Lima, Lima & Mari, 1997).

Gentil, Lotufo-Neto e Bernik, (1997), ao descreverem o TP, referem que podem ocorrer limitações para as atividades sociais e profissionais e para a auto-imagem do paciente, além de sintomas depressivos e sensação de desmoralização por não conseguirem explicações para os seus sintomas, gerando sensação de dissonância cognitiva.

Em estudo e que descreve as contribuições de fatores internos e externos no desencadeamento do *stress* emocional, Lipp (1996) aponta a dissonância cognitiva como uma fonte de tensão interna que pode interferir na capacidade adaptativa dos sujeitos que a experimentam. Refere que os transtornos de ansiedade podem ser fonte de *stress* porque o ser humano ansioso possui a tendência de ver o mundo de modo ameaçador.

Nesse sentido, o TP pode ser considerado uma doença psicofisiológica que tem o *stress* como um fator contribuinte ou desencadeador. Peregrino (1997) explica a ansiedade e os transtornos de ansiedade com base nos pressupostos de Hans Selye, que defende a idéia de que quando o *stress* ultrapassa, por sua intensidade ou duração, as capacidades homeostáticas do organismo,

ocorre uma ruptura na adaptação do organismo, conduzindo à doença, sendo a ansiedade um componente psicológico da reação ao *stress*.

Sob essa perspectiva, e considerando que no TP a ansiedade é a manifestação central, pode-se hipotetizar que ao avaliar o nível de *stress* desses pacientes, está se caracterizando uma manifestação atual e transitória de seu funcionamento psicológico.

Lipp (2000) destaca que a inadequação na avaliação dos eventos da vida assim como expectativas ilógicas e exageradas caracterizam-se como indicadores de vulnerabilidade ao *stress*. Sob esse ponto de vista, considera-se que a expectativa de controle, como um elemento de enfrentamento das situações, pode ser também um indicador de capacidade adaptativa. Del Ben (2000), em estudo empírico no qual avaliou a resposta de pacientes com TP submetidos a dois modelos experimentais de ansiedade, observou que os pacientes com TP apresentaram um nível de ansiedade antecipatória mais elevado do que o observado nos controles, além de uma hiper-responsividade aos estímulos incondicionados. Esses dados caracterizam uma vulnerabilidade dos pacientes com TP diante do enfrentamento de situações novas. Tal dado sugere a necessidade de se avaliar, nesses pacientes, a expectativa de controle sobre os eventos do meio como um indicador de capacidade adaptativa.

Dentre as variáveis relacionadas a esse constructo, situa-se o *locus* de controle, que se relaciona com a percepção das pessoas sobre a fonte de controle dos acontecimentos em que estão envolvidas (Dela Coleta, 1987). Ao estudar a percepção de controle sobre os eventos do meio em pacientes com transtornos de ansiedade, Rapee (1996) concluiu que eles tendem a atribuir o controle dos acontecimentos de suas vidas a causas externas. Pode-se hipotetizar que os pacientes com TP, tendo dificuldade de enfrentar situações novas, possivelmente tenham dificuldades de atribuir a si o controle sobre os eventos do meio.

O objetivo deste estudo é caracterizar o nível de *stress* e a percepção de controle sobre os eventos do meio em pacientes com TP, em comparação a sujeitos sem distúrbio psiquiátrico. Analisou-se, ainda: a) se a comorbidade com agorafobia estava associada a peculiaridades quanto à presença de indicadores de *stress* e à dimensão de controle sobre os eventos do

meio; b) se a exposição de sujeitos do grupo de comparação sem distúrbio psiquiátrico a um cotidiano de trabalho estressor favoreceu manifestações de ansiedade expressa por indicadores de *stress* e de *locus* de controle.

Método

O presente estudo foi apreciado e aprovado pela Comissão de Ética Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi voluntária, sendo garantida a não identificação dos participantes, bem como o caráter confidencial das informações e o atendimento na instituição independente da participação.

A amostra foi composta por trinta pessoas adultas divididas em dois grupos de quinze participantes, sendo um grupo com diagnóstico clínico de TP em atendimento em um ambulatório especializado de um hospital-escola e outro grupo de comparação com quinze sujeitos sem diagnóstico psiquiátrico e sistematicamente avaliados.

