



**UNIVERSIDADE FRANCISCANA**  
**ÁREA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE MEDICINA**

**RENATA SAELE ROGIA DE ANDRADE**

**TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO:**  
**PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA O MANEJO DE ATAQUE DE PÂNICO NA**  
**EMERGÊNCIA**

**Santa Maria, RS**

**2019**

**RENATA SAELE ROGIA DE ANDRADE**

**TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO:  
PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA O MANEJO DE ATAQUE DE PÂNICO NA  
EMERGÊNCIA**

Projeto de trabalho final de graduação (tfg) apresentado ao Curso de Medicina, Área de Ciências da Saúde da Universidade Franciscana – UFN, como requisito parcial para aprovação na disciplina de tfg.

**Orientador: Felipe Salles de Salles**

**Santa Maria, RS**

**2019**

## **RESUMO**

Os ataques de pânico não são considerados como um transtorno de ansiedade específico; no entanto, podem constituir uma característica presente tanto nos transtornos de ansiedade, como em outros transtornos mentais e doenças orgânicas. Consistem essencialmente em um surto abrupto de medo ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem sintomas físicos e cognitivos que, no contexto das doenças psiquiátricas, geralmente, é o que fará o indivíduo procurar o departamento de emergência. O presente protocolo foi elaborado a fim de auxiliar os profissionais da saúde na identificação e no manejo dos pacientes que chegam à emergência hospitalar com ataques de pânico, a fim de que recebam a melhor conduta possível, tanto no momento do ataque, como orientações em longo prazo.

**Palavras-chave:** transtorno de ansiedade; ataque de pânico; transtorno de pânico; emergência psiquiátrica;

## **ABSTRACT**

Panic attacks are not considered as a specific anxiety disorder; however, they may be a feature present in both anxiety disorders and other mental disorders and organic diseases. They consist essentially of an abrupt onset of fear or intense discomfort that peaks within minutes and during which physical and cognitive symptoms occur, which in the context of psychiatric illnesses is often what will make the individual go to the emergency department. This protocol is designed to assist health professionals in identifying and managing patients who come to the emergency department with panic attacks to receive the best possible conduct at the time of the attack, as well as long-term guidance.

**Keywords:** anxiety disorder; panic attack; panic disorder; psychiatric emergency;

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>5</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>6</b>
3.1 Objetivos gerais .....	6
3.2 Objetivos específicos .....	6
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>6</b>
<b>5 EPIDEMIOLOGIA .....</b>	<b>9</b>
<b>6 ETIOLOGIA .....</b>	<b>10</b>
<b>7 QUADRO CLÍNICO .....</b>	<b>11</b>
<b>8 TRATAMENTO.....</b>	<b>16</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>19</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Os transtornos de ansiedade constituem o maior grupo de desordens mentais na maioria dos países ocidentais, resultando em uma das principais causas de incapacidade. Segundo a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o grupo dos transtornos de ansiedade engloba: transtorno de pânico, agorafobia, fobia específica, transtorno de ansiedade social, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade de separação, mutismo seletivo, transtorno por abuso de substâncias, transtorno devido à outra condição e não especificado. As características essenciais que os unem são medo excessivo e persistente e/ou evitação de situações percebidas pelo indivíduo como ameaçadoras, além de ataques de pânico (CRASKE et al, 2017). Os ataques de pânico, por sua vez, representam critério diagnóstico no transtorno de pânico ou especificador nos demais, e podem ser diferenciados da ansiedade persistente por fatores como o tempo até o pico de intensidade dos sintomas, sua natureza distinta e a gravidade geralmente maior.

Além de uma manifestação dos transtornos de ansiedade, os ataques de pânico podem estar presentes em outros transtornos mentais, em doenças orgânicas, ou ainda podem representar um episódio isolado de resposta ao estresse. Um ataque de pânico consiste em um surto abrupto de medo ou desconforto intenso que atinge seu pico de intensidade em minutos e durante o qual ocorrem quatro ou mais dos treze sintomas físicos e cognitivos descritos nos critérios de especificador de ataque de pânico do DSM-5, a exemplo de palpitações, sudorese, dor ou desconforto torácico e medo de perder o controle ou “enlouquecer”. Quando associados a transtornos psiquiátricos subjacentes, os ataques de pânico estão relacionados a um aumento na gravidade dos sintomas, a taxas mais altas de comorbidade, suicídio e piores respostas ao tratamento (CRASKE et al, 2010).

Diante do exposto, tendo em vista que no contexto das doenças psiquiátricas, geralmente a ocorrência do ataque de pânico é o que levará o indivíduo a procurar o serviço de emergência, o presente protocolo pretende auxiliar os profissionais de saúde no manejo destes pacientes, para que

recebam a melhor conduta possível, tanto no momento do ataque de pânico, como através da identificação daqueles que terão benefício no encaminhamento a serviços especializados para tratamento em longo prazo.

