

# BMJ Best Practice

## Transtornos de pânico

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	5
<b>Prevenção</b>	<b>7</b>
Prevenção primária	7
Rastreamento	7
Prevenção secundária	7
<b>Diagnóstico</b>	<b>8</b>
Caso clínico	8
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Fatores de risco	11
Anamnese e exame físico	12
Exames diagnóstico	14
Diagnóstico diferencial	15
Critérios de diagnóstico	16
<b>Tratamento</b>	<b>18</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	18
Visão geral do tratamento	23
Opções de tratamento	25
Novidades	52
<b>Acompanhamento</b>	<b>53</b>
Recomendações	53
Complicações	54
Prognóstico	55
<b>Diretrizes</b>	<b>56</b>
Diretrizes de diagnóstico	56
Diretrizes de tratamento	56
<b>Recursos online</b>	<b>58</b>
<b>Nível de evidência</b>	<b>59</b>
<b>Referências</b>	<b>60</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>70</b>

## Resumo

- ◇ Caracterizam-se por ataques de pânico recorrentes esperados ou inesperados, preocupações com novos ataques ao longo de um período de 1 mês e alterações de comportamento em consequência dos ataques.
- ◇ A frequência dos ataques de pânico pode variar consideravelmente; alguns indivíduos se queixam de séries breves de diversos episódios de pânico durante um período curto, ataques de pânico semanais ou ataques periódicos no período de alguns meses.
- ◇ Risco maior em parentes de primeiro grau; o início dos ataques é desencadeado por estresse; muitas vezes apresenta-se comórbido com outros transtornos de ansiedade, humor e relacionados com o uso de substâncias.
- ◇ A avaliação é feita através da exclusão de causas orgânicas, autoavaliação, entrevista clínica e observação do comportamento.
- ◇ Inibidores seletivos de recaptação de serotonina, inibidores da recaptação de serotonina-noradrenalina e psicoterapia cognitivo-comportamental são tratamentos de primeira linha; benzodiazepínicos podem ser usados com cautela em pacientes sem depressão comórbida.
- ◇ O manejo em longo prazo do transtorno inclui a prevenção de recidivas após a interrupção do tratamento.

## Definição

O transtorno de pânico caracteriza-se por ataques de pânico recorrentes e inesperados ao longo de um período de 1 mês e preocupações com a sua recorrência ou implicações. Os ataques de pânico envolvem o início súbito de intensos sintomas físicos e cognitivos de ansiedade que podem ser desencadeados por estímulos específicos ou ocorrer inesperadamente. O transtorno de pânico pode também caracterizar-se pela evitação de situações que possam desencadear sensações de pânico.

## Epidemiologia

Entre 8% e 28% dos indivíduos apresentam ataques de pânico em algum momento durante a sua vida.[2] [3] As estimativas de prevalência para o transtorno de pânico no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)-5 são de aproximadamente 2% a 3% em adolescentes e adultos, com taxas de prevalência muito reduzidas em crianças com menos de 14 anos (< 0.4%).[4] No DSM-5, a agorafobia é uma condição diagnosticada independentemente; portanto, os dados de comorbidade com transtorno de pânico estão pendentes. De acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR nos quais o transtorno de pânico poderia ser especificado com ou sem agorafobia, a prevalência do transtorno de pânico sem agorafobia é aproximadamente 4.0% ao longo da vida e 1.5% no período de 12 meses.[5] [6] O transtorno de pânico com agorafobia apresenta estimativas mais baixas ao longo da vida (1.0%) e no período de 12 meses (0.5%).[5] [6] Dados agregados de 14 países europeus corroboram os achados epidemiológicos, que são semelhantes àqueles dos Estados Unidos.[7] A taxa de transtorno de pânico na atenção primária é aproximadamente 7.0%.[8] e é substancialmente maior entre os pacientes que apresentam sintomas cardíacos e gastrointestinais.[9] As chances de um indivíduo desenvolver ataques de pânico e transtorno de pânico são mais altas na população indígena norte-americana em comparação com pessoas de cor branca[5] [6] e mais baixas em asiáticos, hispânicos e negros.[6] Os ataques de pânico se desenvolvem mais provavelmente por volta dos 20 anos de idade,[7] surgindo um pouco mais cedo nos homens que nas mulheres.[10] Sintomas de pânico que se manifestam durante a adolescência representam um fator preditivo de aumento do risco de outros transtornos de ansiedade e de humor na idade adulta.[11] A probabilidade de desenvolver transtorno de pânico com e sem agorafobia é maior entre o início da terceira e o início quarta década de vida, sendo esse transtorno 2 a 3 vezes mais comum nas mulheres que nos homens.[5] [6] A prevalência de ataques de pânico e transtorno de pânico tende a diminuir com a idade.[2] O transtorno de pânico é altamente comórbido com outros transtornos de ansiedade e humor e uso de substâncias, incluindo dependência de nicotina.[6] [12] O tabagismo pode aumentar o risco do transtorno de pânico de início tardio.[13] A comorbidade com transtornos depressivos é comum (33% a 85%), especialmente em pacientes com agorafobia.[8] [14] [15]

## Etiologia

A etiologia dos transtornos do pânico é provavelmente uma combinação de fatores de predisposição nos indivíduos.

- Fatores genéticos: o risco de transtorno de pânico é cinco vezes maior nos parentes de primeiro grau.[16] As taxas de concordância entre gêmeos monozigóticos e dizigóticos são aproximadamente 23% e 6%, respectivamente,[17] com achados meta-analíticos atribuindo 30% a 40% da variância estimada à predisposição genética compartilhada.[16] Embora não se tenha chegado a resultados

conclusivos quanto à identificação de genes específicos do pânico, é provável que vários genes contribuam para o risco de transtorno do pânico.[18]

- Fatores ambientais: por definição, os primeiros ataques de pânico ocorrem de forma inesperada. No entanto, esses ataques ocorrem em determinados contextos, razão pela qual algumas características ambientais podem tornar-se fatores desencadeantes de sintomas de ansiedade intensos. É comum haver história significativa de fatores estressores vitais e traumas imprevisíveis e incontrolláveis.[19] [20] Até 80% dos pacientes com ataques de pânico relatam ter sofrido eventos negativos importantes em suas vidas antes da manifestação inicial dos ataques.[19]
- Fatores psicológicos: modelos cognitivo-comportamentais de pânico assumem que experiências repetidas e desagradáveis com gatilhos externos (por exemplo, multidões) e internos (por exemplo, taquicardia) causam atenção seletiva e hipervigilância. Por sua vez, os indivíduos aprendem a interpretar errônea e catastroficamente sintomas físicos normais como perigosos. A ativação da reação de lutar ou fugir desse perigo percebido amplifica ainda mais a resposta de pânico e as tentativas de gerenciá-lo através de fuga, evitação e comportamentos de segurança oferecem alívio em curto prazo, mas causam aumento dos comprometimentos funcionais com o tempo.[21] Fatores de temperamento, como a inibição comportamental, podem contribuir para o risco de pânico na idade adulta. Uma sensibilidade à ansiedade, ou uma tendência de interpretar errônea e catastroficamente os sintomas físicos como perigosos, é vista como fator de risco psicológico para desenvolver o transtorno de pânico.[22] [23]

## Fisiopatologia

Estudos de neuroimagem do pânico sugerem o envolvimento dos núcleos centrais da amígdala, incluindo a ativação de outros centros do medo no cérebro, tais como o tálamo, o hipotálamo e o hipocampo,[24] os quais podem desregular o controle respiratório no tronco encefálico.[25]

Outros modelos fisiopatológicos sugerem que a hiper-reatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal a estímulos ambientais pode estar envolvida no transtorno de pânico.[26]

A terapia cognitivo-comportamental demonstrou reduções importantes na ativação da região interna esquerda do giro frontal, com menor atividade correlacionada a menos sintomas agorafóbicos em pacientes com transtorno de pânico.[27] Um estudo funcional feito com ressonância nuclear magnética em pacientes com transtorno de pânico indicou que a ativação do pré-tratamento da ínsula bilateral e córtex pré-frontal dorsolateral esquerdo durante o processo de tratamento é associado a resposta rápida a terapia cognitivo-comportamental.[28]

## Classificação

### Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: 5ª edição (DSM-5)[1]

Transtorno de pânico:

- A experiência de ataques de pânico recentes e inesperados
- Seguidos de um período de pelo menos 1 mês de preocupação aumentada sobre a possibilidade de sofrer novos ataques e/ou suas consequências (por exemplo, ataque cardíaco)

- Mudança significativa de comportamento como consequência dos ataques (por exemplo, evitação de situações e busca de segurança)
- Os sintomas do pânico não devem ser atribuídos a efeitos relacionados a substâncias (por exemplo, abstinência, efeitos colaterais de medicamentos), outros quadros clínicos (por exemplo, hipertireoidismo, menopausa) ou outros transtornos psiquiátricos (por exemplo, fobias específicas, transtorno obsessivo-compulsivo).

## Prevenção primária

Não há medidas primárias que previnam os ataques de pânico ou transtorno de pânico.

## Rastreamento

O rastreamento do pânico da Avaliação de Transtornos Mentais na Atenção Primária (PRIME-MD) contém 4 questões com respostas "sim ou não" para avaliar a presença de ataques de pânico nas 4 últimas semanas. É provável a presença de transtorno de pânico, se as respostas a todas as 4 perguntas forem positivas. O rastreamento do pânico também inclui 11 sintomas somáticos e cognitivos; a confirmação de, pelo menos, 4 deles indica provavelmente transtorno de pânico.[47]

A escala de gravidade do transtorno de pânico (EGTP) é uma medida de 7 itens que avalia a frequência, evitação, grau de sofrimento e comprometimento funcional dos ataques de pânico. Os itens são classificados em uma escala de 0 a 4, sendo os escores mais altos indicativos de maior gravidade de pânico. Naqueles pacientes com transtornos de pânico sem agorafobia, os escores de 0 a 1 são considerados normais; os de 2 a 5, limítrofes para doença; de 6 a 9, doença leve; de 10 a 13, doença moderada; de 14 a 16, doença acentuada; de 17 ou superior, doença grave.[48]

O GAD-7 é uma medida breve de autorrelato que avalia a gravidade da ansiedade na atenção primária. Um total de 7 itens é pontuado numa escala de 0 a 3, com uma pontuação de corte de  $\geq 10$  para indicar um provável transtorno de ansiedade.[8] [49] Embora criado para medir a ansiedade generalizada, o GAD-7 é sensível para detecção de sintomas relacionados ao pânico.

## Prevenção secundária

Deve-se evitar determinados hábitos como tomar café e fumar, pois produzem sensações físicas semelhantes a episódios de pânico.[32] [33] Incentivar a retomada gradual dos exercícios físicos.



## Caso clínico

### Caso clínico #1

Uma mulher de 22 anos de idade em seu primeiro ano de faculdade relata que acordou no meio da noite com o coração batendo forte, fogachos, sensações de sufocamento e náuseas intensas. O ataque aconteceu de forma súbita e inesperada, não foi uma reação a pesadelo e os sintomas abrandaram em alguns minutos. A ansiedade da paciente aumentou nos últimos meses, vivenciando episódios semelhantes em todas as semanas com níveis variados de intensidade. A paciente fica preocupada com a possibilidade de estar à beira de um ataque de nervos e admite estar sempre pensando de forma exagerada sobre a sua respiração acelerada e frequência cardíaca.

### Caso clínico #2

Um homem de 38 anos é atendido no pronto-socorro pela segunda vez em 4 semanas com dor torácica, taquicardia, dispneia, tontura e sudorese de início súbito. O paciente relata medo de estar tendo um ataque cardíaco e de “ficar louco”. O paciente deixou de dirigir seu carro e passou a evitar áreas com multidões por medo de induzir novos ataques. A história médica pregressa do paciente não apresenta nada digno de nota. As investigações cardiológicas realizadas em ambas as internações apresentaram resultados normais.

### Outras apresentações

Os ataques de pânico também podem ocorrer na presença de condições clínicas que produzem sensações físicas desconfortáveis tais como diabetes, asma e hipertensão. O tabagismo também pode ser comum entre as pessoas com história de ataques de pânico, além do risco elevado de uso indevido de substâncias, especialmente naqueles indivíduos com quadros mais graves de pânico. Alguns pacientes podem apresentar dificuldades de tolerar terapêuticas com medicamentos antidepressivos devido à atenção focada excessivamente nos seus efeitos adversos.

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico de transtorno de pânico baseia-se na história informada pelo próprio paciente, em entrevista clínica e na observação de comportamento. Em geral, não são necessários achados objetivos sugeridos pelo exame físico e pelos exames laboratoriais durante a avaliação.