O critério para a inclusão no grupo de TP envolveu a avaliação através da Entrevista Clínica Estruturada (*Structured Clinical Interview Diagnostic –SCID*) para o DSM-III-R. Todos os sujeitos passaram pelo Módulo de Revisão Geral e pelo Módulo de Distúrbios de Ansiedade, adaptado segundo os critérios diagnósticos para TP do DSM-IV. Após confirmação diagnóstica, foram aplicados os demais módulos da SCID para a exclusão de comorbidades, sendo encaminhados para compor a amostra os sujeitos com diagnóstico de TP, aceitando-se apenas a comorbidade com agorafobia.

Os participantes do grupo de comparação passaram pelo mesmo procedimento de avaliação através da SCID, com o objetivo de sistematicamente avaliar a ausência de distúrbio psiquiátrico, como condição para a inclusão nesse grupo.

Dentre os 15 participantes do grupo de TP encaminhados para avaliação, oito apresentavam agorafobia como comorbidade e sete apresentavam diagnóstico exclusivo de TP. O tempo de doença relatado variou de três a 48 meses, podendo-se observar que os

sujeitos com agorafobia como comorbidade apresentavam tempo de doença maior.

Ambos os grupos foram compostos por sete participantes do sexo masculino e oito do sexo feminino, com média de idade de 31 anos. Quanto à atividade profissional exercida pelos participantes, o grupo de TP apresentou certa heterogeneidade, havendo desde estudantes até profissionais liberais. Já no grupo de comparação, a maioria dos participantes tinha atividades profissionais ligadas à área da saúde desenvolvidas em unidade de um hospital-escola do interior de São Paulo. Quanto ao grau de instrução, a média apresentada pelos dois grupos foi de onze anos cursados, o que mostra que a maioria das pessoas avaliadas tem segundo grau completo.

Visando à comparação dos grupos, aplicou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney ($p \leq 0,05$) para a análise das variáveis idade e grau de instrução, não tendo sido observadas diferenças significativas entre os grupos.

Foram utilizados dois instrumentos de avaliação, o inventário de sintomas de stress de Lipp (ISSL) e a escala de *locus* de controle de Levenson.

O ISSL objetiva a identificação das manifestações de *stress*, avaliando a presença dos sintomas, a predominância do tipo de sintoma - somático ou psicológico - e a fase de *stress* em que o indivíduo se encontra (alerta, resistência, quase exaustão e exaustão), utilizando-se para a comparação os padrões de validação e padronização de Lipp (2000).

A escala de *locus* de controle de Levenson se propõe a avaliar a percepção das pessoas sobre a fonte de controle dos acontecimentos em que estão envolvidas. Avalia três dimensões de controle: subescala internalidade, que avalia o grau em que o sujeito acredita que mantém controle sobre sua vida, subescala externalidade - outros poderosos, que mede a percepção de o controle estar nas mãos de pessoas poderosas e a subescala externalidade - acaso, que avalia a percepção de ser controlado pelo acaso, sorte ou destino, padronizada para o Brasil por Dela Coleta (1987).

Procedimento

Os participantes foram avaliados individualmente, em uma única sessão, sendo os instrumentos

aplicados segundo as recomendações técnicas após breve *rapport* na seguinte ordem: entrevista abordando aspectos relativos à qualidade de vida e a atividades sociais e profissionais; ISSL e Escala de *Locus* de Controle de Levenson.

Quanto ao Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp (ISSL), os dados foram comparados às normas de Lipp (2000) com o objetivo de identificar a presença de indicadores de *stress* e, quando da confirmação desses, buscou-se identificar a fase de *stress* correspondente e o predomínio de sintomas físicos e/ou psicológicos.

No que se refere à escala de *Locus* de Controle de Levenson, os dados foram quantificados e comparados ao grupo de padronização de Dela Coleta (1987) com o objetivo de identificar para cada um dos grupos o tipo de percepção de controle sobre os acontecimentos do meio.

O grupo de TP (GTP) e o grupo de comparação (GC) foram comparados entre si. Posteriormente procedeu-se às seguintes comparações: a) subgrupo com TP mais agorafobia (GTP c/Agor) ao subgrupo de TP sem agorafobia (GTP s/Agor); b) subgrupo do grupo de comparação que desenvolve suas atividades profissionais em ambiente de reconhecido *stress*, que será nomeado GC-UE, ao subgrupo que não desenvolve atividades profissionais em ambiente estressor e que será chamado GC-ñUE.

