

Gravura de John Tenniel para o romance Alice, de Lewis Carroll, 1865.

Transtorno de Pânico

Protocolo Clínico

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para o acolhimento e o tratamento do transtorno de pânico.

Sistema Único de Saúde
Estado de Santa Catarina, 2015.



1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

A grande maioria das pessoas que relata informalmente ter pânico, em serviços de saúde, não sofre, realmente, de crises de pânico e nem de transtorno de pânico. A palavra é utilizada, pelo leigo, erroneamente, como sinônimo de qualquer angústia, ou até mesmo como sinônimo de preocupação e de susto. Portanto, mesmo que o paciente afirme sofrer de pânico, a coleta da descrição da crise é a base da anamnese e do diagnóstico.

Uma crise de pânico não é uma ansiedade comum: é uma manifestação paroxística, muitíssimo breve, que jamais chega a durar 10 minutos. Ela é, porém, muito intensa. Tão intensa que a maioria dos pacientes, no momento da crise, acha que está morrendo ou enfartando. Por isso muitos casos são vistos nos prontos-socorros de hospitais e em clínicas de cardiologia. Muitas vezes a pessoa apressa-se para chegar ao pronto-socorro e, assim que chega, a crise já terminou. Ao ser atendido relata ter medo de voltar a sentir a mesma sensação.

O diagnóstico preciso do transtorno do pânico é fundamental para a atenção eficaz e precoce desta condição. Reconhece-se que muitas vezes há outras condições atuais, como a depressão, que podem tornar o diagnóstico confuso. O processo de diagnóstico deve conter informações relevantes, tais como história pessoal, uso de medicações, características individuais culturais e outras que possam gerar considerações, em cuidados posteriores.

É importante lembrar que um ataque de pânico não constitui necessariamente um transtorno do pânico, e que o tratamento adequado de um ataque de pânico pode limitar o desenvolvimento de transtorno do pânico.

Quando os ataques ocorrem no curso de outros transtornos psiquiátricos, costumam ser desencadeados por situações estressantes ou por circunstâncias em que a pessoa se veja perplexa e insegura em relação a certezas e a referências que tinha. Em geral os ataques acontecem num momento em que a pessoa não os espera e não está se sentindo mal. Não ocorrem, como regra, imediatamente na sequência de um incômodo, de uma preocupação intensa, ou de uma desavença com outras pessoas.

Uma das maiores características na descrição de um paciente com transtorno de pânico é a natureza física dos sintomas. Enquanto no transtorno de ansiedade generalizada a preocupação e a tensão são predominantes, no pânico o paciente inicia descrevendo a doença com referência ao coração, pulmão e trato gastrointestinal. Os ataques de pânico estão entre os diagnósticos mais frequentes que levam um paciente a procurar atendimento de emergência; a maior parte dos pacientes com transtorno de pânico acredita veementemente que têm um problema físico e não um problema psiquiátrico ou psicológico. É muito comum o paciente fazer uma "peregrinação", consultando-se com diversos especialistas e fazendo inúmeros exames, quase sempre desnecessários.

O tratamento precoce é essencial para reduzir as consequências físicas e sociais. O manejo adequado dos primeiros ataques de pânico pode prevenir o desenvolvimento ou o agravamento de um transtorno. A falta de tratamento geralmente leva à cronificação.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F41.0 Transtorno de pânico [ansiedade paroxística episódica].

A característica essencial deste transtorno são os ataques recorrentes de uma ansiedade grave (ataques de pânico), que não ocorrem exclusivamente numa situação ou em circunstâncias determinadas mas de fato são imprevisíveis. Como em outros transtornos ansiosos, os sintomas essenciais comportam a ocorrência brutal de palpitação e dores torácicas, sensações de asfixia, tonturas e sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização). Existe, além disso, freqüentemente um medo secundário de morrer, de perder o autocontrole ou de ficar louco. Não se deve fazer um diagnóstico principal de transtorno de pânico quando o sujeito apresenta um transtorno depressivo no momento da ocorrência de um ataque de pânico, uma vez que os ataques de pânico são provavelmente secundários à depressão neste caso.

F40.0 Agorafobia (Transtorno de pânico com agorafobia)

Grupo relativamente bem definido de fobias relativas ao medo de deixar seu domicílio, medo de lojas, de multidões e de locais públicos, ou medo de viajar sozinho em trem, ônibus ou avião. A presença de um transtorno de pânico é freqüente no curso dos episódios atuais ou anteriores de agorafobia. Entre as características associadas, acham-se freqüentemente sintomas depressivos ou obsessivos, assim como fobias sociais. As condutas de evitação comumente são proeminentes na sintomatologia e certos agorafóbicos manifestam pouca ansiedade dado que chegam a evitar as situações geradoras de fobia.