### História/entrevista clínica

Há três características principais importantes no diagnóstico diferencial do transtorno de pânico:

- Os ataques de pânico são recorrentes e ocorrem inesperadamente, ou seja, "surgem do nada" e atingem a intensidade máxima em alguns minutos.
- O foco de medo ou apreensão é sobre as interpretações errôneas das consequências físicas e mentais das sensações de pânico como sendo perigosas.



- Os comportamentos de evitação ou segurança se desenvolvem para minimizar a recorrência de episódios de pânico. Agorafobia também pode ser uma consequência comum.

Para se fazer um diagnóstico de transtorno de pânico, o indivíduo deve apresentar um ataque de pânico inesperado ao longo da vida que é acompanhado por 1 mês de preocupação com a recorrência do ataque ou suas consequências e/ou mudanças prejudiciais no comportamento em decorrência do ataque. A frequência dos ataques de pânico pode variar consideravelmente; alguns indivíduos se queixam de séries breves de diversos episódios de pânico durante um período curto, ataques de pânico semanais ou ataques periódicos no período de alguns meses.

Ainda que comuns em outros transtornos de ansiedade, como fobias específicas, transtorno da ansiedade social e transtorno do estresse pós-traumático, os ataques de pânico não constituem necessariamente um diagnóstico de transtorno de pânico. Em outros transtornos de ansiedade, os ataques de pânico são desencadeados pela antecipação ou exposição direta a situações de medo. Além disso, as sensações de ansiedade podem ser uma apresentação comum na atenção primária, mas os sintomas devem preencher os critérios clínicos de ataques de pânico, para se pensar em um diagnóstico de transtorno de pânico.

Os ataques de pânico se desenvolvem mais provavelmente por volta dos 20, com as maiores taxas entre 30 e 39 anos de idade, podendo ser precedidos de eventos vitais negativos importantes.[2] [7] [19] A frequência em mulheres é de 2 a 3 vezes maior que nos homens e,[5] [6] nestes, ocorre em uma idade um pouco mais jovem.[10] Os sintomas de pânico que se manifestam na adolescência são preditivos de aumento do risco para outros transtornos de ansiedade e de humor na idade adulta tardia.[11]

Até 70% dos pacientes relatam história de no mínimo 1 ataque de pânico noturno.[35] Os indivíduos podem apresentar sintomas que sugerem atividade elevada do sistema nervoso simpático (por exemplo, palpitações, pressão arterial sistólica elevada, hiperventilação, sudorese e rubor). Outros sintomas comuns incluem dor e desconforto torácicos, tontura e parestesia ou sensação de dormência nas mãos, pés e áreas faciais. Sintomas gastrointestinais como náuseas e vômitos são mais comuns em homens. Não são comuns episódios de desmaios reais. No entanto, o transtorno do pânico comórbido com fobia de sangue, injeções ou lesões pode aumentar o risco de desmaio dada a diminuição aguda da frequência cardíaca e pressão arterial quando exposto a gatilhos de sangue-ferimentos.

A história médica tende a ser normal, embora uma história de asma e tabagismo na adolescência possa estar associada principalmente a um aumento do risco de transtorno de pânico.[30] [36] Vários quadros clínicos, como hipertireoidismo, hipoglicemia, hipotensão ortostática e, raramente, feocromocitoma, podem mimetizar sintomas de pânico.

Fatores culturais precisam ser considerados ao avaliar ataques e transtorno de pânico.[37] Durante episódios de pânico, indivíduos de cor branca relatam, principalmente, sintomas cardíacos e respiratórios,[6] [38] ao passo que refugiados cambojanos relatam sintomas concentrados na cabeça e no pescoço[39] e áreas gastrointestinais[40] Pacientes de cor negra relatam, com frequência, sensações intensas de dormência nos membros, medo de morrer e pensamentos de "estarem enlouquecendo".[41] Pacientes espanhóis[42] e indianos[43] raramente se queixam de sintomas cognitivos, enquanto pacientes japoneses raramente se queixam de despersonalização.[44]

A utilização de serviços médicos pode ser elevada nos pacientes com uma história de pânico. Os profissionais de saúde devem avaliar a intensidade e a frequência dos ataques. Comprometimentos funcionais nas áreas pessoal, social e ocupacional são comuns e intensificam-se, cada vez mais, com comportamentos relacionados a aumento de evitação e a segurança.

Os medicamentos atuais e o uso de substâncias (por exemplo, bebidas alcoólicas, nicotina, estimulantes, benzodiazepínicos ou opiáceos) do paciente devem ser avaliados, uma vez que os efeitos diretos, adversos e da abstinência dessas substâncias podem mimetizar sintomas de pânico. Deve-se realizar um rastreamento rotineiro de outros transtornos de ansiedade, humor e relacionados com substâncias, devido a altos níveis de comorbidade.[6]

A avaliação do pânico e dos prejuízos associados pode ser amplificada por meio de automonitoramento e de entrevistas de informantes chaves com membros da família.

## Observação de comportamento

Durante as entrevistas, os pacientes podem ficar visivelmente ansiosos e nervosos ao descreverem as suas sensações de pânico.

Os indivíduos com ataques de pânico recorrentes poderão lidar com a sua ansiedade adotando um comportamento de evitação, buscando segurança ou usando substâncias, principalmente a nicotina. Indivíduos também podem relatar a evitação de certas atividades, como exercícios, com base no medo de desencadear sensações de pânico.

O paciente dependerá ainda mais de sinais de segurança, como acompanhantes de confiança e uso de medicamentos, para enfrentar situações sociais. O foco da ansiedade é principalmente devido ao medo de sentir as sensações de pânico que ao medo de ser julgado negativamente pelos outros.

## Exame físico

Tipicamente, não são detectados achados objetivos no exame físico de pacientes com ataques de pânico. Os resultados de avaliações cardiorrespiratórias estão tipicamente dentro dos limites normais. Alguns estudos demonstraram que cerca de 25% dos pacientes que apresentam palpitações sofrem de ataques de pânico recorrentes.[45] A dor torácica é comum nas populações clínicas, com dor torácica não anginosa associada com transtorno de pânico.[46] A variabilidade respiratória pode ser um potencial fator de risco do transtorno de pânico.[31]

Podem ocorrer sinais de atividade elevada do sistema nervoso simpático (tais como taquicardia, PA sistólica elevada, hiperventilação, sudorese e rubor) em ataques de pânico intensos. O tremor dos músculos ou dos membros pode contribuir para o medo de desequilíbrio.

## Exames laboratoriais

Exames laboratoriais ou de imagem podem ser indicados para ajudar a descartar causas orgânicas que podem contribuir para o quadro clínico. Por exemplo, um exame de rotina do perfil sanguíneo com níveis de hormônios estimulantes da tireoide (TSH) pode ajudar a identificar ou descartar alguns quadros clínicos, como hipertireoidismo ou hipoglicemia, que podem ser responsáveis por níveis intensos e persistentes de ansiedade e pânico. Uma triagem toxicológica pode determinar se substâncias ilícitas estão contribuindo para o quadro clínico. É necessário fazer um eletrocardiograma (ECG) em todos os pacientes que apresentam dor torácica, para descartar causas cardíacas.

## Ferramentas de rastreamento

O rastreamento do pânico da Avaliação de Transtornos Mentais na Atenção Primária (PRIME-MD) contém 4 questões com respostas "sim ou não" para avaliar a presença de ataques de pânico nas 4 últimas semanas. É provável a presença de transtorno de pânico, se as respostas a todas as 4

perguntas forem positivas. O rastreamento do pânico também inclui 11 sintomas somáticos e cognitivos; a confirmação de, pelo menos, 4 deles indica provavelmente transtorno de pânico.[47]

A escala de gravidade do transtorno de pânico (EGTP) é uma medida de 7 itens que avalia a frequência, evitação, grau de sofrimento e comprometimento funcional dos ataques de pânico. Os itens são classificados em uma escala de 0 a 4, sendo os escores mais altos indicativos de maior gravidade de pânico. Naqueles pacientes com transtornos de pânico sem agorafobia, os escores de 0 a 1 são considerados normais; os de 2 a 5, limítrofes para doença; de 6 a 9, doença leve; de 10 a 13, doença moderada; de 14 a 16, doença acentuada; de 17 ou superior, doença grave.[48]

O GAD-7 é uma medida breve de autorrelato que avalia a gravidade da ansiedade na atenção primária. Um total de 7 itens é pontuado numa escala de 0 a 3, com uma pontuação de corte de  $\geq 10$  para indicar um provável transtorno de ansiedade.[8] [49] Embora criado para medir a ansiedade generalizada, o GAD-7 é sensível para detecção de sintomas relacionados ao pânico.

## Fatores de risco

### Fortes

#### história em parentes de primeiro grau

- A hereditariedade familiar em parentes de primeiro grau que sofrem de transtorno de pânico eleva o risco em cinco vezes.
- A genética compartilhada é responsável por 30% a 40% da hereditariedade entre gêmeos.[16]
- É provável que vários genes contribuam para a vulnerabilidade ao pânico.[18]

#### idade 18 a 39 anos

- Os ataques de pânico se desenvolvem mais provavelmente por volta dos 20, com as maiores taxas entre 30 e 39 anos de idade, podendo ser precedidos de eventos vitais negativos importantes.[2] [19]

#### sexo feminino

- A frequência em mulheres é aproximadamente de 2 a 3 vezes maior que nos homens.

#### etnia branca

- Em relação a pessoas de cor branca, há maior risco em populações indígenas norte-americanas e menor entre os asiáticos, hispânicos e negros.

#### eventos vitais importantes

- Cerca de 80% dos pacientes descrevem a ocorrência de eventos vitais negativos importante antes do início do pânico.[19]
- Uma história de trauma é comum, principalmente nas mulheres.[20]

#### transtornos comórbidos

- Altamente comórbida com outros transtornos de ansiedade, humor e uso de substâncias, sendo as chances de transtornos concomitantes aumentadas em pacientes com maior evitação.[5] [6]

**fatores psicológicos**

- A sensibilidade à ansiedade pode predispor os indivíduos a monitorarem exageradamente o seu funcionamento somático e interpretar erroneamente e catastroficamente as suas sensações físicas como perigosas.[22]
- A fuga aprendida e os comportamentos evitativos colaboram para o aumento da ansiedade antecipada e do comprometimento funcional.
- Fatores de temperamento precoces, como inibição comportamental, e transtornos de ansiedade na infância estão associados a um maior risco de pânico na idade adulta.[29]

**asma e variabilidade respiratória**

- A gravidade da asma pode associar-se a um risco adicional de transtorno de pânico.[30] A variabilidade respiratória, ainda, pode aumentar o risco do início tardio do transtorno de pânico.[31]

**tabagismo e consumo de cafeína**

- O uso e a dependência da nicotina são desproporcionalmente altos entre pacientes com transtorno de pânico e podem estar relacionados temporalmente a um risco elevado de desenvolver transtorno de pânico.[32] O consumo de cafeína está associado positivamente ao aumento de sintomas de ansiedade e ao risco de induzir ataques de pânico em pacientes com transtorno de pânico.[33]

**Fracos****anormalidades cardíacas**

- Não há evidências consistentes que corroborem a associação entre transtorno de pânico e anormalidades cardíacas, tais como o prolapso da valva mitral.[34]

## Anamnese e exame físico

**Principais fatores de diagnóstico****presença de fatores de risco (comum)**

- Idade entre 20 e 30 anos, sexo feminino, etnia branca, história familiar positiva, outros fatores psicológicos, importantes estressores vitais ou história recente de trauma, asma e transtornos comórbidos.

**início inesperado (comum)**

- Breve período de sintomas físicos e psicológicos intensos ocorridos de forma inesperada.
- Até 70% dos pacientes relatam ao menos 1 ataque de pânico noturno.

**apreensão e preocupação (comum)**

- Preocupação excessiva com o perigo de sintomas somáticos (por exemplo, medo de apresentar ataque cardíaco ou de morrer) e psicológicos (por exemplo, medo de perder o controle).
- Preocupação com a recorrência dos ataques.

**comportamento de evitação (comum)**

- Evitar situações externas (por exemplo, multidões) e sensações internas (por exemplo, exercícios), devido ao medo de provocar ataques de pânico.

**taquicardia (comum)**

- Elevação da frequência cardíaca em decorrência de exposição (real ou antecipada) a estímulos fóbicos.
- É o sintoma do pânico relatado com maior frequência.