## **2. JUSTIFICATIVA**

É notável que ao pesquisar dados a respeito de ataques de pânico e sobre como manejá-los na emergência, verifica-se que há pouca literatura que os analise separadamente do transtorno de pânico e da agorafobia. Em parte, isso se deve ao fato de que apenas com a atualização do DSM no ano de 2013, por meio do DSM-5, que o transtorno de pânico e a agorafobia foram reconhecidos como independentes, e os ataques de pânico não mais exclusivos a eles. Além disso, na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), os ataques de pânico estão diretamente relacionados ao transtorno de pânico por meio do CID F41.0 – transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica).

Cabe destacar que a não identificação precoce de um paciente com ataque de pânico pode resultar em gastos desnecessários ao sistema de saúde, além de causar sofrimento ao paciente, uma vez que doenças orgânicas devem ser descartadas primeiramente (BUCCELLETTI, F. et al, 2013). Com isso, percebe-se a importância de existir na literatura protocolos atualizados que foquem no manejo do ataque de pânico não restrito a transtornos de ansiedade específicos, a fim de auxiliar os profissionais do serviço de emergência no diagnóstico diferencial desses pacientes e no correto encaminhamento daqueles que poderão obter benefício em longo prazo.

Portanto, com o objetivo de suprir essa necessidade, este trabalho propõe gerar um protocolo assistencial que rastreie e conduza pacientes que cheguem à emergência com sinais e sintomas de ataque de pânico, e que atenda às demandas e aos requisitos dispostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com uma aplicabilidade nacional. Desse modo, ataques de pânico recorrentes poderão ser prevenidos e todo o rastreio inicial para descartar doenças orgânicas não precisará ser repetido continuamente.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo geral**

- Propor a identificação de usuários dos serviços de emergência com sinais e sintomas de ataque de pânico e auxiliar a equipe na conduta mais adequada para cada caso.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Auxiliar os profissionais da emergência, por meio de fluxogramas, no diagnóstico diferencial de paciente que se apresentem com ataque de pânico.
- Auxiliar, através de métodos de rastreio, na identificação de pacientes que possam se beneficiar de encaminhamento para especialista.
- Evitar, por meio da conduta mais adequada, que o paciente tenha episódios de ataque de pânico recorrentes.

### **4. REFERENCIAL TEÓRICO**

A ansiedade consiste em um sinal de alerta normal e adaptativo e atua como uma advertência de uma ameaça externa ou interna. É caracterizada mais comumente como uma sensação difusa, desagradável e vaga de apreensão, muitas vezes acompanhada de sintomas autonômicos como cefaleia, palpitações, aperto no peito, leve desconforto estomacal e inquietação, embora a gama de sintomas presentes durante a ansiedade seja variável entre as pessoas. A experiência da ansiedade apresenta dois componentes: a percepção das sensações fisiológicas e a percepção de estar nervoso ou assustado. Além dos efeitos motores e viscerais, a ansiedade afeta o pensamento e o aprendizado. Tende a produzir confusão e distorções da percepção, não apenas do tempo e do espaço, mas também das pessoas e dos significados dos acontecimentos. Os indivíduos ansiosos ficam predispostos a selecionar certos aspectos de seu ambiente e subestimar outros em seu esforço de provar que se justifica considerar sua situação aterradora. Se, de maneira equivocada, justificam seu medo, aumentam a ansiedade pela resposta seletiva e estabelecem um círculo vicioso de ansiedade, percepções distorcidas e ansiedade aumentada (KAPLAN & SADOCK, 2017).

Os transtornos de ansiedade constituem o maior grupo de desordens mentais na maioria dos países ocidentais, resultando em uma das principais causas de incapacidade. As características essenciais que os unem são medo excessivo e persistente e/ou evitação de situações percebidas pelo indivíduo como ameaçadoras, além de ataques de pânico. Embora a neurobiologia específica de cada transtorno não tenha sido elucidada, algumas generalizações podem ser feitas, como alterações no sistema límbico, disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e fatores genéticos e ambientais (CRASKE et al, 2017). Estima-se que a prevalência global dos transtornos de ansiedade, em 12 meses, seja de aproximadamente 14% (BAXTER, et al, 2013). O Estudo Americano de Comorbidade (National Comorbidity Study) relatou que 1 em cada 4 pessoas satisfaz critério diagnóstico de pelo menos um transtorno de ansiedade e que há uma taxa de prevalência em 12 meses de 17,7%. As mulheres, com prevalência durante a vida de 30,5%, têm mais probabilidade de ter um transtorno de ansiedade do que os homens, prevalência durante a vida de 19,2% (KAPLAN & SADOCK, 2017). O início dos sintomas costuma ocorrer durante a infância, adolescência ou início da vida adulta e frequentemente são acompanhados de depressão e outras comorbidades (KEESLER, et al, 2010). No entanto, apesar de sua vasta significância na saúde pública, a maioria dos transtornos de ansiedade permanece indetectável e/ou não são tratados pelos sistemas de saúde (CRASKE, et al, 2017). Quando não tratados tendem a se tornar crônicos com períodos de melhora e piora ao longo do tempo, embora em cerca de 40% dos pacientes a redução dos sintomas possa ocorrer (BATELAAN, et al, 2014; SPINHOVEN, et al, 2016).