Para verificar se havia diferença significativa entre os grupos, aplicou-se o método de intervalo de confiança entre proporções ($p \leq 0,05$) para o ISSL e o teste não paramétrico de Mann-Whitney ($p \leq 0,05$) para a Escala de *Locus* de Controle de Levenson.

Resultados

Os resultados obtidos serão apresentados na seguinte ordem: Inventário de Sintomas de *Stress* e Escala de *locus* de Controle.

Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp

Quanto à presença de *stress*, nota-se que no GTP 100% dos participantes apresentaram indicadores de *stress*, 7% na fase de alerta e 93% na fase de resistência. No GC os indicadores de *stress* estiveram presentes em

40% dos sujeitos, todos na fase de resistência, e ausente em 60%, havendo diferença significativa entre os grupos quanto à ausência de *stress* (Tabela 1). Nota-se que tanto no GTP quanto no GC, a grande maioria dos participantes que apresentaram indicadores de *stress* encontrava-se na fase de resistência. Nenhum dos participantes dos dois grupos preencheu critérios para a inclusão nas fases de quase exaustão e exaustão.

No GTP 80% dos participantes que preencheram critérios para indicadores de *stress* apresentaram sintomatologia psicológica e 20% sintomatologia física. No GC 100% dos participantes apresentaram sintomatologia psicológica.

No GTP c/Agor 100% dos participantes apresentaram indicadores de *stress*, todos na fase de resistência. No GTP s/Agor todos os participantes apresentaram indicadores de *stress*, 14% na fase de alerta e 86% na de resistência. Nenhum dos participantes dos dois subgrupos preencheram critérios para a inclusão nas fases de quase exaustão e exaustão total. No GTP c/Agor 75% dos participantes que preencheram critério para a presença de *stress* apresentaram sintomatologia psicológica e 25% sintomatologia física. No GP s/Agor 57% dos participantes apresentaram sintomatologia psicológica e 43% sintomatologia física. Nota-se diferença significativa entre os grupos, ocorrendo predomínio da sintomatologia psicológica no GTP c/Agor (Tabela 2).

No GC-UE 50% apresentaram indicadores de *stress*, todos na fase de resistência enquanto 50% não

Tabela 1. Participantes do grupo com transtorno de pânico e do grupo de comparação em relação a cada fase de *stress* e ao tipo de sintomatologia.

Indicadores	Grupo transtorno do pânico (n=15)		Grupo de comparação (n=15)	
	n	%	n	%
Fase de alerta	1	7	0	0
Fase de resistência	14	93	6	40
Sem <i>stress</i>	0	0	9	60*
Sintomatologia psicológica	12	80	6	100
Sintomatologia física	3	20	0	0

Intervalo de confiança entre proporções $p \leq 0,05$; *diferença significativa entre os grupos.

apresentaram indicadores de *stress*. No GC-ñUE 20% dos participantes apresentaram indicadores de *stress*, todos na fase de resistência e 80% não apresentaram indicadores de *stress*, observando-se diferença significativa entre os subgrupos. Nenhum dos participantes dos dois subgrupos preencheu critérios para a inclusão nas fases de alerta, quase exaustão e exaustão total (Tabela 3).

Tabela 2. Participantes do subgrupo com transtorno de pânico com agorafobia (GTP c/Agor) e do subgrupo de transtorno de pânico sem agorafobia (GTP s/Agor) em relação a cada fase de *stress* e ao tipo de sintomatologia.

Indicadores	Gtp c/Agor (n=8)		Gtp s/Agor (n=7)	
	n	%	n	%
Fase de alerta	0	0	1	14
Fase de resistência	8	100	6	86
Sem <i>stress</i>	0	0	0	0
Sintomatologia psicológica	6	75	4	57*
Sintomatologia física	2	25	3	43*

Intervalo de confiança entre proporções $p \leq 0,05$; *diferença significativa entre os grupos.

Tabela 3. Participantes do subgrupo de comparação que desenvolve atividades profissionais em ambiente de reconhecido *stress* (GC-UE) e do subgrupo que não trabalha em ambiente estressor (GC-ñUE) em relação a cada fase de *stress* e ao tipo de sintomatologia.