**resultado positivo para rastreamento do pânico da Avaliação de Transtornos Mentais na Atenção Primária (PRIME-MD) (comum)**

- O rastreamento do pânico da Avaliação de Transtornos Mentais na Atenção Primária (PRIME-MD) contém 4 questões com respostas "sim ou não" para avaliar a presença de ataques de pânico nas 4 últimas semanas. É provável a presença de transtorno de pânico, se as respostas a todas as 4 perguntas forem positivas. O rastreamento do pânico também inclui 11 sintomas somáticos e cognitivos; a confirmação de, pelo menos, 4 deles indica provavelmente transtorno de pânico.<sup>[47]</sup>

**escala de gravidade do transtorno de pânico (EGTP) (comum)**

- Uma medida de 7 itens que avalia a frequência, evitação, grau de sofrimento e comprometimento funcional dos ataques de pânico. Os itens são classificados em uma escala de 0 a 4, sendo os escores mais altos indicativos de maior gravidade de pânico. Naqueles pacientes com transtornos de pânico sem agorafobia, os escores de 0 a 1 são considerados normais; os de 2 a 5, limítrofes para doença; de 6 a 9, doença leve; de 10 a 13, doença moderada; de 14 a 16, doença acentuada; de 17 ou superior, doença grave.<sup>[48]</sup>

**pontuação de corte do GAD-7  $\geq 10$  (comum)**

- O GAD-7 é uma medida breve de autorrelato que avalia a gravidade da ansiedade na atenção primária. Um total de 7 itens é pontuado numa escala de 0 a 3, com uma pontuação de corte de  $\geq 10$  para indicar um provável transtorno de ansiedade.<sup>[8] [49]</sup> Embora criado para medir a ansiedade generalizada, o GAD-7 é sensível para detecção de sintomas relacionados ao pânico.

**Outros fatores de diagnóstico****palpitações, dor e desconforto torácicos (comum)**

- Podem apresentar-se com dor torácica atípica e frequência cardíaca acelerada.
- A investigação cardiológica não apresenta nada digno de nota.

**náuseas e dor abdominal (comum)**

- Os sintomas gastrointestinais são relatados, com maior frequência, em homens.

**tontura (comum)**

- O paciente pode sentir tontura, vertigem, desequilíbrio e sensação de desmaio.

**anormalidades das percepções (comum)**

- Sentimentos de desrealização (isto é, sentir-se desconectado do mundo ao redor) e de despersonalização (isto é, sentir-se desconectado de si mesmo).

**sintomas respiratórios (comum)**

- Hiperventilação, dispneia, sensação de sufocamento e asfixia.

**dependência de pistas indicativas de segurança (comum)**

- Aventurar-se com companhias de confiança, segurar objetos que estabilizam o paciente, carregar sempre o celular, ter medicação de resgate prontamente disponível ou usar medicamentos ao participar de situações sociais.

### **parestesias (comum)**

- Sensação de dormência ou formigamento nos membros.
- Tipicamente, é mais comum com sensações de pânico mais intensas.

### **tremor muscular (comum)**

- Tremor muscular ou dos membros.
- Pode contribuir para o medo de desequilíbrio.

### **sudorese (incomum)**

- Pode ser localizada (palmas das mãos) ou difusa.

### **desmaios (incomum)**

- É comum ter medo de desmaiar durante ataques de pânico.
- Não são comuns episódios de desmaios reais.

### **calafrios ou fogachos (incomum)**

- O paciente pode se queixar de calafrios e fogachos independentes ou concomitantes.

## **Exames diagnóstico**

### **Primeiros exames a serem solicitados**

Exame	Resultado
<b>nenhum exame inicial</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exames laboratoriais ou estudos de imagem não são indicados, geralmente, na avaliação do transtorno de pânico.</li> </ul>	<b>a autoavaliação, a entrevista clínica e a observação do comportamento são suficientes para estabelecer o diagnóstico</b>

### **Exames a serem considerados**

Exame	Resultado
<b>eletrocardiograma (ECG)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• É necessário fazer um ECG em todos os pacientes que apresentam dor torácica, para descartar causas cardíacas.</li> </ul>	<b>normal</b>
<b>glicose sanguínea</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para descartar a hipoglicemia como fator que contribui para o quadro clínico.</li> </ul>	<b>normal; baixa em hipoglicemia</b>

Exame	Resultado
<b>testes da função tireoidiana</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para descartar o hipertireoidismo como fator que contribui para o quadro clínico.</li> </ul>	<b>normal; T4 elevado, hormônio estimulante da tireoide reduzido no hipertireoidismo</b>
<b>análise toxicológica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para determinar se substâncias ilícitas estão contribuindo para o quadro clínico.</li> </ul>	<b>negativa; positiva com o uso de substâncias ilícitas</b>

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Agorafobia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evitação de, pelo menos, 2 situações com base no medo de que a fuga possa ser difícil.</li> <li>Pode sofrer sensações de pânico, mas essas sensações são esperadas, e não inesperadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista clínica estruturada.</li> </ul>
<b>Fobias específicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medo excessivo ou irreal de objetos ou situações específicas.</li> <li>As sensações de pânico são ativadas pela exposição real ou antecipada a estímulos fóbicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista clínica estruturada.</li> </ul>
<b>Transtorno da ansiedade social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O foco do medo envolve preocupações em passar vergonha ou ser julgado negativamente pelos outros.</li> <li>As sensações de pânico são ativadas pela exposição antecipada e real a situações sociais e de avaliação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista clínica estruturada.</li> </ul>
<b>Transtorno do estresse pós-traumático</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicia-se após um fator estressor com potencial risco de vida. Outros sintomas diferenciais incluem anestesia emocional e nova revivência do trauma.</li> <li>As sensações de pânico são ativadas pela exposição antecipada e real a pistas que lembram o trauma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista clínica estruturada.</li> </ul>



Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Transtorno de ansiedade de separação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sintomas precipitados pela separação percebida ou real de membros da família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista clínica estruturada.</li> </ul>
<b>Transtorno de ansiedade induzido por substâncias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sintomas causados por efeitos fisiológicos diretos do uso de substâncias ou como resultado da sua abstinência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista clínica estruturada e análise toxicológica.</li> </ul>

## Critérios de diagnóstico

### Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: 5ª edição (DSM-5)[1]

O diagnóstico de transtorno de pânico é feito com base na experiência de ataques de pânico recorrentes e inesperados na vida da pessoa. Pelo menos um desses ataques foi acompanhado de um período de 1 mês no qual o indivíduo se preocupa com a possibilidade de sofrer ataques adicionais ou suas consequências (por exemplo, ataque cardíaco), e/ou o indivíduo mudou seu comportamento de maneira mal-adaptativa (por exemplo, evitação de situações que podem causar sensações de pânico). O paciente pode sofrer ataques de pânico esperados e inesperados, com frequência e intensidade variáveis.

Ataques de pânico não são uma condição codificada de forma independente, mas podem ser listados como especificadores para qualquer outro transtorno do DSM-5 e são especialmente comuns em pacientes com transtornos relacionados a ansiedade, humor e substâncias.

Ataques de pânico são caracterizados pelo início abrupto de medo intenso ou desconforto físico que atinge intensidade máxima em poucos minutos, com a presença de pelo menos 4 dos seguintes sintomas:

- Palpitações, frequência cardíaca acelerada e taquicardia
- Sudorese
- Tremor muscular, tremor em geral
- Dispneia, sensação de sufocamento
- Sensação de sufocamento
- Dor torácica ou desconforto
- Náuseas e desconforto abdominal
- Tonturas, vertigens, desequilíbrio e sensação de desmaio
- Desrealização, despersonalização
- Medo de perder o controle ou de enlouquecer
- Medo de morrer
- Dormência, sensação de formigamento
- Calafrios, fogachos.

Ataques de pânico com <4 dos sintomas listados acima são considerados ataques com sintomas limitados.

Para atender aos critérios de diagnóstico do transtorno de pânico, os sintomas não devem ser atribuídos a efeitos relacionados a substâncias (por exemplo, abstinência, efeitos colaterais de medicamentos), outros

quadros clínicos (por exemplo, hipertireoidismo, menopausa) ou outros transtornos psiquiátricos (por exemplo, fobias específicas, transtorno obsessivo-compulsivo).

No DSM-5, a agorafobia é considerada um transtorno à parte, geralmente comórbido, mas independente do transtorno de pânico. A agorafobia é caracterizada por medo ou ansiedade em 2 ou mais situações e medo associado ou evitação dessas situações devido a pensamentos de que a fuga pode ser difícil ou de que auxílio pode não estar disponível no caso de desenvolvimento de sintomas do pânico.

## Abordagem passo a passo do tratamento

Ataques de pânico são comuns em diversos transtornos relacionados a ansiedade, humor e substâncias, sem necessidade de tratamento específico. O transtorno de pânico se apresenta com frequência em centros de atenção primária e pode estar associado a alta utilização de serviços e custos elevados, se não for diagnosticado ou tratado de forma adequada.[9] [50] O objetivo principal do tratamento 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. A abordagem do tratamento deve levar em conta a história de tratamento anterior, as preferências do paciente, os transtornos comórbidos e a disponibilidade de tratamento. Devido à taxa significativa de recidiva, é importante assegurar que o funcionamento máximo seja obtido antes de descontinuar os medicamentos.[51] [52] Pode ser necessário encaminhar a um psiquiatra, para oferecer opções adicionais de farmacoterapia, bem como a um profissional da saúde mental especializado no tratamento cognitivo-comportamental de transtornos de pânico, caso o paciente não responda adequadamente ao tratamento inicial. As estratégias de tratamento também podem incluir os membros familiares para ajudar a maximizar a adesão do paciente às intervenções recomendadas. O estado funcional e o comportamento de evitação devem ser monitorados rotineiramente a longo prazo para evitar a recidiva.

A farmacoterapia para transtorno de pânico deve continuar durante, no mínimo, 1 ano após o ponto de resposta ao tratamento para garantir a redução dos sintomas e proteger contra a recidiva. Os resultados de uma revisão sistemática e metanálise de 28 estudos sugerem que, em pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno de pânico) que respondem ao tratamento com antidepressivos, o tratamento por pelo menos 1 ano está associado a taxas reduzidas de recaída e é bem tolerado. Os estudos incluídos na metanálise tinham uma duração de tratamento de até 1 ano apenas, e não havia nenhuma evidência disponível sobre a eficácia e tolerabilidade do tratamento além desse ponto; esta ausência de evidência após esse período, no entanto, não deve ser interpretada como recomendação explícita de descontinuar antidepressivos após 1 ano.[53] As vantagens e desvantagens da resposta ao medicamento atual devem ser revisadas; a duração da estabilidade dos sintomas deve ser discutida; e os fatores estressores que podem afetar a recidiva devem ser antecipados e solucionados, caso seja considerado reduzir um medicamento.[54] Deve-se recomendar um esquema de redução lenta e gradual, com monitoramento frequente da resposta.

O cuidado colaborativo, envolvendo a integração da terapia cognitivo-comportamental (TCC) baseada em evidências e a farmacoterapia no contexto da atenção primária, é uma abordagem eficaz no tratamento de transtornos de ansiedade. Um ensaio clínico multicêntrico, randomizado, controlado e de larga escala denominado Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM) demonstrou que intervenções baseadas em evidências (como a TCC e/ou a farmacoterapia) reduzem de forma significativa os sintomas de ansiedade e comprometimento funcional, além de melhorar a qualidade do atendimento, em pacientes com transtornos de ansiedade na atenção primária.[55] [56] Demonstrou-se que o CALM é superior ao tratamento usual nos transtornos de pânico em intervalos de acompanhamento de 6 e 12 meses.[57] Da mesma forma, os estudos que usaram a coordenação de cuidados baseados no telefone e a TCC computadorizada com opções de cuidados escalonados foram considerados superiores aos cuidados habituais.[58] [59]

Uma grande metanálise de estudos de acompanhamento comparou os efeitos duradouros de diferentes tratamentos para transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) durante um período de 24 meses, uma vez que o tratamento foi descontinuado. Descobriu-se que os pacientes tratados com TCC apresentaram uma melhora significativa nos sintomas ao longo do tempo, enquanto os pacientes no grupo

da medicação permaneceram estáveis no período após a descontinuação do tratamento. Os pacientes do grupo placebo não apresentaram agravamento dos sintomas ao longo do tempo, mas mostraram resultados significativamente piores do que aqueles tratados com TCC.[60]

## Educação e informações sobre a natureza do pânico e ansiedade

A parte mais importante da abordagem de tratamento é a informação e educação sobre a natureza do pânico e ansiedade. Em especial, o pânico é uma reação compreensível a perigos percebidos (a reação de lutar ou fugir). Os ataques de pânico, embora desconfortáveis, não são perigosos. O medo surge de interpretações errôneas de sensações corporais normais. Desenhar um diagrama simples junto com o paciente – conectando os sintomas, a interpretação, a ansiedade com setas em um "círculo vicioso" – pode ser útil. É importante que o paciente perceba que a primeira meta do tratamento não é apagar toda a ansiedade, mas conseguir controlá-la. Algumas tentativas do paciente de lidar com o problema (por exemplo, evitação ou busca por segurança) são compreensíveis, mas acabam inadvertidamente mantendo o problema.