Exclui: Agorafobia sem antecedentes de pânico.

3. DIAGNÓSTICO

Muitas crises de pânico se apresentam com dor torácica, em serviços de urgência e emergência. Deve-se descartar a possibilidade de doença arterial coronariana. Mesmo em jovens que dão entrada no pronto-socorro agitados e angustiados, há possibilidade de problemas cardíacos, especialmente se ocorreu abuso de cocaína ou de crack.

Caso uma pessoa chegue a um serviço de urgência e emergência, ou a qualquer outro serviço de saúde, durante um ataque de pânico, deve-se:

- 1) Perguntar se já sofreu alguma crise parecida antes, quanto tempo ela durou, se foi atendida em serviço de saúde, e como;
- 2) Perguntar se já está recebendo tratamento para transtorno do pânico;
- 3) Realizar as investigações mínimas necessárias para excluir problemas físicos agudos;
- 4) Não internar em hospital e nem deixar em observação em pronto-socorro por um tempo longo;
- 5) Encaminhar a pessoa para atenção primária para cuidados posteriores, mesmo que tenha sido feito um diagnóstico presuntivo de transtorno de pânico;
- 6) Fornecer informação apropriada sobre ataques de pânico e explicar o encaminhamento para a atenção primária¹.

Ataques de pânico característicos são, portanto, crises de ansiedade que começam subitamente, desenvolvem-se rapidamente e podem durar apenas alguns minutos. Os ataques, freqüentemente, ocorrem com sintomas físicos como palpitações, dor no peito, sensações de sufocação, estômago embrulhado, tontura, sensação de irrealidade ou medo de desastre pessoal (de perder o controle ou ficar louco, de ter um ataque cardíaco ou morte súbita).

Para se fechar um diagnóstico de transtorno de pânico, o indivíduo deve apresentar um ataque de pânico inesperado ao longo da vida, acompanhado por um mês de preocupação com a recorrência do ataque ou suas consequências ou de mudanças prejudiciais

¹ NHS. NICE. **NICE guidelines [CG113]:** Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: management in primary, secondary and community care. Manchester: janeiro 2011. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/introduction>>.

no comportamento em decorrência do ataque. A frequência dos ataques pode variar muito, sendo comum a ocorrência de ao menos um ataque noturno. O início dos sintomas de pânico pode ser precedido de eventos vitais negativos importantes.

A característica essencial do transtorno de pânico (TP) é a presença de ataques de pânico recorrentes e inesperados, acompanhados por pelo menos um mês de preocupação persistente com novos ataques. Pode haver ou não alterações significativas de comportamento como consequência dos ataques. O **ataque** de pânico é um quadro de início agudo, com sensação súbita e inesperada de terror, associada a vários sintomas autonômicos, em particular os cardiorrespiratórios (taquicardia, dispneia, sensação de asfixia, desconforto torácico, vertigem), além de sudorese, tremores, náuseas, sensação de irrealidade (desrealização, despersonalização) parestesias, ondas de frio e de calor e medo intenso de morrer, ficar louco ou perder o controle. O início dos ataques pode ser desencadeado por eventos vitais negativos. Para se fechar um diagnóstico de transtorno de pânico é necessário haver ataques inesperados e outros sintomas e comportamentos associados. Os ataques não podem ser explicados pelo uso de substâncias psicoativas, por uma condição médica geral ou uma por uma condição psicológica específica.

O segundo componente importante do transtorno de pânico é a **ansiedade antecipatória**, em que o paciente desenvolve a preocupação constante de ter um novo ataque, ou se preocupa com supostas consequências de um novo ataque. Estas preocupações podem levar a um estado de ansiedade crônica. O terceiro componente é a **evitação fóbica**: os pacientes podem ficar tão temerosos de sofrerem um novo ataque que adotam comportamento de evitação a locais ou situações de onde seja difícil ou embaraçoso escapar ou obter ajuda. Este medo de passar mal e não ter como sair de uma situação, ou o medo de não ser atendido leva a comportamentos fóbicos.