Dentre as manifestações dos transtornos de ansiedade e reações ao estresse, os ataques de pânico estão entre as principais causas de atendimento em serviços de emergência. Esses pacientes seguem um padrão longo de visitas às emergências médicas antes do diagnóstico psiquiátrico, à procura de uma causa orgânica para seus sintomas. Portanto, além de psiquiatras, também médicos em geral e, em especial, aqueles que trabalham com atenção primária e serviços de emergência médica devem estar familiarizados com os sinais e sintomas de ataques de pânico. O conhecimento



desses profissionais é de extrema importância ao considerarmos a alta prevalência dos ataques de pânico na população em geral e a necessidade de saber diferenciar os ataques de pânico isolados da síndrome completa, transtorno de pânico, e de outros problemas médicos que podem se apresentar como uma crise de ansiedade (SALUM et al, 2009).

Um ataque de pânico consiste, essencialmente, em um surto abrupto de medo ou desconforto intenso, que pode ter início tanto a partir de um estado prévio calmo, como de um estado ansioso, que atinge seu pico de intensidade em cerca de 10 minutos (com duração em média de 20 a 30 minutos, mas que raramente ultrapassa uma hora), e durante o qual ocorrem quatro ou mais dos treze sintomas físicos e cognitivos descritos nos critérios de especificador de ataque de pânico do DSM-5, descritos abaixo.

---

**Especificador de ataque de pânico:**

---

1. Palpitações, coração acelerado ou taquicardia;
  2. Sudorese;
  3. Tremores ou abalos;
  4. Sensação de falta de ar ou sufocamento;
  5. Sensações de asfixia;
  6. Dor ou desconforto torácico;
  7. Náusea ou desconforto abdominal;
  8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio;
  9. Calafrio ou ondas de calor;
  10. Parestesias (anestésias ou sensação de formigamento);
  11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo);
  12. Medo de perder o controle ou "enlouquecer";
  13. Medo de morrer;
- 

**Fonte: DSM-5**

Além disso, segundo o DSM-5, os ataques de pânico podem ser classificados em: esperados, aqueles em que há um desencadeante óbvio para o início do quadro, e inesperados, aqueles em que não há um aparente desencadeante para os sintomas, a exemplo dos ataques de pânico noturnos, nos quais os pacientes acordam subitamente com as manifestações de ansiedade.

Após a ocorrência de um ataque de pânico, vulnerabilidades individuais como neuroticismo (ou fatores emocionais), e sensibilidade à ansiedade (ou crenças de que a ansiedade é prejudicial) parecem desempenhar um papel em determinar se um indivíduo desenvolve ou não ansiedade sobre novos ataques

de pânico (CRASKE, 2019). A ansiedade resultante, tipicamente, é focada em sensações somáticas associadas com ataques de pânico. Indivíduos com transtorno de pânico e/ou agorafobia são particularmente predispostos a ficarem ansiosos em situações que provocam sensações similares àquelas que eles vivenciaram durante ataques de pânico (ANTHONY, M. M., et al, 2006). Os possíveis motivos para esse foco agudo em sensações somáticas corporais incluem o medo condicionado de sinais internos e avaliações catastróficas das reações corporais (DWORKIN B. R.; DWORKIN, S., 1999). A percepção dos ataques de pânico como "inesperados" gera ainda mais ansiedade em longo prazo, assim como a falta de controle das sensações corporais. Esta ansiedade, por sua vez, aumenta a vigilância de alguém para sensações que se tornaram sinais de pânico, gerando um ciclo de manutenção de pânico e ansiedade (CRASKE, 2019).

De acordo com a Associação Americana de Transtornos de Ansiedade, pacientes que estão vivenciando uma situação de estresse frequentemente realizam múltiplas visitas aos departamentos de emergência ou consultórios médicos com sinais e sintomas de ataque de pânico. Já foi demonstrado que adultos atendidos no serviço de emergência com ataques de pânico continuaram a procurar atendimento médico cinco anos após o contato inicial; além de ter sido demonstrada alta correlação entre o comportamento de busca de ajuda e níveis mais altos de ansiedade e sintomas depressivos (ARMANDO, M. et al, 2010). Estudos adicionais mostram que a presença de ataques de pânico isolados geralmente não está associada a doenças mentais subsequentes, ao contrário dos ataques de pânico recorrentes, que estão mais associados a um aumento de doenças mentais comórbidas e pior prognóstico (JONGE et al, 2016). Diante do exposto, percebe-se a importância de identificar e encaminhar os pacientes para tratamento especializado, a fim de prevenir ataques de pânico recorrentes.

## **5. EPIDEMIOLOGIA**

De acordo com o DSM-5, os ataques de pânico podem ocorrer em qualquer idade, apesar de relativamente raros até a puberdade, quando sua

prevalência aumenta. Os principais fatores de risco para sua ocorrência estão relacionados ao temperamento (afetividade negativa e maior sensibilidade à ansiedade), a fatores ambientais (a exemplo do tabagismo e consumo de cafeína), ao sexo feminino (embora a diferença entre os gêneros seja mais pronunciada no transtorno de pânico) e a baixo nível socioeconômico.