## Ataques de pânico sem transtorno de pânico

Se os pacientes apresentarem um ataque de pânico agudo, forneça tranquilização de que os sintomas não são perigosos e que o ataque diminuirá em breve. Os pacientes, geralmente, hiperventilam durante o ataque, porém, subjetivamente, vivenciam isso como dispneia. É necessário explicar isto ao paciente, enfatizando que ele deve respirar devagar. É útil usar uma sala silenciosa e contar com a ajuda de uma pessoa de confiança do paciente. No ambiente de pronto-socorro, pode-se considerar o uso de benzodiazepínicos para interromper um ataque agudo.

Deve-se aconselhar a pacientes com novos episódios de ataque de pânico que estes ataques são comuns e afetam até um terço dos indivíduos ao longo de sua vida. Entretanto, menos de 10% desses indivíduos desenvolvem transtorno de pânico completo. Embora esses ataques sejam desconfortáveis, não são perigosos e são temporalmente limitados.

Não são indicados tratamentos específicos nas apresentações subclínicas. Apesar de seu uso inerente no tratamento de sintomas relacionados ao pânico, estudos controlados com placebo não encontraram evidência da efetividade do propranolol.[61] Materiais de autoajuda fundamentados nos princípios da TCC são benéficos.[1][C]Evidence A disponibilização de materiais escritos para uso independente ou em conjunto com contatos telefônicos breves pode ajudar a reduzir sintomas relacionados com o pânico.[63] [64] A biblioterapia pode ser especialmente útil, se for acompanhada de um monitoramento profissional da resposta ao tratamento.[65] [66] Intervenções de autoajuda têm efeitos significativos, embora o tratamento administrado pelo terapeuta pareça ser superior aos resultados da autoajuda.[67] As vantagens das intervenções de autoajuda incluem custo, disponibilidade, facilidade de administração e praticidade. As desvantagens incluem a abordagem terapêutica genérica, a falta de responsabilidade e as potenciais dificuldades de entender e implementar devidamente os princípios do tratamento.

Ataques de pânico são comuns a outros transtornos de ansiedade, humor e de uso de substâncias; portanto, recomenda-se um rastreamento adicional para essas condições.

Os pacientes devem 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.

## Transtorno de pânico sem comorbidade

As evidências dão suporte à autoajuda, TCC e medicamentos inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs)/inibidores da recaptação da serotonina-noradrenalina (IRSNs) como opções de primeira linha igualmente válidas de acordo com a preferência do paciente.[68] [69] 2[C]Evidence A TCC pode ser usada isoladamente, sem farmacoterapia, ou como adjuvante, combinada com qualquer tipo de farmacoterapia.[70]

Os antidepressivos tricíclicos (ADTs) são considerados opções de segunda linha (por exemplo, imipramina e clomipramina). Benzodiazepínicos podem ser usados quando indicados especificamente para crises de ansiedade de curta duração, ou como adjuvantes para potencializar ISRSs, IRSNs e ADTs no tratamento de pacientes com transtorno de pânico resistente ao tratamento, ou no início da terapia com antidepressivos para prevenir o agravamento dos sintomas em decorrência dos efeitos colaterais dos antidepressivos. Uma resposta inadequada ao tratamento inicial deve demandar a reavaliação imediata do diagnóstico ou indicar comorbidade com outros transtornos de ansiedade, humor ou relacionados ao uso de substâncias.

ISRSs/IRSNs:

- Farmacoterapia de primeira linha para o tratamento do transtorno de pânico.[9] [18] [71] [72] [73] [74] 3[C]Evidence
- Também são efetivos para o manejo de diversos outros sintomas, como transtornos do sono e outros transtornos de ansiedade e humor que ocorrem concomitantemente.[75]
- Paroxetina,[76] a sertralina,[77] fluoxetina,[78] fluvoxamina[79] citalopram,[80] escitalopram,[81] e venlafaxina.[72] todos demonstraram eficácia e atraso na eficácia (2 a 12 semanas).[75] [82]
- A escolha do antidepressivo depende da disponibilidade, dos efeitos adversos, risco de sintomas de abstinência (por exemplo, tontura, irritabilidade, náuseas ou ansiedade rebote) e facilidade de titulação. A paroxetina e a venlafaxina apresentam um risco maior de desenvolver sintomas de abstinência que a fluoxetina.

Terapia cognitivo-comportamental (TCC):

- A TCC é uma abordagem limitada no tempo, fundamentada em capacidades e desenhada para modificar pensamentos, comportamentos e contingências ambientais que mantêm ou exacerbam os sintomas e os prejuízos, representando um tratamento efetivo de primeira linha.[83] [84] [85] As sessões de tratamento podem continuar por 12 a 14 consultas, embora 6 a 7 sessões também mostrem eficácia.[86] Recomenda-se o encaminhamento a um profissional de saúde mental especializado em TCC. O médico e o profissional de saúde mental devem manter uma rotina de colaboração. Evidências também sugerem efeitos benéficos do cuidado colaborativo em ambientes de atenção primária, incluindo o uso de programas computadorizados de TCC e de coordenação de cuidados.[55] [58] [59] [87]
- O objetivo da terapia cognitivo-comportamental para pânico é permitir que a pessoa sinta os sintomas de pânico sem sentir-se assustada, além de eliminar a dependência da evitação e busca por segurança a fim de aprender que nada de perigoso vai acontecer com ela durante um ataque de pânico. Aumentar temporariamente a ansiedade por meio de enfrentamento de sensações e situações de medo de forma previsível e controlada em geral pode ser necessário para aprender a se autocontrolar e superar o pânico.
- A TCC para transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento de relaxamento (incluindo retreinamento respiratório),

enfrentamento de pensamentos negativos, treinamento com exposição a situações aversivas e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis. Essa última envolve exposição a gatilhos de sensações corporais internas (como 'experimentos comportamentais') e externos (caso o paciente também tenha agorafobia). A exposição gradual, repetitiva e controlada a sensações físicas relevantes e desconfortáveis (por exemplo, tonturas, hiperventilação e taquicardia) pode, com o tempo, diminuir as crenças temidas e aumentar a tolerância a essas situações. Por exemplo, o indivíduo e o terapeuta podem hiperventilar juntos para demonstrar que isso não causa perda da consciência, ou podem concordar em se exercitar em uma sala abafada a fim de provar que taquicardia não causa ataque cardíaco. A exposição graduada externa envolve o aumento gradual da tolerância do paciente a situações anteriormente evitadas (por exemplo, multidões, lojas, filas, transporte público) sem depender de sinais de segurança (por exemplo, cônjuge, medicação). Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais. Embora se deva evitar certas atividades (tais como fazer exercícios ou tomar café) durante os estágios iniciais da terapia de exposição, pois podem provocar sensações físicas semelhantes àquelas vivenciadas durante os episódios de pânico, elas podem ser incorporadas à hierarquia da exposição em estágios posteriores do tratamento.

- Materiais de autoajuda fundamentados nos princípios da TCC são benéficos.<sup>1</sup>[\[C\]Evidence](#) A biblioterapia tanto independente ou combinada com contatos telefônicos breves pode ajudar a reduzir sintomas relacionados com o pânico.<sup>[63] [88]</sup> Intervenções de autoajuda têm efeitos significativos, embora o tratamento administrado pelo terapeuta pareça ser superior aos resultados da autoajuda.<sup>[67]</sup> A exposição assistida pelo terapeuta tende a obter reduções maiores da esquivas agorafóbica e gravidade do pânico nos pacientes, em comparação com aqueles que realizam autoexposição sem assistência de um terapeuta.<sup>[89]</sup> A biblioterapia pode ser especialmente útil, se for acompanhada de um monitoramento profissional da resposta ao tratamento.<sup>[65]</sup> As vantagens das intervenções de autoajuda incluem custo, disponibilidade, facilidade de administração e praticidade. As desvantagens incluem a abordagem terapêutica genérica, a falta de responsabilidade e as potenciais dificuldades de entender e implementar devidamente os princípios do tratamento.
- A TCC adjuvante à farmacoterapia pode aumentar a adesão ao medicamento, melhorar a taxa de resposta e reduzir a quantidade de medicamento necessária para controlar os sintomas.<sup>[83] [87] [90] [91] [92] [93] [94] [95]</sup> [4\[C\]Evidence](#) Em especial, os pacientes que tenham descontinuado o uso de benzodiazepínicos podem beneficiar-se da TCC adjuvante.<sup>[96] [97]</sup>

#### Benzodiazepínicos:

- Benzodiazepínicos podem ser usados quando indicados especificamente para crises de ansiedade de curta duração, ou como adjuvantes para potencializar ISRSs, IRSNs e ADTs no tratamento de casos resistentes, ou no início da terapia com antidepressivos para prevenir piora dos sintomas em decorrência dos efeitos colaterais dos antidepressivos. A duração máxima recomendada do tratamento com benzodiazepínico é de 2 a 4 semanas.
- As diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido não recomendam o uso de benzodiazepínicos como opção de monoterapia.<sup>[69]</sup>
- Todos os benzodiazepínicos estão associados a uma potencial tolerância, dependência e a uso indevido. Agentes de curta duração podem necessitar de consideração especial dos riscos, sem benefícios adicionais demonstrados.<sup>[98] [99]</sup> Em caso de indicação de benzodiazepínicos, pode-se preferir agentes programados e de ação mais prolongada, para que o uso do medicamento dependa mais do tempo que da resposta/episódio de pânico. O uso de benzodiazepínicos de curta duração, "se necessário", pode gerar dependência psicológica desses medicamentos nos



pacientes, restringido a capacidade do paciente de desenvolver um espaço interno de controle sobre esses sintomas.

- Eles apresentam um rápido início de ação e são geralmente bem tolerados. Pode ocorrer dependência fisiológica mesmo em curtos períodos, como de 2 a 4 semanas. A descontinuidade abrupta ou esquemas acelerados de redução podem aumentar o risco de sintomas de abstinência (por exemplo, tontura, irritação, náuseas, sudorese, tremores, ansiedade causada por efeito rebote e convulsões). Agentes de ação mais longa (por exemplo, clonazepam) podem ser preferíveis para minimizar a ansiedade rebote entre as doses.
- Em pacientes sem história de uso indevido de substâncias, o uso prudente de benzodiazepínicos pode ser seguro em casos prolongados.[75] não havendo evidências consistentes de uso indevido ou aumento de dosagem com o passar do tempo.[100] [101] Pacientes em uso de doses diárias médias mais altas (geralmente acima das diretrizes recomendadas) apresentam maior probabilidade de uso indevido de substâncias, diagnósticos comórbidos e prescrições concomitantes com medicamentos psicoativos, que sugerem um manejo mais complexo.[102] [103]

Antidepressivos tricíclicos (ADTs):

- Os ADTs são indicados em pacientes com falha terapêutica com pelo menos um ou mais ISRS ou em pacientes com dor neuropática.5[C]Evidence Pacientes ansiosos com alta probabilidade de se queixarem de dor também podem beneficiar-se do tratamento com ADT.[104]
- Tanto a imipramina como a clomipramina têm eficácia demonstrada.[83] [105] Entretanto, esses agentes são menos favoráveis em termos de efeitos adversos e talvez não sejam tão bem tolerados quanto os ISRSs e os IRSNs, apresentando um risco significativamente maior de mortalidade devido à superdosagem.[75]

## Transtorno de pânico com comorbidades

Transtornos depressivos e de ansiedade podem anteceder, coexistir ou suceder o início do transtorno de pânico. Indica-se o encaminhamento a psiquiatra de pacientes com ansiedade e depressão graves.