A fobia a lugares abertos e públicos, ou a estar cercado de muitas pessoas, chama-se agorafobia. Há casos em que o indivíduo evita ficar sozinho em casa ou sair sozinho, viajar, utilizar transporte público. Em geral o paciente enfrenta melhor estas situações quando acompanhado, mesmo que esta companhia – como uma criança ou animal de estimação – seja incapaz de ajudá-lo. A agorafobia, em maior ou menor grau e por tempo variável, está presente em até dois terços dos casos de transtorno de pânico. Quando grave, pode ser bem limitante e ter prognóstico desfavorável.

Ataques de pânico isolados, ou ataques no curso de outros transtornos psiquiátricos, são mais comuns do que o transtorno do pânico propriamente dito. Ataques de pânico são 2 a 3 vezes mais frequentes em mulheres, ocorrendo normalmente entre a puberdade e os 35 anos de idade. Nos homens costumam ocorrer em idades mais precoces. Sintomas de pânico iniciados na adolescência são preditivos de risco elevado para outros transtornos de ansiedade e de humor na vida adulta. O risco do transtorno de pânico é aumentado em parentes de primeiro grau. A prevalência ao longo da vida para esse transtorno, em serviços de atenção primária, fica entre 4% e 6%. É muito comum a comorbidade com depressão (que pode chegar de 50 a 60% dos indivíduos com TP) e com abuso de substâncias psicoativas, além de outros transtornos de ansiedade^{2, 3, 4}.

² Vide: FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Tubarão : Ed. Copiart, 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf>.

³ BMJ. Transtornos de pânico. **BMJ Best Practice**, nov 2013. Disponível em: <<http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/121.html>>.

⁴ NHS. NICE. **NICE guidelines [CG113]**: Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: management in primary, secondary and community care. Manchester: janeiro 2011. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/introduction>>.

Diagnóstico Diferencial

Quando acompanhado de agorafobia, o destaque na classificação vai para o quadro fóbico. A agorafobia aparece na codificação com duas possibilidades: com antecedentes de transtorno de pânico e sem antecedentes de transtorno do pânico. A descrição do CID-10 para agorafobia (F40.0) é a seguinte:

Grupo relativamente bem definido de fobias relativas ao medo de deixar seu domicílio, medo de lojas, de multidões e de locais públicos, ou medo de viajar sozinho em trem, ônibus ou avião. A presença de um transtorno de pânico é freqüente no curso dos episódios atuais ou anteriores de agorafobia. Entre as características associadas, acham-se freqüentemente sintomas depressivos ou obsessivos, assim como fobias sociais. As condutas de evitação comumente são proeminentes na sintomatologia e certos agorafóbicos manifestam pouca ansiedade dado que chegam a evitar as situações geradoras de fobia⁵.

Muitas condições médicas podem causar sintomas semelhantes a ataques de pânico (hipotensão postural, hipoglicemia, arritmias, isquemia cerebral, doença coronariana, tireotoxicose). A história e o exame físico são suficientes para excluir muitas destas condições. Em casos selecionados podem ser solicitados exames focados na exclusão de causas orgânicas específicas (TSH, ECG, glicemia), mas não é recomendável realizar testes de rotina em pessoas com história típica de transtorno de pânico e sem sintomas indicativos de outros distúrbios específicos⁶.

Se os ataques ou momentos de ansiedade ocorrem apenas em situações específicas temidas, já conhecidas do paciente, deve-se considerar o diagnóstico de transtornos fóbicos.

Se houver medo ou preocupação persistentes de passar vergonha ou ser julgado negativamente por outros, e os ataques de pânico forem ativadas por exposição antecipada ou real a situações sociais e de avaliação, considerar a possibilidade de ser um transtorno de ansiedade social.

Se houver história de exposição a fator estressor com potencial risco de vida, além de embotamento emocional e revivescência do trauma, e os ataques forem ativados por exposição antecipada ou real a situações ou pistas que lembram o trauma, considerar transtorno de estresse pós-traumático.

Se houver preocupação, irritabilidade ou nervosismo persistentes, não limitados ao medo de ter ataques de pânico, considerar ansiedade generalizada.

Se os ataques de pânico ocorrem durante vigência de humor deprimido ou melancólico persistente por mais de duas semanas, considerar diagnóstico de depressão. Neste caso, priorizar o tratamento da depressão, já que os ataques de pânico podem ser secundários a esta condição. Há diversos antidepressivos eficazes para depressão, transtorno do pânico e outros transtornos de ansiedade como os inibidores seletivos de recaptção da serotonina e os tricíclicos.

Se houver uso concomitante de substâncias psicoativas, principalmente se os ataques ocorrerem durante o uso ou abstinência, considerar esta condição como possivelmente associada ao desenvolvimento dos sintomas de pânico.