Indicadores	Gr-UE (n=10)		GC-ñUE (n=5)	
	n	%	n	%
Fase de resistência	5	50	1	20
Sem <i>stress</i>	5	50	4	80*
Sintomatologia psicológica	5	100	0	0*
Sintomatologia física	0	0	1	100*

Intervalo de confiança entre proporções $p \leq 0,05$; *diferença significativa entre os grupos.

Tabela 4. Escala de *Locus* de Controle de Levenson - valores médios obtidos pelo Grupo com TP e subgrupos e pelo grupo de comparação e subgrupos nas três subescalas.

Subescalas	Grupo de transtorno do pânico			Grupo de comparação			Comparações
	TP c/Agor	TP s/Agor	Geral	U.E.	ñ U.E.	Geral	
Externalidade (P)	19,5	21,4	20,4	22,0	17,7	19,9	-
Internalidade (I)	26,6	29,4	27,9	28,2	28,4	28,8	-
Acaso (C)	22,5	21,5	22,1*	18,2	16,9	18,4*	GTP>GC*

Teste não paramétrico de Mann-Whitney, $p \leq 0,05$; *diferença significativa entre os grupos.

No GC-UE 100% dos participantes que preencheram critérios para a presença de *stress* apresentaram sintomatologia psicológica. No GC-ñUE 100% dos participantes apresentaram sintomatologia física, observando-se diferença significativa entre os grupos (Tabela 3). É importante considerar que o GC-ñUE que preencheu critérios para a presença de *stress* é composto por apenas um participante, limitando a possibilidade de generalização.

Escala de *Locus* de Controle de Levenson

Na comparação com os dados normativos, os grupos com TP e subgrupos incluídos não se diferenciaram significativamente quanto às subescalas externalidade e internalidade, o mesmo ocorreu na comparação do GC e subgrupos entre si. Na subescala C (externalidade-acaso), os sujeitos do GTP apresentaram média significativamente superior a do GC, dentro do esperado, porém, quando comparada ao grupo de padronização (Tabela 4).

Discussão

Os aspectos funcionais da personalidade dos sujeitos com TP puderam ser avaliados através da presença de indicadores de *stress* e da avaliação da percepção de controle sobre os eventos do meio.

Todos os sujeitos com TP avaliados apresentaram indicadores de *stress*. Esse dado vai ao encontro da afirmação de Lipp (1996) de que os transtornos de ansiedade podem assumir a função de geradores de estados tensionais, sendo importantes desencadeadores de *stress*, podendo ser originados de muitas situações

diárias que são chamadas de estressores e que causam uma quebra na homeostase interna, exigindo alguma adaptação. Pode-se pensar que as características de imprevisibilidade do quadro clínico do TP favoreçam a presença de maior suscetibilidade ao *stress*, visto que há uma preocupação constante com a possibilidade de novos ataques, o que pode funcionar como um fator estressor interferindo na capacidade de enfrentamento de situações novas.

A fase de *stress* predominante foi a fase de resistência, na qual, segundo Lipp (1996), devido à exposição contínua e por tempo indeterminado ao *stress*, o indivíduo tenta uma adaptação em busca da homeostase interna. Possivelmente a exposição aos ataques de ansiedade do TP funcione como importante fator estressor, expondo o paciente à necessidade constante de adaptação, característica da fase de resistência.

Em relação à percepção de controle sobre os eventos do meio, os sujeitos com TP apresentaram uma percepção de serem controlados pelo acaso, sorte ou destino. Novamente, esse fator pode estar relacionado diretamente à característica de imprevisibilidade dos ataques de pânico, que ocorrem ao acaso independentemente da situação, e ainda ao elevado nível de ansiedade antecipatória e de hiper-responsividade a estímulos incondicionados, conforme relatado por Del Ben (2000).

Os dados do presente estudo vão ao encontro dos achados de Rapee (1996), que avaliou a percepção de controle sobre os eventos do meio em pacientes com transtorno de ansiedade e sem indicadores de distúrbio psiquiátrico, concluindo que nos sujeitos com transtornos de ansiedade observa-se baixa percepção de que podem controlar os acontecimentos de suas vidas, atribuindo esse controle a causas externas. O referido autor considera que essa forma de percepção de controle predispõe ao desenvolvimento de transtornos de ansiedade, incluindo o TP.