Depressão comórbida:

- Inicialmente, os pacientes são tratados com TCC ou ISRS; caso não respondam a pelo menos um ISRS ou à TCC, os pacientes são tratados com ADTs. Os benzodiazepínicos são relativamente contraindicados em indivíduos com depressão comórbida.[75]
- As diretrizes do estudo da STAR\*D da depressão comórbida resistente ao tratamento recomendam uma farmacoterapia dupla em pacientes que não respondem ao tratamento, caso demonstrem uma resposta parcial (25% de melhora dos sintomas) com dose máxima de 1 antidepressivo.[106] Pode-se considerar o uso de uma combinação de 2 medicamentos de grupos com mecanismos de ação diferentes. Estes grupos são os ISRSs (paroxetina, sertralina, fluoxetina, fluvoxamina, citalopram e escitalopram), os IRSNs (venlafaxina), a mirtazapina e os ADTs (imipramina e clomipramina). As interações medicamentosas devem ser verificadas, devendo se considerar encaminhar o paciente a um psiquiatra, antes do início da terapia combinada.
- A TCC no transtorno de pânico é efetiva em pacientes com depressão grave e/ou com uso indevido comórbido de substâncias.[107] No transtorno de pânico, a TCC baseada em exposição é efetiva na redução da ansiedade e dos sintomas da depressão, independentemente da gravidade da depressão.[108] Recomenda-se o uso da TCC adjuvante em pacientes recebendo farmacoterapia.



Aniedade comórbida (por exemplo, agorafobia, transtorno da ansiedade social, transtorno do estresse pós-traumático):

- O tratamento pode ser iniciado com farmacoterapia (a saber, ISRS, IRSN, benzodiazepínicos ou ADTs) com ou sem TCC ou apenas com TCC. Os benzodiazepínicos e os ADTs são considerados farmacoterapia de segunda linha.
- Os ISRSs podem ser suplementados com benzodiazepínicos de alta potência, principalmente se sintomas de ansiedade intensos ou persistentes interferirem na adesão à terapia e no engajamento com o tratamento e se for necessário um controle rápido dos sintomas de ansiedade.<sup>[54] [109]</sup>

## Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo		( resumo )
ataque de pânico agudo		
	1a	tranquilizar o paciente ± benzodiazepínicos

  

Em curso		( resumo )
transtorno de pânico		
■ sem comorbidade	1a	terapia cognitivo-comportamental (TCC)
	1a	ISRSs ou IRSNs
	mais	educação/informações sobre pânico e ansiedade
	adjunto	terapia cognitivo-comportamental (TCC)
	adjunto	benzodiazepínicos
	2a	benzodiazepínicos
	mais	educação/informações sobre pânico e ansiedade
	adjunto	terapia cognitivo-comportamental (TCC)
	2a	antidepressivos tricíclicos (ADTs)
	mais	educação/informações sobre pânico e ansiedade
■ com depressão comórbida	adjunto	terapia cognitivo-comportamental (TCC)
	1a	terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Em curso		( resumo )
<div> <div></div> <div>com ansiedade comórbida</div> </div>	1a	ISRSs ou IRSNs
	mais	educação/informações sobre pânico e ansiedade
	adjunto	terapia cognitivo-comportamental (TCC)
	2a	antidepressivos tricíclicos (ADTs)
	mais	educação/informações sobre pânico e ansiedade
	adjunto	terapia cognitivo-comportamental (TCC)
	3a	farmacoterapia dupla
	mais	educação/informações sobre pânico e ansiedade
	adjunto	terapia cognitivo-comportamental (TCC)
	1a	terapia cognitivo-comportamental (TCC)
	1a	ISRSs ou IRSNs
	mais	educação/informações sobre pânico e ansiedade
	adjunto	terapia cognitivo-comportamental (TCC)
	adjunto	benzodiazepínicos
	2a	benzodiazepínicos
	mais	educação/informações sobre pânico e ansiedade
	adjunto	terapia cognitivo-comportamental (TCC)
	2a	antidepressivos tricíclicos (ADTs)
	mais	educação/informações sobre pânico e ansiedade
	adjunto	terapia cognitivo-comportamental (TCC)
ataques de pânico sem transtorno de pânico		
	1a	aconselhamento e monitoramento
	mais	educação/informações sobre pânico e ansiedade

## Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

### Agudo

#### ataque de pânico agudo

1a

#### tranquilizar o paciente ± benzodiazepínicos

- » Forneça tranquilização de que os sintomas não são perigosos e que o ataque irá diminuir em breve.
- » Os pacientes, geralmente, hiperventilam durante o ataque, porém, subjetivamente, vivenciam isso como dispneia. É necessário explicar isto ao paciente, enfatizando que ele deve respirar devagar.
- » É útil usar uma sala silenciosa e contar com a ajuda de uma pessoa de confiança do paciente.
- » No ambiente de pronto-socorro, pode-se considerar o uso de benzodiazepínicos para interromper um ataque agudo.

### Em curso

#### transtorno de pânico

##### sem comorbidade

1a

#### terapia cognitivo-comportamental (TCC)

- » A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.<sup>[6][C]</sup><sup>Evidence</sup> A TCC pode ser usada isoladamente, sem farmacoterapia, ou como adjuvante, combinada com qualquer tipo de farmacoterapia.<sup>[70]</sup>
- » Representa tratamento efetivo de primeira linha.<sup>[83]</sup> <sup>[84]</sup> <sup>[85]</sup> Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.<sup>[60]</sup> As sessões de tratamento podem continuar por 12 a 14 consultas, embora 6 a 7 sessões também mostrem eficácia.<sup>[86]</sup> Recomenda-se

## Em curso

o encaminhamento a um profissional de saúde mental especializado em TCC. O médico e o profissional de saúde mental devem manter uma rotina de colaboração. Também há evidências que sugerem que a TCC traz efeitos benéficos em ambientes de atenção primária.[55] [87]

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente aborde situações e sensações que provocam medo sem tentar escapar da situação ou demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

1a **ISRSs ou IRSNs****Opções primárias**

» **paroxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

**OU**

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

**OU**

» **fluoxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

**OU**

» **fluvoxamina**: 25-50 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 4-7 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

**OU**

» **citalopram**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

## Em curso

OU

» **escitalopram**: 5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 5-10 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

OU

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 37.5 a 75 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

» Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) são considerados a classe ideal de antidepressivos, graças a seu amplo espectro de ação, além da segurança e tolerância aprimorada.<sup>[71] [73] [75] 3[C]Evidence</sup>

» A paroxetina é o ISRS menos estimulante e mais sedativo. A fluoxetina apresenta meia-vida longa; portanto, o risco de sintomas de abstinência é mais baixo. Ela é, porém, mais estimulante, exigindo titulação mais lenta.

» Os IRSNs, como a venlafaxina, também são eficazes.

» A maioria dos efeitos adversos limita-se ao período de titulação da dose e deve ser discutida com o paciente antecipadamente, além do monitoramento rigoroso para garantir a adesão à terapia.

mais

**educação/informações sobre pânico e ansiedade**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A parte mais importante da abordagem de tratamento é a informação e educação sobre a natureza do pânico e ansiedade. Em especial, o pânico é uma reação compreensível a perigos percebidos (a reação de lutar ou fugir). O medo surge de interpretações errôneas de sensações corporais normais. Desenhar um diagrama simples junto com a pessoa - conectando os sintomas, a interpretação, a ansiedade com setas em um 'círculo vicioso' - pode ser útil. É importante que a pessoa perceba que a primeira meta do tratamento não é aplacar toda a ansiedade, mas conseguir controlá-la. Algumas tentativas da pessoa de lidar com o problema (por exemplo, evitação ou busca por

## Em curso

## adjunto

segurança) são compreensíveis, mas acabam inadvertidamente mantendo o problema.

**terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Com a TCC adjuvante, observa-se aumento da adesão à medicação e das taxas de resposta, com redução da dose do medicamento necessária para assumir o controle dos sintomas.[70] [83] [87] [90] [91] [92] 4[C]Evidence Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.[60]

» A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha numa situação temida pelo tempo necessário para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação, demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

## adjunto

**benzodiazepínicos**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

**Opções primárias**

» **clonazepam**: 0.25 mg por via oral duas vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 0.25 a 0.5 mg/dia a cada 3 dias de acordo com a resposta, máximo de 4 mg/dia

**Opções secundárias**

» **alprazolam**: 0.25 a 0.5 mg por via oral (liberação imediata) quatro vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 1 mg/dia a cada 3-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 6 mg/dia

## Em curso

OU

» **lorazepam**: 0.5 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 6 mg/dia

OU

» **diazepam**: 2.5 mg por via oral (liberação imediata) duas vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

» Os benzodiazepínicos podem ser usados como terapia adjuvante para se obter diminuição rápida dos ataques de pânico, durante a titulação inicial de um inibidor seletivo de recaptação de serotonina.[9] [110]

» Eles apresentam um rápido início de ação e são geralmente bem tolerados,[109] [111] [112] [113] apesar da dependência fisiológica mesmo em curtos períodos, como de 2 a 4 semanas.

» A descontinuação abrupta ou esquemas acelerados de redução podem aumentar o risco de sintomas de abstinência.

» Em pacientes sem história de uso indevido de substâncias, o uso de benzodiazepínicos pode ser seguro em casos prolongados,[75] não havendo evidências consistentes de uso indevido ou aumento de dosagem com o passar do tempo.[100] [101]

» Em caso de indicação de benzodiazepínicos, pode-se preferir agentes programados e de ação mais prolongada, para que o uso do medicamento dependa mais do tempo que da resposta/episódio de pânico. O uso de benzodiazepínicos de curta duração, "se necessário", pode gerar dependência psicológica desses medicamentos nos pacientes, restringido a capacidade do paciente de desenvolver um espaço interno de controle sobre esses sintomas.

2a

**benzodiazepínicos****Opções primárias**

» **clonazepam**: 0.25 mg por via oral duas vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 0.25 a 0.5 mg/dia a cada 3 dias de acordo com a resposta, máximo de 4 mg/dia



## Em curso

## Opções secundárias

» **alprazolam**: 0.25 a 0.5 mg por via oral (liberação imediata) quatro vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 1 mg/dia a cada 3-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 6 mg/dia

OU

» **lorazepam**: 0.5 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 6 mg/dia

OU

» **diazepam**: 2.5 mg por via oral (liberação imediata) duas vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

» Deve-se considerar o uso de monoterapia com benzodiazepínicos em pacientes com história de intolerância ou resposta precária a antidepressivos.<sup>7[C]</sup><sup>Evidence</sup> As diretrizes de prática clínica da American Psychiatric Association respaldam uma abordagem cautelosa ao usar benzodiazepínicos como monoterapia no tratamento de transtornos de pânico. Por outro lado, as diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido não apoiam o uso de benzodiazepínicos como monoterapia.<sup>[54]</sup> <sup>[69]</sup>

» Os benzodiazepínicos apresentam um rápido início de ação e são geralmente bem tolerados,<sup>[109]</sup> <sup>[111]</sup> <sup>[112]</sup> <sup>[113]</sup> apesar da dependência fisiológica mesmo em curtos períodos, como de 2 a 4 semanas.

» A descontinuação abrupta ou esquemas acelerados de redução podem aumentar o risco de sintomas de abstinência.

» Em pacientes sem história de uso indevido de substâncias, o uso de benzodiazepínicos pode ser seguro em casos prolongados,<sup>[75]</sup> não havendo evidências consistentes de uso indevido ou aumento de dosagem com o passar do tempo.<sup>[100]</sup> <sup>[101]</sup>

» Em caso de indicação de benzodiazepínicos, pode-se preferir agentes programados e de ação mais prolongada, para que o uso do medicamento dependa mais do tempo que da resposta/episódio de pânico. O uso

## Em curso

de benzodiazepínicos de curta duração, "se necessário", pode gerar dependência psicológica desses medicamentos nos pacientes, restringido a capacidade do paciente de desenvolver um espaço interno de controle sobre esses sintomas.

**mais educação/informações sobre pânico e ansiedade**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A parte mais importante da abordagem de tratamento é a informação e educação sobre a natureza do pânico e ansiedade. Em especial, o pânico é uma reação compreensível a perigos percebidos (a reação de lutar ou fugir). O medo surge de interpretações errôneas de sensações corporais normais. Desenhar um diagrama simples junto com a pessoa - conectando os sintomas, a interpretação, a ansiedade com setas em um 'círculo vicioso' - pode ser útil. É importante que a pessoa perceba que a primeira meta do tratamento não é aplacar toda a ansiedade, mas conseguir controlá-la. Algumas tentativas da pessoa de lidar com o problema (por exemplo, evitação ou busca por segurança) são compreensíveis, mas acabam inadvertidamente mantendo o problema.