Ainda segundo o DSM-5, a prevalência estimada de ataques de pânico, em 12 meses, nos Estados Unidos é de 11,2% em adultos. Em um estudo epidemiológico transnacional foi evidenciado que o risco estimado de ataque de pânico na população geral é de 13.2%; sendo que, dentre os indivíduos que já tiveram um ataque de pânico, a prevalência de recorrência foi de 66.5%, enquanto apenas 12.8% preencheram os critérios para o transtorno de pânico (JONGE et al, 2016).

## **6. ETIOLOGIA**

Dentre as principais teorias em relação aos ataques de pânico, Klein (1993) afirma que a clínica dos ataques de pânico resulta de uma falha de um “sistema de alarme de sufocação”, sendo que esta falsa ativação levaria à dispneia, ao medo e à hiperventilação. Neste contexto, dados recentes sugerem que no tronco encefálico, mais especificamente na região do periaqueduto cinzento, há um sistema de “alarme de sufocação” que é sensível à hipóxia, e a ativação dessa estrutura teria a capacidade de desencadear um ataque de pânico do tipo respiratório e tornar o sujeito hipersensível ao dióxido de carbono (SCHIMITEL, F. G. et al.; 2012; SCHENBERG, L. C. et al., 2014);

Em relação a teorias cognitivas, propõe-se que o ataque de pânico seja uma resposta “catastrófica” cortical dos sistemas corporais (KLEIN, D. F., 1993; CLARK, D. M. et al., 1997). Segundo Clark, os ataques de pânico derivam de interpretações catastróficas disfuncionais de certas manifestações corporais. A suposição é centralizada no processamento inadequado de informações vindas de um estímulo externo (ruído, luminosidade) ou interno (sensação de taquicardia, sudorese, vertigem). A interpretação é de perigo iminente, o que dispara ou intensifica as sensações corporais, confirmando o “perigo” e gerando, então, mais interpretações catastróficas e ansiedade em uma espiral

crescente e rápida. O modelo de Barlow amplia este conceito. Conforme este modelo, o ataque de pânico inicial é um alarme falso que pode ser ativado quando ocorre um aumento momentâneo de estresse na vida de indivíduos com vulnerabilidades biológicas e/ou psicológicas (SALUM, et al, 2012).

Embora todos os autores sugiram que os ataques de pânico são falsos alarmes, os mecanismos neurais que os predispõe ou que os desencadeiam permanecem desconhecidos.

## **7. QUADRO CLÍNICO**

Um dos pontos-chaves na avaliação dos pacientes com ataques de pânico é o diagnóstico diferencial, uma vez que muitas situações clínicas e psiquiátricas têm apresentações que incluem ataques de pânico ou se assemelham a ele. Logo, a coleta da história clínica e o exame físico são essenciais. O algoritmo de avaliação para ataques de pânico inclui: ataques secundários a uma condição clínica, por exemplo, síndromes coronarianas; abuso de substâncias ou síndrome da abstinência, a exemplo de abuso de cocaína e abstinência de álcool; transtornos de ansiedade, como o transtorno de pânico; e outros transtornos psiquiátricos, como o transtorno do estresse pós-traumático (SALUM, et al, 2012).

Uma história detalhada das medicações e drogas em uso pelo paciente deve ser colhida, especialmente a história de consumo de álcool, cafeína, cocaína, nicotina, broncodilatadores e hipnóticos sedativos (SALUM, et al, 2012). Além disso, o paciente ou o acompanhante devem ser questionados sobre patologias prévias e comorbidades, a exemplo de hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca congestiva, histórico de asma e transtornos psiquiátricos, e sobre estresse recente, a exemplo de brigas, divórcio, processo de luto e doenças na família. Cabe destacar que sintomas de pânico relacionados ao luto podem ser mais prevalentes em indivíduos que estão passando por luto complicado e contribuem independentemente para o sofrimento e comprometimento funcional (BUI, E. et al, 2014).

Em pacientes que estão vivenciando um ataque de pânico, o desconforto ou dor torácica é comum e, na emergência, representa um grande desafio para o médico, pois, além de queixa frequente, compreende uma variedade de causas, com ampla gama de implicações clínicas, algumas potencialmente fatais se não reconhecidas rapidamente. As síndromes coronarianas agudas representam quase um quinto das causas de desconforto torácico nas salas de emergência. Logo, a abordagem inicial deve ser feita com o objetivo de afastar esse diagnóstico, sem, entretanto, esquecer outras causas potencialmente catastróficas (MARTINS, et al, 2016). No quadro 1, estão alguns questionamentos que podem ser feitos ao paciente ou ao acompanhante, a fim de facilitar o raciocínio clínico sobre se a manifestação do paciente é em decorrência de uma patologia orgânica ou de um quadro de ansiedade. Caso o ataque não possa ser mais bem explicado por nenhuma condição clínica ou pelo uso ou abstinência de substâncias, deve-se proceder à investigação diagnóstica para transtornos psiquiátricos, com atenção especial para os transtornos de ansiedade (SALUM, et al, 2012).

Quadro 1.