⁵ OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª. versão. São Paulo: EdUSP, 1993.

⁶ BMJ. Transtornos de pânico, **BMJ Best Practice**, nov 2013. Disponível em: <<http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/121.html>>.

Para todas estas condições psiquiátricas, checar os protocolos específicos.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Adultos e crianças com 7 anos e mais⁷. O transtorno de pânico é raro em crianças, com prevalência de menos de 0,4% em menores de 14 anos. Não há boas evidências sobre tratamentos antes de 7 anos, idade definida normalmente na seleção de pacientes para as pesquisas⁸.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- a) Hipersensibilidade aos fármacos;
- b) Abuso atual de álcool ou de fármacos psicoativos;
- c) Ausência de aderência ao tratamento.

6. CASOS ESPECIAIS

Compreendem situações a respeito do tratamento ou da doença em que a relação risco-benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor e nas quais um comitê de especialistas nomeados pelo gestor estadual ou municipal poderá ou não ser consultado para a decisão final.

7. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

O tratamento deve ser oferecido logo que possível, na atenção primária, e pode ser feito com farmacoterapia, psicoterapia ou combinação de ambos. Por tratar-se de transtorno com tendência a cronicidade e a períodos de remissão e recorrências, o seguimento por um mesmo profissional ou equipe de saúde da família pode ser importante fator de adesão e possibilitar a identificação precoce de situações que mereçam mudança na terapêutica. Além do acompanhamento com clínico geral ou médico de família, o acompanhamento complementar por enfermeiro pode colaborar com reforço da adesão e orientação e monitoramento de medidas adjuvantes não medicamentosas, como uso de técnicas comportamentais para uso durante ataques de pânico.

Casos refratários à terapêutica inicial, ou em dúvida quanto ao diagnóstico, podem se beneficiar de interconsulta ou seguimento complementar com profissional de saúde mental de apoio, por exemplo, psiquiatra de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Suspeitas de transtorno de humor severo associado ou presença de sintomas psicóticos indicam a necessidade de avaliação especializada.

⁷ GINSBURG, Golda S. et al. Remission after acute treatment in children and adolescents with anxiety disorders: Findings from the CAMS. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Vol 79(6), Dec 2011, 806-813. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/journals/ccp/79/6/806/>> e em <<http://dx.doi.org/10.1037/a0025933>>.

⁸ CRESWELL, C.; MURRAY, L.; COOPER, P. Interpretation and Expectation in Childhood Anxiety Disorders: Age Effects and Social Specificity. **J Abnorm Child Psychol** (2014) 42:453–465. DOI 10.1007/s10802-013-9795-z. Disponível em: <http://download.springer.com/static/pdf/36/art%253A10.1007%252Fs10802-013-9795-z.pdf?auth66=1413652667_47d48809c1e94e7587c270ecdbef6a0f4&ext=.pdf>.

Os CAPS devem ser reservados para casos complexos, principalmente quando houver comorbidade com transtornos psicóticos e com abuso de substâncias. Como existe alta prevalência de sintomas físicos no pânico, é importante que os profissionais das UPA e emergências hospitalares identifiquem casos suspeitos de transtornos de ansiedade – por exemplo, ao fazer o diagnóstico diferencial da dor torácica atípica – possibilitando prevenir o excesso de medicalização. As emergências e pronto-atendimentos podem orientar o paciente para a busca de diagnóstico preciso e cuidado adequado na atenção primária.

Excepcionalmente, pacientes com depressão severa comórbida e ideação suicida podem necessitar de hospitalização enquanto uma terapia efetiva é instituída.

8. TRATAMENTO

8.1 Recomendações gerais

As pessoas que têm transtorno de pânico e suas famílias e cuidadores precisam de informação em linguagem clara e compreensível, sobre a natureza da sua condição e as opções disponíveis de tratamento. Essas informações são essenciais para a tomada de decisão compartilhada entre pessoas com transtorno de pânico e os profissionais de saúde, especialmente ao fazer escolhas entre tratamentos amplamente equivalentes. Alguns serviços promovem grupos de apoio e de colaboração entre as pessoas ansiosas, suas famílias e cuidadores, em CAPS e na atenção primária.

A tomada de decisão compartilhada melhora a concordância e desfechos clínicos, e deverá ter lugar durante o processo de diagnóstico e em todas as fases do atendimento. Deve-se conversar sobre os prováveis perfis de efeitos colaterais dos medicamentos. Preocupações comuns sobre tomar medicação, como o medo de ficar dependente, devem ser abordadas.