**adjunto terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Em especial, os pacientes que tenham descontinuado o uso de benzodiazepínicos podem beneficiar-se da TCC adjuvante.<sup>[96] [97]</sup>

» Com a TCC adjuvante, observa-se aumento da adesão à medicação e das taxas de resposta, com redução da dose do medicamento necessária para assumir o controle dos sintomas.<sup>[70] [83] [87] [90] [91] [92] 4[C]Evidence</sup> Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.<sup>[60]</sup>

» A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.

## Em curso

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha numa situação temida pelo tempo necessário para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação, demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

## 2a antidepressivos tricíclicos (ADTs)

### Opções primárias

» **imipramina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 2-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

### OU

» **clomipramina**: 12.5 a 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 250 mg/dia

» Os ADTs são indicados em pacientes com falha terapêutica com pelo menos um inibidor seletivo de recaptção de serotonina (ISRS) ou em pacientes com dor neuropática.<sup>5[C]</sup>[Evidence](#)

» São menos favoráveis em termos de efeitos adversos, podendo não ser tão bem tolerados quanto os ISRSs.<sup>[75]</sup>

» Os níveis da imipramina devem ser monitorados rigorosamente, devido a seu índice terapêutico relativamente restrito.

## mais educação/informações sobre pânico e ansiedade

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A parte mais importante da abordagem de tratamento é a informação e educação sobre a natureza do pânico e ansiedade. Em especial, o pânico é uma reação compreensível a perigos percebidos (a reação de lutar ou fugir). O medo surge de interpretações errôneas de sensações corporais normais. Desenhar um diagrama simples junto com a pessoa - conectando os sintomas, a interpretação, a ansiedade com setas em um 'círculo vicioso' - pode ser útil. É importante que a pessoa perceba que a primeira meta do tratamento não é aplacar

## Em curso

toda a ansiedade, mas conseguir controlá-la. Algumas tentativas da pessoa de lidar com o problema (por exemplo, evitação ou busca por segurança) são compreensíveis, mas acabam inadvertidamente mantendo o problema.

**adjunto terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Com a TCC adjuvante, observa-se aumento da adesão à medicação e das taxas de resposta, com redução da dose do medicamento necessária para assumir o controle dos sintomas.[70] [83] [87] [90] [91] [92] 4[C]Evidence Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.[60]

» A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha numa situação temida pelo tempo necessário para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação, demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

■ **com depressão comórbida**

**1a terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

» A TCC no transtorno de pânico é efetiva em pacientes com depressão grave e/ou com uso indevido comórbido de substâncias.[107] No transtorno de pânico, a TCC baseada em exposição é efetiva na redução da ansiedade e dos sintomas da depressão, independentemente da gravidade da depressão.[108] Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.[60]

## Em curso

» A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha numa situação temida pelo tempo necessário para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação, demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

## 1a ISRSs ou IRSNs

## Opções primárias

» **paroxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

## OU

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

## OU

» **fluoxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

## OU

» **fluvoxamina**: 25-50 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 4-7 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

## OU

## Em curso

» **citalopram**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

**OU**

» **escitalopram**: 5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 5-10 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

**OU**

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 37.5 a 75 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

» Os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) são considerados a classe ideal de antidepressivos, graças a seu amplo espectro de ação, além da segurança e tolerância aprimorada.<sup>[71] [73] [75] 3[C]Evidence</sup>

» A paroxetina é o ISRS menos estimulante e mais sedativo. A fluoxetina apresenta meia-vida longa; portanto, o risco de sintomas de abstinência é mais baixo. Ela é, porém, mais estimulante, exigindo titulação mais lenta.

» Os IRSNs, como a venlafaxina, também são eficazes.

» A maioria dos efeitos adversos limita-se ao período de titulação da dose e deve ser discutida com o paciente antecipadamente, além do monitoramento rigoroso para garantir a adesão à terapia.

**mais educação/informações sobre pânico e ansiedade**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A parte mais importante da abordagem de tratamento é a informação e educação sobre a natureza do pânico e ansiedade. Em especial, o pânico é uma reação compreensível a perigos percebidos (a reação de lutar ou fugir). O medo surge de interpretações errôneas de sensações corporais normais. Desenhar um diagrama simples junto com a pessoa - conectando os sintomas, a interpretação, a ansiedade com setas em um 'círculo vicioso' - pode ser útil.

## Em curso

## adjunto

É importante que a pessoa perceba que a primeira meta do tratamento não é aplacar toda a ansiedade, mas conseguir controlá-la. Algumas tentativas da pessoa de lidar com o problema (por exemplo, evitação ou busca por segurança) são compreensíveis, mas acabam inadvertidamente mantendo o problema.

**terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Recomenda-se o uso da TCC adjuvante em pacientes recebendo farmacoterapia.

» Com a TCC adjuvante, observa-se aumento da adesão à medicação e das taxas de resposta, com redução da dose do medicamento necessária para assumir o controle dos sintomas.[83] [87] [90] [91] [92] Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.[60]

» A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha numa situação temida pelo tempo necessário para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação, demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

## 2a

**antidepressivos tricíclicos (ADTs)****Opções primárias**

» **imipramina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 2-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

**OU**



## Em curso

» **clomipramina:** 12.5 a 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 250 mg/dia

» Os ADTs são indicados em pacientes com falha terapêutica com pelo menos um inibidor seletivo de recaptção de serotonina (ISRS) ou em pacientes com dor neuropática.<sup>5[C]</sup>[Evidence](#)

» São menos favoráveis em termos de efeitos adversos, podendo não ser tão bem tolerados quanto os ISRSs.<sup>[75]</sup>

» Os níveis da imipramina devem ser monitorados rigorosamente, devido a seu índice terapêutico relativamente restrito.

**mais****educação/informações sobre pânico e ansiedade**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A parte mais importante da abordagem de tratamento é a informação e educação sobre a natureza do pânico e ansiedade. Em especial, o pânico é uma reação compreensível a perigos percebidos (a reação de lutar ou fugir). O medo surge de interpretações errôneas de sensações corporais normais. Desenhar um diagrama simples junto com a pessoa - conectando os sintomas, a interpretação, a ansiedade com setas em um 'círculo vicioso' - pode ser útil. É importante que a pessoa perceba que a primeira meta do tratamento não é aplacar toda a ansiedade, mas conseguir controlá-la. Algumas tentativas da pessoa de lidar com o problema (por exemplo, evitação ou busca por segurança) são compreensíveis, mas acabam inadvertidamente mantendo o problema.

**adjunto****terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Com a TCC adjuvante, observa-se aumento da adesão à medicação e das taxas de resposta, com redução da dose do medicamento necessária para assumir o controle dos sintomas.<sup>[83] [87] [90] [91] [92]</sup> Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.<sup>[60]</sup>

» A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de

## Em curso

atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha numa situação temida pelo tempo necessário para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação, demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

### 3a farmacoterapia dupla

#### Opções primárias

» **paroxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

-ou-

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

-ou-

» **fluoxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

-ou-

» **fluvoxamina**: 25-50 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 4-7 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

-ou-

» **citalopram**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

-ou-

» **escitalopram**: 5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 5-10 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

--E--

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente,

## Em curso

aumentar em incrementos de 37.5 a 75 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

OU

» **paroxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

-ou-

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

-ou-

» **fluoxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

-ou-

» **fluvoxamina**: 25-50 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 4-7 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

-ou-

» **citalopram**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

-ou-

» **escitalopram**: 5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 5-10 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

--E--

» **mirtazapina**: 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente a cada 1-2 semanas de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia

OU

» **paroxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

-ou-

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

## Em curso

**-ou-**

» **fluoxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

**-ou-**

» **fluvoxamina**: 25-50 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 4-7 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

**-ou-**

» **citalopram**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

**-ou-**

» **escitalopram**: 5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 5-10 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

**--E--**

» **imipramina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 2-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

**-ou-**

» **clomipramina**: 12.5 a 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 250 mg/dia

**OU**

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 37.5 a 75 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

**-e-**

» **mirtazapina**: 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente a cada 1-2 semanas de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia

**OU**

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 37.5 a 75 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

**--E--**

## Em curso

» **imipramina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 2-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

**-ou-**

» **clomipramina**: 12.5 a 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 250 mg/dia

**OU**

» **mirtazapina**: 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente a cada 1-2 semanas de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia

**--E--**

» **imipramina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 2-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

**-ou-**

» **clomipramina**: 12.5 a 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 250 mg/dia

» As diretrizes do estudo da STAR\*D da depressão comórbida resistente ao tratamento recomendam uma farmacoterapia dupla em pacientes que não respondem ao tratamento, caso demonstrem uma resposta parcial (25% de melhora dos sintomas) com dose máxima de 1 antidepressivo.[106]

» Pode-se considerar o uso de uma combinação de 2 medicamentos de grupos com mecanismos de ação diferentes. Estes grupos são os inibidor seletivo de recaptção de serotonina (paroxetina, sertralina, fluoxetina, fluvoxamina, citalopram e escitalopram), os inibidores da recaptção de serotonina-noradrenalina (venlafaxina), a mirtazapina e os antidepressivos tricíclicos (imipramina e clomipramina).

» As interações medicamentosas devem ser verificadas, devendo se considerar encaminhar o paciente a um psiquiatra, antes do início da terapia combinada.

**mais educação/informações sobre pânico e ansiedade**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

## Em curso

» A parte mais importante da abordagem de tratamento é a informação e educação sobre a natureza do pânico e ansiedade. Em especial, o pânico é uma reação compreensível a perigos percebidos (a reação de lutar ou fugir). O medo surge de interpretações errôneas de sensações corporais normais. Desenhar um diagrama simples junto com a pessoa - conectando os sintomas, a interpretação, a ansiedade com setas em um 'círculo vicioso' - pode ser útil. É importante que a pessoa perceba que a primeira meta do tratamento não é aplacar toda a ansiedade, mas conseguir controlá-la. Algumas tentativas da pessoa de lidar com o problema (por exemplo, evitação ou busca por segurança) são compreensíveis, mas acabam inadvertidamente mantendo o problema.

**adjunto terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Com a TCC adjuvante, observa-se aumento da adesão à medicação e das taxas de resposta, com redução da dose do medicamento necessária para assumir o controle dos sintomas.<sup>[83] [87] [90] [91] [92]</sup> Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.<sup>[60]</sup>

» A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha numa situação temida pelo tempo necessário para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação, demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

■ **com ansiedade comórbida****1a terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

» Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são

## Em curso

tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.[60]

» A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha numa situação temida pelo tempo necessário para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação, demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

**1a ISRSs ou IRSNs****Opções primárias**

» **paroxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

**OU**

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

**OU**

» **fluoxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

**OU**

» **fluvoxamina**: 25-50 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 4-7 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia



## Em curso

OU

» **citalopram**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

OU

» **escitalopram**: 5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 5-10 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

OU

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 37.5 a 75 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

» Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) são considerados a classe ideal de antidepressivos, graças a seu amplo espectro de ação, além da segurança e tolerância aprimorada.<sup>[71] [73] [75] 3[C]Evidence</sup>

» A paroxetina é o ISRS menos estimulante e mais sedativo. A fluoxetina apresenta meia-vida longa; portanto, o risco de sintomas de abstinência é mais baixo. Ela é, porém, mais estimulante, exigindo titulação mais lenta.

» Os IRSNs, como a venlafaxina, também são eficazes.

» A maioria dos efeitos adversos limita-se ao período de titulação da dose e deve ser discutida com o paciente antecipadamente, além do monitoramento rigoroso para garantir a adesão à terapia.

mais

**educação/informações sobre pânico e ansiedade**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A parte mais importante da abordagem de tratamento é a informação e educação sobre a natureza do pânico e ansiedade. Em especial, o pânico é uma reação compreensível a perigos percebidos (a reação de lutar ou fugir). O medo surge de interpretações errôneas de sensações corporais normais. Desenhar um diagrama simples junto com a pessoa - conectando os

## Em curso

sintomas, a interpretação, a ansiedade com setas em um 'círculo vicioso' - pode ser útil. É importante que a pessoa perceba que a primeira meta do tratamento não é aplacar toda a ansiedade, mas conseguir controlá-la. Algumas tentativas da pessoa de lidar com o problema (por exemplo, evitação ou busca por segurança) são compreensíveis, mas acabam inadvertidamente mantendo o problema.