<b>Questionamentos sobre a dor torácica</b>	
Sintomas precipitantes	O que estava fazendo no início dos sintomas? Esteve doente recentemente? Sofreu algum trauma torácico? Realizou algum trabalho pesado, empurrando ou puxando algo, recentemente? Como os sintomas evoluíram?
Qualidade da dor	A dor possui duração de segundos, minutos, horas ou até um dia para alívio? É constante ou intermitente? A dor é aguda, em peso, em queimação, em aperto?
Comorbidades	A dor piora com a tosse ou na respiração profunda? Ocorre após as refeições? É tabagista? Faz uso de drogas lícitas e/ou ilícitas? Teve aumento do estresse ou da ansiedade recentemente?
Sintomas associados	Tem dor ou náuseas? Sudorese, tontura ou sensação de desmaio? Dispneia ou "cansaço para respirar"? Sente o coração acelerar?

**Fonte: Traduzido de Click R. What causes chest pain in Young adults? Emerg Med. 1989; Modificado.**

No exame físico, é importante avaliar o estado geral do paciente e os sinais vitais, além do exame cardiovascular, pulmonar, abdominal e

neurológico. A presença de hipotensão, diaforese, pressão arterial ou pulsos assimétricos, sopro sistólico em foco aórtico, sopro diastólico, enfisema subcutâneo, alterações do exame neurológico, presença de crepitações bilaterais e febre com ou sem alteração da ausculta são indicativos de patologias orgânicas (MARTINS, et al, 2016). O quadro 2 sugere o exame físico mínimo que deve ser feito em um paciente que chega ao pronto atendimento com sinais e sintomas de ataques de pânico.

#### Quadro 2.

---

##### Exame físico mínimo em pacientes potencialmente graves

---

- Exame neurológico mínimo: escala de coma de Glasgow, procura de déficits motores nos quatro membros e simetria, avaliação de pupilas e sinais de meningismo.
  - Exame cardiovascular mínimo: ausculta cardíaca nos quatro focos principais (avaliação do ritmo, de sopros, B3 e de abafamento de bulhas), procura de estase jugular, avaliação da perfusão periférica e dos pulsos periféricos (presença e simetria).
  - Exame pulmonar mínimo: ausculta pulmonar pelo menos em quatro campos pulmonares (procura de crepitações, sibilos, derrames, roncos) e inspeção sobre o uso de musculatura acessória.
  - Exame abdominal mínimo: sinais de peritonismo, dor e grandes massas e visceromegalias.
  - Membros: edemas, sinais de empastamento de panturrilhas.
  - Aspecto geral: avaliação de mucosas e do estado geral do paciente, procurando por sinais de desidratação, cianose, icterícia, petéquias ou palidez cutânea.
- 

**Fonte: MARTINS, Herlon Saraiva; BRANDÃO NETO, Rodrigo Antonio; VELASCO, Irineu Tadeu. Medicina de emergência: abordagem prática; 2016.**

Os exames complementares serão guiados com base na suspeita clínica. O eletrocardiograma (ECG) geralmente é o primeiro teste a ser solicitado, uma vez que permite a avaliação do padrão elétrico cardíaco, e consiste em um exame não invasivo, rápido e barato. Em pacientes com dor torácica é fundamental e deve ser feito imediatamente, em até 10 minutos após a chegada à emergência (MARTINS, et al, 2016). Contudo a identificação na triagem, ou precocemente no serviço de emergência de quem precisa do exame pode ser difícil (REEDER, et al 2019). Um grupo de pesquisa (GLICKMAN, et al, 2012) propôs as seguintes regras para identificar pacientes com alto risco de infarto agudo do miocárdio sem elevação de segmento ST, que devem ser avaliados com o ECG:

- Qualquer paciente com mais de 30 anos com dor torácica;

- Qualquer paciente com mais de 50 anos com qualquer um dos sintomas: dispneia, alteração do estado mental, dor na extremidade superior, síncope ou fraqueza;
- Qualquer paciente com mais de 80 anos com dor abdominal, náusea ou vômito.

No entanto, essa regra não deve substituir o julgamento clínico do profissional, e por ser um exame não invasivo e rápido geralmente acaba sendo realizado em todos os pacientes que se apresentam com dor torácica. Além do ECG, exames laboratoriais que incluam marcadores cardíacos como os níveis de creatinina fosfoquinase (CK-MB) e troponina I, podem ser solicitados para a avaliação adicional de dano muscular que esteja ocorrendo e/ou que já tenha ocorrido (MARTINS, H. et al, 2010). A radiografia de tórax, por sua vez, é importante para descartar causas pulmonares, além de determinar se a silhueta cardíaca está normal ou se há alguma outra alteração pulmonar, a exemplo de hiperinsuflação pulmonar, presença de infiltrados, consolidações e atelectasias (MILEY L., 2016).

Os principais diagnósticos diferenciais para ataques de pânico são: angina pectoris, infarto agudo do miocárdio, arritmias cardíacas, asma, embolia pulmonar, dispepsias, edema de glote e pericardite (MARTINS, H. et al, 2016). Além disso, patologias da tireoide também podem simular ataques de pânico, a exemplo de hipertireoidismo. O fluxograma 1 auxilia a respeito dos passos que podem ser seguidos no atendimento do paciente que chega à emergência com sinais e sintomas de ataques de pânico.