Tratamentos psicossociais e farmacológicos em associação podem ter vantagens sobre qualquer uma das modalidades isoladas em casos moderados a graves. Existem alguns tratamentos psicoterápicos específicos que demonstraram ser tão eficazes quanto a farmacoterapia, muitas vezes com resultados mais duradouros. Na agorafobia persistente, as técnicas de exposição progressiva a estímulos, quando possíveis, adquirem grande importância.

Psicoanalépticos (antidepressivos) devem ser a única classe de medicamentos utilizada no longo prazo para o tratamento do transtorno de pânico.

Anti-histamínicos, antipsicóticos e outros tipos de sedativos não devem ser usados no tratamento do pânico.

Benzodiazepínicos são associados com piores desfechos no longo prazo, não devendo ser utilizados rotineiramente^{9, 10} e nunca como monoterapia no tratamento do transtorno do pânico. Uma grande população de brasileiros foi induzida à dependência

⁹ FIRMINO, Karleyla Fassarelo et al . Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, Jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100018&lng=en&nrm=iso>.

¹⁰ FIRMINO, Karleyla Fassarela et al . Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 6, June 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600019&lng=en&nrm=iso>.

iatrogênica de clonazepam¹¹, pelo fato de que é um tranquilizante barato, capaz de rápida tolerância, fácil aumento de dosagens por conta do paciente e síndrome de abstinência discreta mas geradora de consumo sequencial. O risco de dependência com esta classe de medicamentos é alto, podendo ocorrer em períodos curtos como 2 a 4 semanas. Podem ainda ocorrer sintomas de retirada quando de sua interrupção, com piora dos sintomas de pânico. Quando utilizados, em casos selecionados, devem ser limitados às duas primeiras semanas de tratamento, durante o período de titulação da dose de antidepressivos.

8.2 Ataques de pânico

No caso de ataques avulsos de pânico, deve se aconselhar e monitorar o paciente para detectar recorrência dos ataques ou o possível desenvolvimento de outros sintomas. Deve-se aconselhar os pacientes de que estes ataques afetam até um terço dos indivíduos durante a vida, sendo que menos que 10% desses indivíduos sofrem de transtorno de pânico completo e que, embora esses ataques sejam desconfortáveis, não são perigosos e são limitados no tempo. Os pacientes podem ainda ser Incentivados a monitorar a intensidade, a frequência e a duração dos ataques, bem como se estes episódios são esperados ou inesperados.

Uma avaliação de acompanhamento ou uma ligação telefônica de checagem deve ser marcada em até 2 semanas, para reavaliar os sintomas do paciente. É opcional aos serviços de saúde, neste período, fornecerem alguma orientação escrita sobre ataques de pânico. A leitura de materiais de autoajuda baseados nos princípios da terapia cognitivo comportamental, acompanhada ou não de contatos telefônicos breves, pode ajudar¹².

Aconselhar ao paciente e familiares os seguintes passos para o caso de ocorrer novos ataques de pânico¹³:

- a) Permanecer onde está até que o ataque passe.
- b) Entender que o ataque tem um começo, um meio e um final, e que ele passa rapidamente.
- c) Entender que o ataque, apesar de assustar, não mata e não enlouquece.
- d) Concentrar-se em controlar a ansiedade, não nos sintomas físicos.
- e) Praticar respiração lenta, relaxada. A respiração controlada reduzirá os sintomas físicos. Pode-se respirar, devagar e profundamente, dentro de um saco plástico segurado diante do nariz, para aspirar gás carbônico do ar já expirado.
- f) Respirar muito profundamente ou rapidamente (hiperventilação) pode causar alguns dos sintomas físicos do pânico.
- g) Dizer a si mesmo mentalmente que isto é um ataque de pânico e que os pensamentos e sensações assustadores logo passarão.
- h) Observar o tempo passando em seu relógio. Pode parecer um longo tempo, mas serão apenas alguns minutos.

¹¹ A venda do ansiolítico clonazepam disparou nos últimos quatro anos no Brasil, fazendo do remédio o segundo mais comercializado entre as vendas sob prescrição. Entre 2006 e 2010, o número de caixinhas vendidas saltou de 13,57 milhões para 18,45 milhões, um aumento de 36%. O levantamento foi feito pelo IMS Health, instituto que audita a indústria farmacêutica, a pedido da Folha. O consumo do tranquilizante só fica atrás do de um anticoncepcional que vende, em média, 20 milhões de unidades por ano. Vide: COLLUCCI, Cláudia. Venda de calmante tem alta de 36% em quatro anos no Brasil. **Folha de São Paulo**, 17 de janeiro de 2011. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/voce-escreve/os-brasileiros-se-entopem-de-rivotril.html>>.