**adjunto terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Com a TCC adjuvante, observa-se aumento da adesão à medicação e das taxas de resposta, com redução da dose do medicamento necessária para assumir o controle dos sintomas.<sup>[83] [87] [90] [91] [92]</sup> Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.<sup>[60]</sup>

» A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha numa situação temida pelo tempo necessário para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação, demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

**adjunto benzodiazepínicos**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

**Opções primárias**

» **clonazepam:** 0.25 mg por via oral duas vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 0.25 a 0.5 mg/dia a cada 3 dias de acordo com a resposta, máximo de 4 mg/dia

## Em curso

## Opções secundárias

» **alprazolam**: 0.25 a 0.5 mg por via oral (liberação imediata) quatro vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 1 mg/dia a cada 3-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 6 mg/dia

OU

» **lorazepam**: 0.5 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 6 mg/dia

OU

» **diazepam**: 2.5 mg por via oral (liberação imediata) duas vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

» Os benzodiazepínicos podem ser usados como terapia adjuvante para se obter diminuição rápida dos ataques de pânico, durante a titulação inicial de um inibidor seletivo de recaptação de serotonina.[9] [110]

» Eles apresentam um rápido início de ação e são geralmente bem tolerados,[109] [111] [112] [113] apesar da dependência fisiológica mesmo em curtos períodos, como de 2 a 4 semanas.

» A descontinuação abrupta ou esquemas acelerados de redução podem aumentar o risco de sintomas de abstinência.

» Em pacientes sem história de uso indevido de substâncias, o uso de benzodiazepínicos pode ser seguro em casos prolongados,[75] não havendo evidências consistentes de uso indevido ou aumento de dosagem com o passar do tempo.[100] [101]

2a

**benzodiazepínicos**

## Opções primárias

» **clonazepam**: 0.25 mg por via oral duas vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 0.25 a 0.5 mg/dia a cada 3 dias de acordo com a resposta, máximo de 4 mg/dia

## Opções secundárias

» **alprazolam**: 0.25 a 0.5 mg por via oral (liberação imediata) quatro vezes ao dia

## Em curso

inicialmente, aumentar em incrementos de 1 mg/dia a cada 3-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 6 mg/dia

**OU**

» **lorazepam**: 0.5 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 6 mg/dia

**OU**

» **diazepam**: 2.5 mg por via oral (liberação imediata) duas vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

» Deve-se considerar o uso de monoterapia com benzodiazepínicos em pacientes com história de intolerância ou resposta precária a antidepressivos. As diretrizes de prática clínica da American Psychiatric Association respaldam uma abordagem cautelosa ao usar benzodiazepínicos como monoterapia no tratamento de transtornos de pânico. Por outro lado, as diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) do Reino Unido não apoiam o uso de benzodiazepínicos como monoterapia.[54] [69]

» Os benzodiazepínicos apresentam um rápido início de ação e são geralmente bem tolerados,[109] [111] [112] [113] apesar da dependência fisiológica mesmo em curtos períodos, como de 2 a 4 semanas.

» A descontinuação abrupta ou esquemas acelerados de redução podem aumentar o risco de sintomas de abstinência.

» Em pacientes sem história de uso indevido de substâncias, o uso de benzodiazepínicos pode ser seguro em casos prolongados,[75] não havendo evidências consistentes de uso indevido ou aumento de dosagem com o passar do tempo.[100] [101]

**mais**

### **educação/informações sobre pânico e ansiedade**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A parte mais importante da abordagem de tratamento é a informação e educação sobre a natureza do pânico e ansiedade. Em especial, o pânico é uma reação compreensível a perigos

## Em curso

percebidos (a reação de lutar ou fugir). O medo surge de interpretações errôneas de sensações corporais normais. Desenhar um diagrama simples junto com a pessoa - conectando os sintomas, a interpretação, a ansiedade com setas em um 'círculo vicioso' - pode ser útil. É importante que a pessoa perceba que a primeira meta do tratamento não é aplacar toda a ansiedade, mas conseguir controlá-la. Algumas tentativas da pessoa de lidar com o problema (por exemplo, evitação ou busca por segurança) são compreensíveis, mas acabam inadvertidamente mantendo o problema.

**adjunto terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Em especial, os pacientes que tenham descontinuado o uso de benzodiazepínicos podem beneficiar-se da TCC adjuvante.[96] [97]

» Com a TCC adjuvante, observa-se aumento da adesão à medicação e das taxas de resposta, com redução da dose do medicamento necessária para assumir o controle dos sintomas.[83] [87] [90] [91] [92] Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.[60]

» A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha numa situação temida pelo tempo necessário para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação, demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

**2a antidepressivos tricíclicos (ADTs)****Opções primárias**

## Em curso

» **imipramina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 2-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

**OU**

» **clomipramina**: 12.5 a 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 250 mg/dia

» Os ADTs são indicados em pacientes com falha terapêutica com pelo menos 1 inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS) ou em pacientes com dor neuropática.<sup>5[C]</sup>[Evidence](#)

» São menos favoráveis em termos de efeitos adversos, podendo não ser tão bem tolerados quanto os ISRSs.<sup>[75]</sup>

» Os níveis da imipramina devem ser monitorados rigorosamente, devido a seu índice terapêutico relativamente restrito.

**mais**

**educação/informações sobre pânico e ansiedade**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A parte mais importante da abordagem de tratamento é a informação e educação sobre a natureza do pânico e ansiedade. Em especial, o pânico é uma reação compreensível a perigos percebidos (a reação de lutar ou fugir). O medo surge de interpretações errôneas de sensações corporais normais. Desenhar um diagrama simples junto com a pessoa - conectando os sintomas, a interpretação, a ansiedade com setas em um 'círculo vicioso' - pode ser útil. É importante que a pessoa perceba que a primeira meta do tratamento não é aplacar toda a ansiedade, mas conseguir controlá-la. Algumas tentativas da pessoa de lidar com o problema (por exemplo, evitação ou busca por segurança) são compreensíveis, mas acabam inadvertidamente mantendo o problema.

**adjunto**

**terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Com a TCC adjuvante, observa-se aumento da adesão à medicação e das taxas de resposta, com redução da dose do medicamento necessária para assumir o controle dos sintomas.<sup>[83] [87] [90] [91] [92]</sup> Pacientes

## Em curso

com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.[60]

» A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha numa situação temida pelo tempo necessário para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação, demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

## ataques de pânico sem transtorno de pânico

1a

## aconselhamento e monitoramento

» Os pacientes devem ser aconselhados 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 devem ser incentivados a monitorar a intensidade, a frequência e a duração dos ataques, bem como se estes episódios são esperados ou inesperados.

» Materiais de autoajuda fundamentados nos princípios da terapia cognitivo-comportamental são benéficos.1[C]Evidence A disponibilização de materiais escritos para uso independente ou em conjunto com contatos telefônicos breves pode ajudar a reduzir sintomas relacionados com o pânico.[63] [64]

» Uma avaliação de acompanhamento ou uma ligação telefônica de checagem deve ser marcada em até 2 semanas para reavaliar os sintomas do paciente.



## Em curso

mais

**educação/informações sobre pânico e ansiedade**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A parte mais importante da abordagem de tratamento é a informação e educação sobre a natureza do pânico e ansiedade. Em especial, o pânico é uma reação compreensível a perigos percebidos (a reação de lutar ou fugir). O medo surge de interpretações errôneas de sensações corporais normais. Desenhar um diagrama simples junto com a pessoa - conectando os sintomas, a interpretação, a ansiedade com setas em um 'círculo vicioso' - pode ser útil. É importante que a pessoa perceba que a primeira meta do tratamento não é aplacar toda a ansiedade, mas conseguir controlá-la. Algumas tentativas da pessoa de lidar com o problema (por exemplo, evitação ou busca por segurança) são compreensíveis, mas acabam inadvertidamente mantendo o problema.

## Novidades

### Intervenções breves de terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Investigações comprovam o benefício inicial de um protocolo abreviado de TCC com 5 sessões para transtorno de pânico[114] e uma intervenção com 1 sessão de TCC oferecida nos prontos-socorros para o transtorno de pânico.[115] Demonstrou-se que um programa de 8 dias de TCC intensiva para adolescentes com transtorno de pânico é eficaz na redução dos sintomas de pânico e do transtorno de ansiedade comórbido.[116]

### Aplicativos de saúde mental

Vários aplicativos de saúde mental foram desenvolvidos para condições relacionadas a pânico e ansiedade. As intervenções baseadas em smartphones têm o benefício potencial de disseminação em grande escala com baixo custo. Infelizmente, muitos aplicativos disponíveis não têm evidências empíricas de sua eficácia. Uma metanálise mostrou que os aplicativos podem reduzir os sintomas gerais de ansiedade em relação às condições de controle,[117] mas existe uma má qualidade entre os aplicativos específicos para o pânico.[118]

### Autoajuda computadorizada e baseada na Internet

Foram criados programas de autoajuda baseados na Internet para melhorar o acesso aos princípios do tratamento baseado em evidências para sintomas de pânico, se o paciente não puder ter acesso ao tratamento com um médico. São necessários ensaios com desfecho em longo prazo para avaliar sua eficácia,[119] [120] embora uma revisão sistemática tenha sugerido que eles são bem estabelecidos.[121] A TCC computadorizada com suporte de coordenação de cuidados tem sido útil no tratamento do transtorno do pânico.[59] Os recursos disponíveis gratuitamente incluem aqueles do [Anxieties.com](https://www.anxieties.com/). [[Anxieties.com](https://www.anxieties.com/)]

### Anticonvulsivantes

Pode-se usar gabapentina em pacientes com transtorno de pânico clínico.[122] A pregabalina e a lamotrigina também têm sido usadas em transtornos de ansiedade,[123] embora seu papel no tratamento do transtorno de pânico seja desconhecido.

### Antidepressivos novos

Em uma metanálise de 2013, a mirtazapina foi mais eficaz para níveis de ansiedade que para sintomas do pânico em pacientes com transtorno de pânico.[68] A mirtazapina tem um perfil único de efeitos colaterais que pode ser desejável em determinadas populações.[124] [125]

## Recomendações

### Monitoramento

A possibilidade de retorno dos ataques de pânico e o comportamento de evitação deve ser monitorado em longo prazo pelo clínico geral.

A farmacoterapia para transtorno de pânico deve continuar durante, no mínimo, 1 ano após o ponto de resposta ao tratamento para garantir a redução dos sintomas e proteger contra a recidiva. As taxas de recidiva podem ser altas após a descontinuação do medicamento e da psicoterapia. Devido à taxa significativa de recidiva, é importante assegurar que o funcionamento máximo seja obtido antes de descontinuar os medicamentos.<sup>[51] [52]</sup>

Visitas periódicas de acompanhamento para monitorar o progresso a longo prazo podem favorecer ao médico a oportunidade de reiniciar a farmacoterapia, caso indicado. Antidepressivos de manutenção e sessões de psicoterapia cognitiva-comportamental de reforço podem ser indicados para contrabalançar a recidiva com o tempo.

Ataques de pânico são comuns a outros transtornos de ansiedade, humor e de uso de substâncias; portanto, recomenda-se um rastreamento adicional para essas condições.

### Instruções ao paciente

Pode-se estimular os pacientes a aprenderem mais sobre a natureza e o tratamento da ansiedade e do pânico por intermédio da Anxiety and Depression Association of America. [\[Anxiety and Depression Association of America\]](#) Programas de tratamento online baseados em habilidades, como aqueles do Anxieties.com, [\[Anxieties.com\]](#) pode ser a opção preferencial para alguns pacientes.

Os pacientes atendidos com novos episódios de ataque de pânico devem ser aconselhados de que estes ataques são comuns e afetam até um terço dos indivíduos ao longo de suas vidas; menos de 10% desses indivíduos sofrem de transtorno de pânico completo com ataques recorrentes e comportamentos de evitação e, embora esses ataques sejam desconfortáveis, não são perigosos e são limitados no tempo. Os pacientes podem ser incentivados a monitorar a intensidade, a frequência e a duração dos ataques, bem como se estes episódios são esperados ou inesperados.

Pacientes com transtorno de pânico devem ser orientados sobre as opções de terapia baseadas em evidências disponíveis atualmente, especialmente a eficácia e efetividade da farmacoterapia e a terapia cognitivo-comportamental.

A ansiedade, o comportamento de evitação e o uso de substâncias podem manter os ataques e sensações físicas desconfortáveis ao longo do tempo. Normalizar o sofrimento do paciente e a sua ambivalência pelo tratamento do pânico pode ajudar a incentivar a adesão ao tratamento.

Pacientes devem ser advertidos de que recomeçar certas atividades, tais como tomar café, consumir bebidas alcoólicas e o tabagismo, pode produzir sensações físicas desconfortáveis similares aos episódios de pânico. Deve-se incentivar a retomada gradual dos exercícios físicos.

Após a apresentação inicial, os pacientes devem ser estimulados 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.