No presente estudo, os pacientes com TP sem comorbidade apresentavam uma história de doença mais recente, referindo poucos prejuízos atribuídos à doença na qualidade de vida e nas atividades profissionais e sociais. Já os pacientes com TP com agorafobia apresentavam uma história de doença de mais longo tempo, envolvendo queixas orgânicas

prévias que foram objeto de tratamento clínico, porém, sem sucesso, apresentando ataques de pânico recorrentes e um elevado índice de recaídas. Lima et al. (1997), ao tratarem da epidemiologia dos transtornos de ansiedade, afirmam que a presença de comorbidade com agorafobia ou outro transtorno psiquiátrico no TP é um indicador de complicação e gravidade do quadro clínico.

Os pacientes com TP com agorafobia incluídos no estudo referiram nas entrevistas maior comprometimento da qualidade de vida em função da evitação de situações sociais, embora com a manutenção das atividades profissionais. Relatavam que tal medida estava associada ao medo da ocorrência dos ataques de pânico em situações públicas, tendendo a se restringir ao ambiente familiar e ao local de trabalho como forma explicitada de autoproteção. Lima et al. (1997), em um artigo no qual descrevem o curso do TP, apontam que nesse quadro clínico a condição é persistente e freqüentemente associada com significativa incapacidade social, levando ao empobrecimento da qualidade de vida.

No presente estudo, a associação do TP à agorafobia mostrou-se relacionada a um maior prejuízo da qualidade de vida. Esse dado vai ao encontro dos achados de Pollack e Smoller (1995), que, ao estudarem o curso e desenvolvimento do TP, observaram que tal associação está relacionada a características de cronicidade e a um maior prejuízo da qualidade de vida dos pacientes.

Questionou-se, assim, se a presença de comorbidade diferenciou os grupos quanto aos indicadores de *stress* e da dimensão de controle sobre os eventos do meio. Para verificar tal hipótese, procedeu-se à comparação dos resultados dos sujeitos com TP com agorafobia com os daqueles sem comorbidade ao GC.

Quanto aos indicadores de *stress*, não se observou diferença entre o GTP c/Agor. e o GTP s/Agor: ambos apresentaram elevados níveis de *stress*, com predomínio da fase de resistência e da sintomatologia psicológica.

Em relação à percepção de controle sobre os eventos do meio, os sujeitos com TP com e sem agorafobia apresentaram uma percepção de serem controlados pelo acaso, sorte ou destino. Novamente,

esse fator pode estar relacionado diretamente com a característica de imprevisibilidade dos ataques de pânico que ocorrem ao acaso independentemente da situação, o que faz com que os pacientes com TP não consigam atribuir a si a capacidade de controle dos ataques, podendo-se supor que tal dificuldade se generalize aos demais acontecimentos da vida, o que dá a esse quadro clínico uma característica de vulnerabilidade e de constante exposição ao *stress*.

Os aspectos funcionais da personalidade dos pacientes com TP, relativos à presença de *stress* e à percepção de controle sobre os eventos do meio com base no acaso, parecem relacionados às características clínicas do quadro, não sofrendo interferência direta da comorbidade com agorafobia.

Outro ponto a ser discutido diz respeito ao GC e ao enfrentamento de situações de *stress*. Dez dos quinze sujeitos incluídos no GC desenvolviam atividades profissionais junto à equipe de enfermagem de uma unidade de emergência de um hospital universitário que funciona como pronto-socorro. O trabalho em unidades de emergência é reconhecido como estressante e os participantes relataram que nesse ambiente de trabalho experimentam intenso *stress* e ansiedade, visto se tratar de um hospital universitário ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS), onde são atendidos casos terciários de alta complexidade, havendo alta rotatividade de pacientes, o que dá ao trabalho uma característica de imprevisibilidade. Os demais participantes do GC não referiam o ambiente de trabalho como tendo características estressoras ou ansiogênicas.

Questionou-se se o fato de a maioria dos sujeitos do GC estarem expostos a um ambiente estressor favorecedor de ansiedade poderia ter interferido nos resultados, já que se supõe que essas pessoas estejam mais sujeitas a experimentar vivências de ansiedade. Para verificar tal hipótese, procedeu-se à comparação do GC-UE ao GTP e ao GC-ñUE.