¹² BMJ. Transtornos de pânico, **BMJ Best Practice**, nov 2013. Disponível em: <<http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/121.html>>.

¹³ FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Tubarão : Ed. Copiart, 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf>.

- i) Identificar medos exagerados que ocorrem durante o pânico (p. ex., temor de estar tendo um ataque cardíaco). Discutir formas de desafiar esses medos durante o pânico (p. ex., lembrar a si mesmo “Eu não estou tendo um ataque cardíaco. Isto é um ataque de pânico e passará em alguns minutos”).

Considerar as seguintes medidas no atendimento de um ataque de pânico em serviços de saúde:

- a) Tranquilizar o paciente de que ele não irá morrer e que o ataque logo irá ceder.
- b) Os pacientes, geralmente, hiperventilam durante o ataque, porém, subjetivamente, vivenciam isso como dispneia. Explicar isto ao paciente, enfatizando que ele deve respirar devagar.
- c) Usar uma sala silenciosa e contar com a ajuda de uma pessoa de confiança do paciente.
- d) No ambiente de pronto-socorro (UPA, hospital), pode-se considerar o uso de benzodiazepínicos para interromper um ataque agudo.

8.3 Fármacos

A clomipramina, psicoanaléptico tricíclico, foi por décadas o padrão-ouro dos fármacos usados no transtorno de pânico¹⁴, seguida da imipramina¹⁵.

O cloridrato de clomipramina deve ser usado por cerca de 24 meses consecutivos, nos transtornos de pânico^{16, 17}. A clomipramina é apresentado em comprimidos de 10 mg e 25 mg. Apresenta boa eficácia quando bem tolerada.

Pelo fato de a clomipramina, apesar de barata, não ser tão disponível nas farmácias e por causar em algumas pessoas efeitos colaterais que dificultam a adesão ao tratamento¹⁸, a fluoxetina tem sido, geralmente, o fármaco mais receitado nos transtornos de pânico¹⁹, principalmente no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Contudo, o inibidor seletivo de recaptção da serotonina de efeitos terapêuticos comparáveis aos da clomipramina é a paroxetina²⁰. Poucos municípios incluíram a paroxetina na Relação Municipal de Medicamentos, em função mais da resistência à inovação

¹⁴ MODIGH, K.; WESTBERG, P.; ERIKSSON, E. Superiority of clomipramine over imipramine in the treatment of panic disorder: a placebo-controlled trial. **J Clin Psychopharmacol.** 1992 Aug;12(4):251-61. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1527228>>.

¹⁵ SAEED, S. Atezaz; BRUCE, Timothy J. Panic Disorder: Effective Treatment Options. **Am Fam Physician.** 1998 May 15;57(10):2405-2412. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/1998/0515/p2405.html>>.

¹⁶ POLLACK, M.H.; ALLGULANDER, M.D.; BANDELOW, B. et al. WCA Recommendations for the Long-Term Treatment of Panic Disorder. **CNS Spectr.** 2003;8 (suppl 1):17-30. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14767395>>.

¹⁷ BANDELOW, Borwin, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, June 2012, Vol. 16, No. 2, Pages 77-84 (doi:10.3109/13651501.2012.667114). Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/13651501.2012.667114>>.

¹⁸ BAKKER, A.; VAN BALKOM, A.J.; SPINHOVEN, P. et al. SSRIs vs. TCAs in the treatment of panic disorder: a meta-analysis. **Acta Psychiatr Scand.** 2002, 106:163-7. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12197851>>.

¹⁹ MICHELSON, C.D. et al. Efficacy of usual antidepressant dosing regimens of fluoxetine in panic disorder. **BJ Psych** 2001; 179, 514-518. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11731354>>.

²⁰ LECRUBIER, Y.; BAKKER, A.; DUNBAR, G.; JUDGE, R. and The Collaborative Paroxetine Panic Study Investigators. A comparison of paroxetine, clomipramine and placebo in the treatment of panic disorder. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 95: 145-152, 1997. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb00388.x. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1997.tb00388.x/abstract;jsessionid=49BFE14BE79312BFFDDAFDB551B61EBC.f04t02>>.

do que de seu custo. Clomipramina e paroxetina se ajustam muito bem a pessoas com pânico que denotam tendências a sintomas fóbicos e obsessivo-compulsivos²¹.