Geralmente a obtenção minuciosa da história clínica mostra que a maioria desses pacientes possui pontos em comum, como fatores estressores, história de fadiga, distúrbios do sono, inquietação e padrões dietéticos ruins e, tipicamente, os sintomas de dor torácica que eles apresentam ocorrem em consequência de uma reação ao estresse (MILEY L., 2016). É de suma importância, no entanto, que as melhores práticas de tratamento sejam realizadas em um esforço para minimizar o custo de internação e procedimentos desnecessários por meio de um manejo ambulatorial precoce, nunca desmerecendo o sofrimento do paciente.



O quadro 3, sugere sentenças que podem ser usadas a fim de conversar com os pacientes com ataques de pânico de modo a tranquilizá-los e os orientar a procurar ajuda em longo prazo.

Quadro 3.

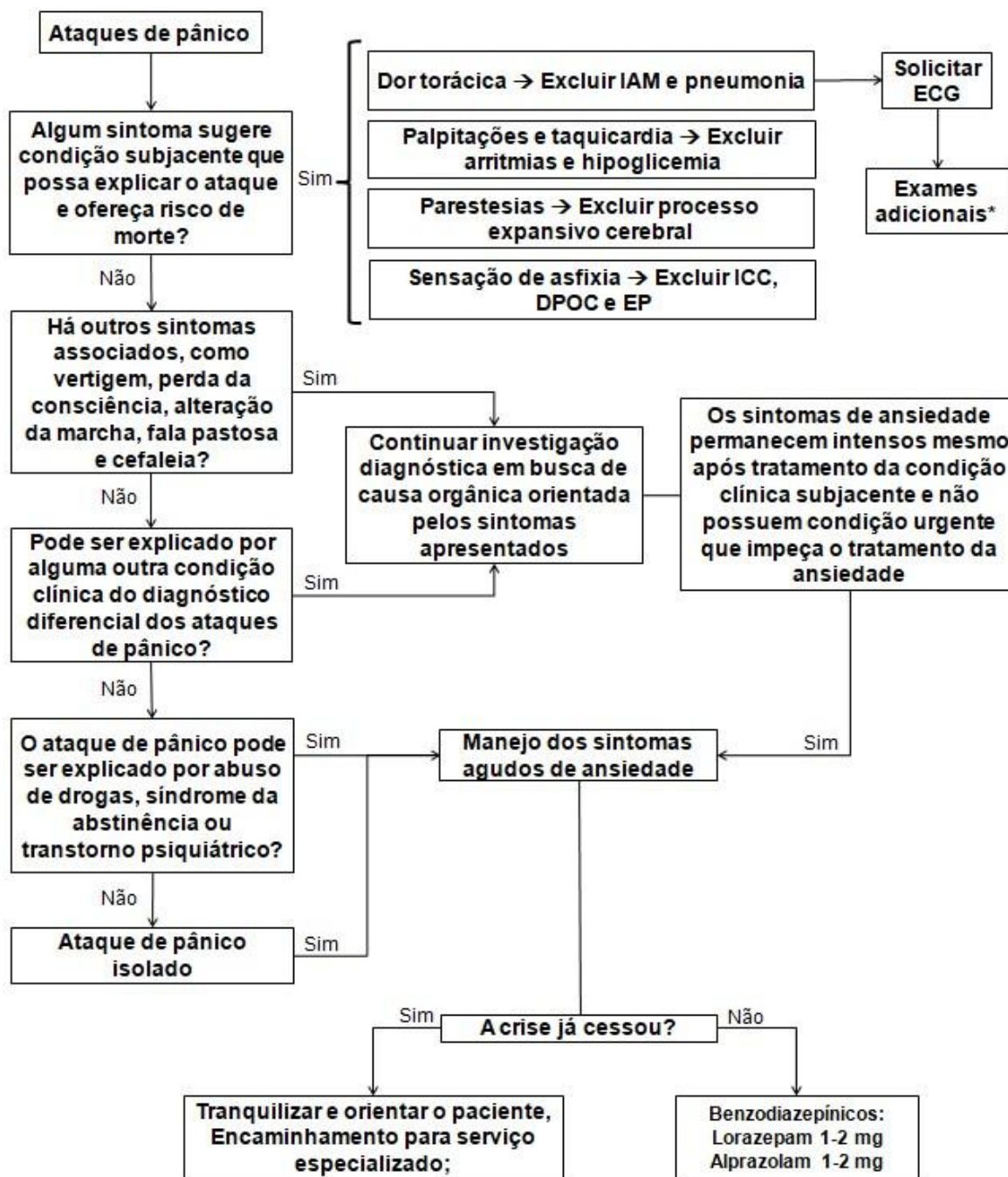
**Quatorze ações e sentenças aceitáveis que podem ser iniciadas por profissionais do serviço de emergência para ajudar no manejo de pacientes com ataques de pânico**

1. Identifique-se caso não seja conhecido do paciente.
2. Explique para o paciente que ele ou ela está vivenciando um ataque de pânico.
3. Fale com a pessoa de uma forma tranquilizadora, mas firme.
4. Permaneça calmo e evite se tornar ansioso também.
5. Fale de maneira calma.
6. Use frases curtas e claras.
7. Seja paciente com a pessoa.
8. Reconheça que o sentimento de terror que a pessoa está sentindo é muito real para ela.
9. Reassegure à pessoa de que o ataque de pânico raramente dura mais de 10 minutos.
10. Saiba os sintomas de ataque de pânico.
11. Pergunte à pessoa se ele ou ela sabe o que está acontecendo.
12. Se a pessoa reconhecer que está tendo um ataque de pânico, pergunte se ela precisa de algo específico que a ajude a melhorar.
13. Questione se a pessoa possui história de ataques de pânico.
14. Desacelere o ciclo respiratório do paciente, pedindo para que respire devagar.