Quanto ao nível de *stress*, observou-se diferença entre os grupos. Tanto o GC-UE quanto o GC-ñUE apresentaram níveis de *stress* mais baixos quando comparados ao GTP. Quanto à dimensão de controle sobre os eventos do meio, GC-UE apresentou uma percepção de controle baseada na internalidade, atribuindo a si capacidade para lidar com os eventos. Já o GTP atribuiu o controle à sorte, acaso ou destino.

Possivelmente, a atribuição de controle a si próprio faça com que o sujeito exposto a um ambiente de trabalho estressor desenvolva recursos internos e externos para lidar com a situação, diminuindo suas características de imprevisibilidade.

Os sujeitos com TP, quando comparados ao GC, apresentaram maior suscetibilidade ao *stress*, com indicadores de uma exposição contínua a ele possivelmente caracterizada pela imprevisibilidade do quadro clínico. A baixa confiança na previsibilidade dos eventos relacionada à atribuição de controle ao acaso ou destino caracteriza uma dificuldade em lidar com os eventos do meio, sentindo cada situação como nova e ansiogênica.

A comparação a um grupo de sujeitos expostos a um ambiente de trabalho com características estressoras possibilitou verificar que a capacidade de enfrentamento das situações de *stress* favorece uma adaptação ao ambiente estressor. Esse dado vai ao encontro da afirmação de Lipp (2001, p.2): “o *stress* pode ser gerado por fontes externas que marcam presença na vida de uma pessoa e pelo seu mundo interior, cujos efeitos são mediados pelas estratégias de enfrentamento aprendidas principalmente na infância, mas que também podem ser adquiridas ao longo da história de vida do ser humano”.

Pode-se considerar que o TP com suas características de imprevisibilidade interfira no funcionamento psicológico dos pacientes, fazendo com que experimentem dificuldade em lidar com as situações de *stress*, requerendo para tal a aprendizagem de estratégias de enfrentamento que favoreçam a retomada do equilíbrio interno.

Faz-se necessário considerar que se trata de um estudo exploratório, com um pequeno número de sujeitos. Contudo, o delineamento adotado permitiu caracterizar as manifestações de *stress* e a dimensão de controle sobre os eventos do meio associadas ao TP, requerendo novos estudos com amostras maiores de forma a ampliar a possibilidade de generalização de tais achados.

Referências

- Dela Coleta, M.F. (1987). Escala multidimensional de *Locus de Controle de Levenson*. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 39 (2), 79-97.

- Del-Ben, C.M. (2000). *Resposta de pacientes com transtorno do pânico submetidos a dois modelos experimentais de ansiedade*. Tese de doutorado não-publicada, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (1994). (4th ed.). New York: American Psychiatric Association.
- Gentil, V., Lotufo-Neto, F., & Bernik, M.A. (1997). *Pânico, fobias e obsessões*. São Paulo: Edusp.
- Gorman, J.M., & Coplan, J.D. (1996). Comorbidity of depression and panic disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (Suppl. 10), 34-41. Discussion 42-3.
- Hirschfeld, R.M.A. (1996). Panic disorder: diagnosis, epidemiology and clinical course. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (Suppl. 10), 3-8.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1997). Transtorno do pânico e agorafobia. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock. *Compêndio de Psiquiatria* (pp. 418-425). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lima, M.S., Lima, A.R., & Mari, J.J. (1997). Epidemiologia dos Transtornos de Ansiedade. In L.A.B. Hetem & F.G. Graeff. *Ansiedade e transtornos de ansiedade* (pp.199-222). Rio de Janeiro: Editora Científica Nacional.
- Lipp, M.E.N. (Org.) (1996). *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*. Campinas: Editora Papirus.
- Lipp, M.E.N. (2000). *Manual do inventário de sintomas de stress de Lipp (ISSI)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nascimento, I. (1998). Transtorno do pânico e doenças obstrutivas pulmonares. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47 (2), 87-92.
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Peregrino, A. (1997). Ansiedade normal a patológica. In L.A.B. Hetem & F.G. Graeff. *Ansiedade e transtornos de ansiedade* (pp. 199-222). Rio de Janeiro: Editora Científica Nacional.
- Pollack, M.H., & Smoller, J.W. (1995). The longitudinal course and outcome of panic disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 18 (4), 785-802.
- Rapee, R.M. (1996). Measurement of perceived control over anxiety-related events. *Behavior Therapy*, 27, 279-293.

Recebido para publicação em 23 de abril de 2004 e aceito em 23 de abril de 2005.