É interessante informar as pessoas que receberem uma prescrição de psicoanalépticos, no início do tratamento, sobre os potenciais efeitos colaterais, incluindo um aumento transitório da ansiedade e de sintomas de pânico. Também é interessante informar sobre o risco de efeitos se houver descontinuação abrupta, se uma dose for perdida ou se houver redução de dose. Também sobre a demora no início do efeito e o curso prolongado de tratamento.

O cloridrato de fluoxetina, na dose de 20 mg/dia, por ter meia vida longa, tem baixo risco de sintomas de abstinência. A maioria dos efeitos adversos limita-se ao período de titulação da dose e deve ser discutida com o paciente antecipadamente. Deve-se fazer um monitoramento para garantir a adesão à terapêutica medicamentosa.

Doses altas são excepcionais. Se não houver resposta em 12 semanas de tratamento, deve-se considerar a troca para antidepressivo de outra classe (tricíclicos)²².

A imipramina foi retirada da última revisão da RENAME, porém é fármaco clássico, de eficácia bem definida no pânico, em depressões e em outros transtornos, podendo ser uma opção eficaz quando disponível em relações de medicamentos municipais. Os seguintes esquemas posológicos podem ser utilizados para o pânico, no SUS:

- a) **Clomipramina**: 12,5 a 25 mg por via oral uma vez ao dia, inicialmente, aumentando gradualmente de acordo com a resposta, a um máximo de 250 mg/dia. Usualmente a dose fica em 75 mg/dia.
- b) **Fluoxetina**: 20 mg ao dia.

Se a **paroxetina**, opcionalmente, constar na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) de algum município, será uma ótima opção, na dose de 20 mg ao dia, podendo-se aumentar, excepcionalmente, a 40 mg por dia, em duas tomadas.

Havendo disponibilidade de **imipramina**: 10 a 25 mg por via oral uma vez ao dia, inicialmente, aumentando 10 mg/dia a cada 2 ou 4 dias, de acordo com a resposta, até o máximo de 300 mg/dia. A dose usual é, também, de 75 mg/dia.

Os benzodiazepínicos, apesar de terem sido utilizados por décadas como tratamento do pânico, estão associados a piores resultados em longos prazos. Apresentam risco de dependência mesmo em curtos períodos (até 4 semanas) e podem gerar sintomas de abstinência na retirada. Quando utilizados, deve-se preferir o **diazepam** (comprimidos de 5 mg).

O benzodiazepínico, no pânico, deve ser reservado para duas situações específicas:

- a) Ataques de pânico atendidos **em pronto-socorro** (UPA, emergência de hospital, SAMU), quando não responsivos a medidas comportamentais.

²¹ BALLENGER, J.C.; DAVIDSON, J.R.T.; LECRUBIER, Y. et al. Consensus statement on panic disorder from the international consensus group on depression and anxiety. **J Clin Psychiatry**. 1998;59 (Suppl 8):47–54. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9707162>>.

²² NHS. NICE. **Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: management in primary, secondary and community care**. NICE guidelines [CG113]. Manchester: janeiro 2011. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/introduction>>.

BMJ BEST PRACTICE. Transtornos de pânico [recurso eletrônico]. Nov 2013. Disponível em: <<http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/121.html>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional 2008**: RENAME 2006. Brasília : Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2008.pdf>.

- b) Como **adjuvante no início** do tratamento com antidepressivos, na vigência de sintomas incapacitantes que exigem controle rápido, com uso limitado ao período de titulação da dose do antidepressivo (2 a 4 semanas). Nesta situação, pode-se usar o diazepam na dose inicial de 2,5 mg por via oral, 2 vezes por dia, aumentando gradualmente, de acordo com a resposta. A dose máxima aplicável é de 40 mg/dia. Normalmente há resposta a 10 ou 15 mg/dia, divididos em 2 ou 3 tomadas.