Fonte: Traduzido de Kelly C, Jorm A, Kitchener B. Development of mental health first aid guidelines for panic attacks: a Delphi study. BMC Psychiatry, 2009; Modificado.



Fluxograma 1.



IAM: Infarto Agudo do Miocárdio; ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; EP: Embolia Pulmonar; ECG: Eletrocardiograma. \*Demais exames de acordo com a hipótese diagnóstica.

Fonte: Salum et al, 2009; modificado.

## 8. TRATAMENTO

Tendo em vista que patologias orgânicas tenham sido descartadas, o tratamento para ataques de pânico na emergência é feito com ansiolíticos. A classe de escolha é a dos benzodiazepínicos – especificamente lorazepam, alprazolam, ou diazepam (KELLY, C., JORM A., KITCHENER B., 2009). Usualmente dentro de 30 minutos da ingestão do medicamento o paciente apresentará melhora dos sintomas.

Estudos comparando o Alprazolam com outros benzodiazepínicos no tratamento do transtorno do pânico não encontrou diferenças significativas em nenhum dos resultados da eficácia clínica, incluindo a frequência média de ataque de pânico e a proporção de pacientes livres de ataques de pânico na avaliação final (MOYLAN et al., 2011). No entanto, na emergência, pelo fato de serem benzodiazepínicos de ação intermediária, com meia-vida de cerca de 12 horas, o alprazolam e o lorazepam seriam as melhores escolhas no momento do ataque de pânico. Além disso, são preferíveis em indivíduos com doença hepática e idosos, uma vez que esses pacientes têm maior probabilidade de apresentar efeitos adversos e toxicidade relacionados a benzodiazepínicos, incluindo coma hepático, em particular quando administrados de modo repetitivo ou em doses elevadas.

Apesar de sua reputação de causar dependência, os benzodiazepínicos permanecem eficazes no tratamento de curto e longo prazo do transtorno de pânico, e a possibilidade de dependência não deve ser nem subestimada nem exagerada, mas tratada como qualquer outro problema que surja durante a farmacoterapia; o flumazenil, um antagonista benzodiazepínico, é usado clinicamente para reverter rapidamente os efeitos de overdoses de benzodiazepínicos (NARD, A. E. et al 2018).

Além do manejo medicamentoso, o manejo emergencial das crises de pânico baseia-se principalmente em tranquilizar o paciente mediante a informação de que o seus sintomas são provenientes de um ataque de ansiedade, não configurando uma condição clínica grave com risco de morte iminente (no caso de ataques relacionados a transtornos psiquiátricos ou reação isolada ao estresse). Nos pacientes com sintomas predominantemente

respiratórios, relacionados provavelmente à hiperventilação, o paciente é instruído a respirar com o diafragma e limitar o uso da musculatura intercostal. Deve-se estimulá-lo a respirar lentamente até que os sintomas de hiperventilação desapareçam. Algumas técnicas de relaxamento também podem ser utilizadas. Por exemplo, pode-se instruir o paciente a permanecer deitado, com os olhos fechados, respirando lenta e profundamente, tentando relaxar os diferentes grupos musculares e concentrando-se em um cenário tranquilo (SALUM, et al, 2012).

É importante ressaltar que o manejo medicamentoso, mesmo quando aliado a avaliação psiquiátrica, não é útil para prevenir recidivas de ataques de pânico. Logo, identificar os pacientes com alto risco de ataques recorrentes é importante para estabelecer intervenções, melhorar a morbidade e economizar recursos preciosos (BUCCELLETTI, F. et al, 2013). O encaminhamento para serviço ambulatorial especializado deverá ser feito ao serviço mais próximo, e o curso do tratamento pode ser guiado por um psiquiatra ou por profissional de saúde primária dependendo da gravidade de cada caso.

## REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5th ed.)**. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
2. CRASKE, M. G. et al. **Anxiety Disorders**. Nat. Rev. Dis. Primers 3, 17024 (2017).
3. CRASKE, M. G., KIRCANSKI, K., EPSTEIN, A., WITTCHEN, H.U., PINE, D. S., LEWIS-FERNÁNDEZ, R., & HINTON, D. (2010). **Panic Disorder: A review of DSM-IV panic disorder and proposals for DSM-V**. Depression and Anxiety, 27(2), 93–112.
4. BUCCELLETTI, F. et al. **Recurrent use of the Emergency Department in patients with anxiety disorder**. European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 2013; 17(Suppl 1): 100-106.
5. CID-10 – **Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas** – Organização Mundial da Saúde, trad. Dorgival Caetano, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
6. KESSLER, R. C., RUSCIO, A. M., SHEAR, K. & WITTCHEN, H. **Epidemiology of anxiety disorders**. Curr. Top. Behav. Neurosci. 2, 21–35 (2010). Overviews the prevalence of and risk factors for anxiety disorders.
7. BAXTER, A. J., SCOTT, K. M., VOS, T. & WHITEFORD, H. A. **Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression**. Psychol. Med. 43, 897–910 (2013).
8. BATELAAN, N. M., RHEBERGEN, D., SPINHOVEN, P., VAN BALKOM, A. J. & PENNINX, B. W. J. H. **Two-year course trajectories of anxiety disorders: do DSM classifications matter?** J. Clin. Psychiatry 75, 985–993 (2014). World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry 6, 168–176 (2007).
9. SPINHOVEN, P. et al. **Prediction of 6-yr symptom course trajectories of anxiety disorders by diagnostic, clinical and psychological variables**. J. Anxiety Disorders. 44, 92–101 (2016).

10. SALUM, et al. **Transtorno do pânico**. Rev Psiquiatr RS. 2009; 31(2):86-94.
11. CRASKE, M. **Psychoterapy for panic disorder with or without agoraphobia in adults**. UpToDate, 2019.
12. BARLOW, D. **Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic**. 2<sup>a</sup> ed, Guilford Press, New York 2002.
13. GUY, S. R., ERIC, A., SIMON, A. M. **Inicial evaluation and management of suspected acute coronary syndrome (myocardial infarction, unstable angina) in the emergency department**. UpToDate, 2019.
14. GLICKMAN, S. W. et al. **Development and validation of a prioritization rule for obtaining an immediate 12-lead electrocardiogram in the emergency department to identify ST-elevation myocardial infarction**. Am Heart J. 2012; 163(3):372-82.
15. ANTHONY, M. M., et al. **Responses to symptom induction exercises in panic disorder**. Behav Res Ther. 2006;44(1):85.
16. DWORKIN B. R.; DWORKIN, S. **Heterotopic and homotopic classical conditioning of the baroreflex**. Integ Physiol Behav Sci. 1999; 34(3):158.
17. ARMANDO, M. et al. **Depressive and anxiety symptoms in a community sample of Young adults and correlation with help-seeking behavior**. [in Italian] Clin Ter. 2010; 161(2):e25-e32.
18. BUI, E. et al. **Grief-related panic symptoms in Complicated Grief**. Journal of Affective Disorders 170 (2015) 213-216.
19. JONGE et al. **Depress Anxiety**. Wiley, 2016. Dec.33 (12):1155-1177.
20. KLEIN, D. F. **False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions. An integrative hypothesis**. Arch. Gen. Psychiatry 50 (4) (1993)306–317.

21. JOHNSON, P. L., SHEKHAR, A. **Panic-prone state induced in rats with GABA dysfunction in the dorsomedial hypothalamus is mediated by NMDA receptors.** J. Neurosci. 26 (26) (2006) 7093–7104.
22. CLARK, D. M. et al. **Misinterpretation of body sensations in panic disorder.** J. Consult. Clin. Psychol. 65 (2) (1997) 203–213.
23. SCHENBERG, L. C. et al. **Translational approach to studying panic disorder in rats: hits and misses.** Neurosci. Biobehav. Rev. 46 (3) (2014) 472–496.
24. SCHIMITEL, F. G. et al. **Evidence of a suffocation alarm system within the periaqueductal gray matter of the rat.** Neuroscience 200 (2012) 59–73.
25. MILEY, K. L. **Cardiac or Anxiety: A Literature Review of the Young Adult Patient Who Presents to the Emergency Department With Chest Pain.** (2016) Journal of Emergency Nursing, 42 (2), pp. 108–113.
26. SIBAL, M. **Overcoming panic attacks with proper therapy.** Filipino Rep. 2008; 36 (27):33.
27. Kelly C, Jorm A, Kitchener B. **Development of mental health first aid guidelines for panic attacks: a Delphi study.** BMC Psychiatry. 2009; 9:49–57.
28. JOHNSON, P. L., FEDERICI, L. M., SHEKHAR, A. **Etiology, triggers and neurochemical circuits associated with unexpected, expected, and laboratory-induced panic attacks.** Neurosci Biobehav Rev. 2014 October; 46Pt 3: 429–454; Behavioural Brain Research. Volume 317. 15 January 2017, pages 508-514.
29. NARDI, A. E. et al. **International Task for Panic Disorder: Time for an Evidence-Based Educational Approach.** J Clin Psychopharmacol. 2018 Aug; 38(4):283-285.

30. MOYLAN, S. et al. **The efficacy and safety of alprazolam versus other benzodiazepines in the treatment of panic disorder.** J Clin Psychopharmacol. 2011 Oct; 31(5):647-52.
31. KAPLAN & SADOCK. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** 11<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
32. MARTINS, Herlon Saraiva; BRANDÃO NETO, Rodrigo Antonio; VELASCO, Irineu Tadeu. **Medicina de emergência: abordagem prática.** [S.l: s.n.], 2016.