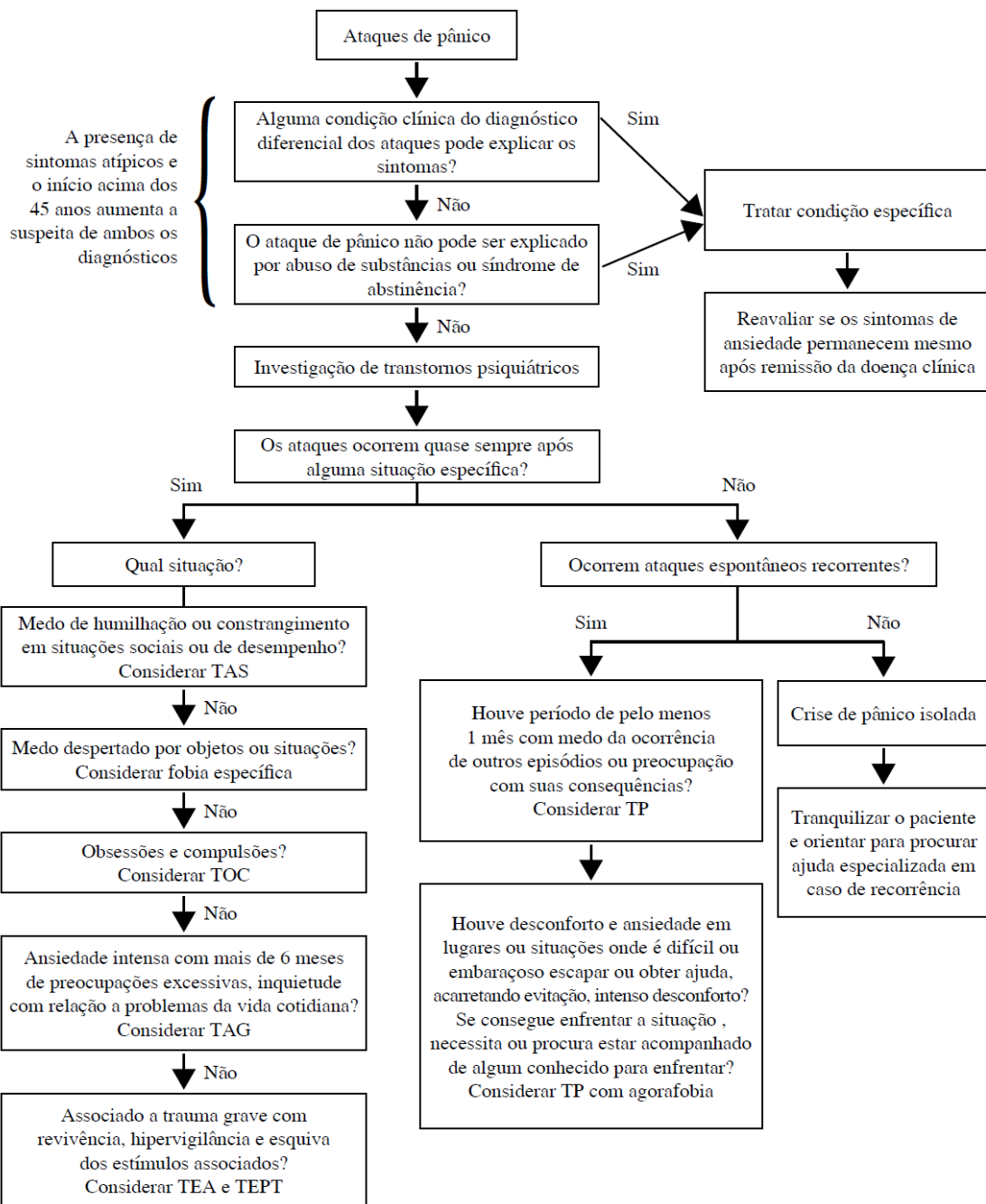
8.3. Tempo de tratamento e critérios de interrupção

A farmacoterapia para transtorno de pânico deve continuar durante 2 anos após o ponto de resposta ao tratamento para garantir a redução dos sintomas e proteger contra a recidiva. As vantagens e desvantagens da resposta ao medicamento atual devem ser revisadas. Deve-se recomendar um esquema de redução lenta e gradual, com monitoramento frequente da resposta.

8.4. Benefícios esperados

O objetivo principal do tratamento do TP é reduzir a intensidade, a frequência e a duração dos episódios de pânico, bem como reduzir o comportamento de evitação, limitar a dependência excessiva de segurança e melhorar a capacidade funcional.

Algoritmo para avaliação diagnóstica



TAS = transtorno de ansiedade social; TOC = transtorno obsessivo compulsivo; TAG = transtorno de ansiedade generalizada; TEA = transtorno de estresse agudo; TEPT = transtorno de estresse pós-traumático; TP = transtorno do pânico.

Fonte: Salum, Blaya, Manfro, 2009²³.

²³ SALUM, Giovanni; BLAYA, Carolina Blaya; MANFRO, Gisele Gus. Transtorno do pânico. *Rev Psiquiatr RS*. 2009;31(2). Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n2/v31n2a02>>.

Algoritmo emergencial (crise de pânico)