Um grande estudo de coorte de base populacional do Reino Unido demonstrou que o uso de antidepressivos pode estar associado a um aumento modesto do risco de ganho de peso em longo prazo em 10 anos, sendo o risco maior no segundo e terceiro anos de tratamento. Embora o número necessário para causar dano pareça ser baixo (supondo que a relação seja causal, 59 pessoas precisariam ser tratadas devido ao desenvolvimento de ganho de peso de 5% ou mais), tal associação poderia ter um impacto significativo no nível da população. Com base nisso, recomenda-se que os profissionais de saúde discutam a possibilidade de ganho de peso com seus pacientes que necessitam de tratamento antidepressivo e forneçam orientações sobre dieta e exercícios.<sup>[129]</sup>

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>síndrome de abstinência serotoninérgica</b>	<b>curto prazo</b>	<b>média</b>
<p>A retirada repentina de agentes serotoninérgicos com meia-vida mais curta (por exemplo, a paroxetina ou a venlafaxina) pode causar sintomas de agudos de abstinência (por exemplo, tontura, irritabilidade, náuseas e ansiedade causada por efeito rebote).</p> <p>Recomenda-se que o paciente retome o tratamento com o agente inibidor seletivo de recaptção de serotonina e cumpra um esquema lento e gradual de redução, sob supervisão médica rigorosa.</p>		
<b>uso de substâncias</b>	<b>variável</b>	<b>média</b>
<p>O uso indevido de substâncias pode se desenvolver como uma forma de controlar a ansiedade geral e sintomas desconfortáveis de pânico.</p> <p>Várias substâncias também podem mimetizar sensações relacionadas com pânico, em especial em momentos de abstinência aguda, complicando desta forma o tratamento.</p> <p>O uso e a dependência da nicotina é desproporcionalmente alto entre pacientes com transtorno de pânico.<sup>[32]</sup></p> <p>Pode-se indicar o encaminhamento a programas de tratamento contra o uso indevido de substâncias.</p>		
<b>ambivalência quanto ao encaminhamento de saúde mental ou medo excessivo da psicoterapia cognitiva-comportamental</b>	<b>variável</b>	<b>média</b>
<p>Conversar sobre as preocupações e a resistência, utilizando técnicas motivacionais.</p> <p>Pode-se consultar um profissional da saúde mental local para obter orientações adicionais ou opções de encaminhamento. Os pacientes podem beneficiar-se de materiais educativos via Internet disponibilizados pela Anxiety and Depression Association of America. <a href="#">[Anxiety and Depression Association of America]</a></p>		

## Prognóstico

O transtorno de pânico é um quadro clínico comum relacionado com alta utilização de serviços de saúde. Estudos naturalísticos longitudinais indicam que o curso do transtorno de pânico não tratado pode se mostrar crônico e incapacitante.[19] Taxas de recidiva são maiores em mulheres que em homens.

O manejo efetivo do transtorno de pânico requer detecção precoce, educação e a recomendação de farmacoterapia baseada em evidências e/ou terapia cognitiva comportamental (TCC). Em um estudo longitudinal da TCC, 87% dos pacientes não apresentavam sintomas de pânico ao final do tratamento, 96% continuavam em remissão ao acompanhamento de 2 anos, 77% ao acompanhamento de 5 anos e 67% ao acompanhamento de 7 anos.[126] Outros estudos longitudinais da TCC sugerem que muitos pacientes ainda sentem sintomas de pânico com o passar do tempo, necessitando, portanto, de monitoramentos adicionais.[127] A probabilidade de recidiva pode ser reduzida por sessões de reforço baseadas em exposição.

A farmacoterapia para transtorno de pânico deve continuar durante, no mínimo, 1 ano após o ponto de resposta ao tratamento para garantir a redução dos sintomas e proteger contra a recidiva.[53] As taxas de recidiva após a retirada dos medicamentos é de cerca 55% a 70%.[128] A descontinuação dos medicamentos antidepressivos está associada a taxas moderadas de recidiva, ao passo que a descontinuação dos benzodiazepínicos está associada a um maior risco de recaída. O manejo em longo prazo do transtorno de pânico requer dosagem adequada e segurança de que o funcionamento máximo seja obtido para permitir a descontinuação dos medicamentos.[51] Pode-se indicar uma combinação de antidepressivos com TCC no manejo da recaída;[51] [93] [94] [95] alguns pacientes precisam continuar recebendo farmacoterapia de manutenção e sessões de TCC de reforço com vistas à proteção contra recidiva a longo prazo.

## Diretrizes de diagnóstico

### Europa

#### Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicação em:**  
2011

### América do Norte

#### Diagnostic and statistical manual of mental disorders: 5th edition (DSM-5)

**Publicado por:** American Psychiatric Association

**Última publicação em:**  
2013

## Diretrizes de tratamento

### Europa

#### Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines

**Publicado por:** British Association for Psychopharmacology

**Última publicação em:**  
2014

#### Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicação em:**  
2011

### América do Norte

#### Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress, and obsessive compulsive disorders

**Publicado por:** Anxiety Disorders Association of Canada

**Última publicação em:**  
2014

#### Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder, second edition

**Publicado por:** American Psychiatric Association

**Última publicação em:**  
2009

## Oceania

### Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder

**Publicado por:** Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists

**Última publicação em:** 2018



## Recursos online

1. [Anxieties.com](#) (*external link*)
2. [Anxiety and Depression Association of America](#) (*external link*)

## Nível de evidência

1. Melhora nos sintomas: há evidências de baixa qualidade que sugerem que a autoajuda pode melhorar os sintomas em comparação com a ausência de tratamento.[\[62\]](#)  
**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
2. Melhora dos sintomas: há evidências de baixa qualidade que sugerem não estar claro se a terapia cognitivo-comportamental melhora os sintomas em comparação com antidepressivos.[\[62\]](#)  
**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
3. Melhora dos sintomas: há evidências de baixa qualidade que sugerem que os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs) melhoram os sintomas em comparação com placebo.[\[62\]](#)  
**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
4. Melhora dos sintomas: há evidências de baixa qualidade que sugerem que a terapia cognitivo-comportamental associada a antidepressivos melhora os sintomas em comparação com a monoterapia associada a antidepressivos.[\[62\]](#)  
**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
5. Melhora dos sintomas: há evidências de baixa qualidade que sugerem que os antidepressivos tricíclicos melhoram os sintomas em comparação com placebo.[\[62\]](#)  
**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
6. Melhora nos sintomas: há evidências de baixa qualidade que sugerem que a terapia cognitivo-comportamental melhora os sintomas em comparação com placebo ou ausência de tratamento.[\[62\]](#)  
**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
7. Melhora dos sintomas: há evidências de baixa qualidade que sugerem que os benzodiazepínicos melhoram os sintomas em comparação com placebo, apesar de os malefícios associados restringirem seu uso.[\[62\]](#)  
**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

## Artigos principais

- Roy-Byrne PP, Wagner AW, Schraufnagel TJ. Understanding and treating panic disorder in the primary care setting. *J Clin Psychiatry*. 2005;66 Suppl 4:16-22.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder, second edition. 2009 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, et al. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2010 May 19;303(19):1921-8.
- Craske MG, Stein MB, Sullivan G, et al. Disorder-specific impact of coordinated anxiety learning and management treatment for anxiety disorders in primary care. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Apr;68(4):378-88. [Texto completo](#)
- Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, et al. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2000 May 17;283(19):2529-36. [Texto completo](#)
- Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB, et al. A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Mar;62(3):290-8. [Texto completo](#)

## Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Olaya B, Moneta MV, Miret M, et al. Epidemiology of panic attacks, panic disorder and the moderating role of age: results from a population-based study. *J Affect Disord*. 2018 Dec 1;241:627-33.
3. de Jonge P, Roest AM, Lim CC, et al. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depress Anxiety*. 2016 Dec;33(12):1155-77. [Texto completo](#)
4. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am*. 2009 Sep;32(3):483-524. [Texto completo](#)
5. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Apr;63(4):415-24. [Texto completo](#)
6. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al. The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2006 Mar;67(3):363-74.

7. Goodwin RD, Faravelli C, Rosi S, et al. The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005 Aug;15(4):435-43.
8. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med*. 2007 Mar 6;146(5):317-25.
9. Roy-Byrne PP, Wagner AW, Schraufnagel TJ. Understanding and treating panic disorder in the primary care setting. *J Clin Psychiatry*. 2005;66 Suppl 4:16-22.
10. Clayton AH, Stewart RS, Fayyad R, et al. Sex differences in clinical presentation and response in panic disorder: pooled data from sertraline treatment studies. *Arch Womens Ment Health*. 2006 May;9(3):151-7.
11. Hammerness P, Harpold T, Petty C, et al. Characterizing non-OCD anxiety disorders in psychiatrically referred children and adolescents. *J Affect Disord*. 2008 Jan;105(1-3):213-9.
12. Goodwin RD, Lieb R, Hoefler M, et al. Panic attack as a risk factor for severe psychopathology. *Am J Psychiatry*. 2004 Dec;161(12):2207-14.
13. Cosci F, Knuts IJ, Abrams K, et al. Cigarette smoking and panic: a critical review of the literature. *J Clin Psychiatry*. 2010 May;71(5):606-15.
14. Rodriguez BF, Bruce SE, Pagano ME, et al. Relationships among psychosocial functioning, diagnostic comorbidity, and the recurrence of generalized anxiety disorder, panic disorder, and major depression. *J Anxiety Disord*. 2005;19(7):752-66.
15. Roy-Byrne PP, Stein MB, Russo J, et al. Panic disorder in the primary care setting: comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *J Clin Psychiatry*. 1999 Jul;60(7):492-9.
16. Hettema JM, Neale NC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2001 Oct;158(10):1568-78.
17. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, et al. Panic disorder in women: a population-based twin study. *Psychol Med*. 1993 May;23(2):397-406.
18. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein M. Panic disorder. *Lancet*. 2006 Sep 16;368(9540):1023-32.
19. Barlow DH. *Anxiety and its disorders*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
20. Leskin GA, Sheikh JI. Lifetime trauma history and panic disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *J Anxiety Disord*. 2002;16(6):599-603.
21. Clark DA, Beck AT. *Cognitive therapy of anxiety disorders: science and practice*. New York, NY: The Guilford Press; 2010.
22. Schmidt NB, Lerew DR, Jackson RJ. Prospective evaluation of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: replication and extension. *J Abnorm Psychol*. 1999 Aug;108(3):532-7.

23. Naragon-Gainey K. Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychol Bull.* 2010 Jan;136(1):128-50.
24. Gorman JM, Kent JM, Sullivan GM, et al. Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *Am J Psychiatry.* 2000 Apr;157(4):493-505.
25. Roy-Byrne PP, Cowley DS. Search for pathophysiology of panic disorder. *Lancet.* 1998 Nov 21;352(9141):1646-7.
26. Abelson JL, Khan S, Liberzon I, et al. HPA axis activity in patients with panic disorder: review and synthesis of four studies. *Depress Anxiety.* 2007;24(1):66-76. [Texto completo](#)
27. Kircher T, Arolt V, Jansen A, et al. Effect of cognitive-behavioral therapy on neural correlates of fear conditioning in panic disorder. *Biol Psychiatry.* 2013 Jan 1;73(1):93-101.
28. Reinecke A, Thilo K, Filippini N, et al. Predicting rapid response to cognitive-behavioural treatment for panic disorder: the role of hippocampus, insula, and dorsolateral prefrontal cortex. *Behav Res Ther.* 2014 Nov;62:120-8.
29. Hirshfeld DR, Smoller JW, Fredman SJ, et al. Early antecedents of panic disorder: genes, childhood, and the environment. In: Rosenbaum JF, Pollack MH, eds. *Panic disorder and its treatment.* New York, NY: Marcel Dekker Inc; 1998:93-152.
30. Goodwin RD, Eaton WW. Asthma and the risk of panic attacks among adults in the community. *Psychol Med.* 2003 Jul;33(5):879-85.
31. Niccolai V, van Duinen MA, Griez EJ. Respiratory patterns in panic disorder reviewed: a focus on biological challenge tests. *Acta Psychiatr Scand.* 2009 Sep;120(3):167-77.
32. Zvolensky MJ, Feldner MT, Leen-Feldner EW, et al. Smoking and panic attacks, panic disorder, and agoraphobia: a review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev.* 2005 Sep;25(6):761-89.
33. Vilarim MM, Rocha Araujo DM, Nardi AE. Caffeine challenge test and panic disorder: a systematic literature review. *Expert Rev Neurother.* 2011 Aug;11(8):1185-95.
34. Filho AS, Maciel BC, Martin-Santos R, et al. Does the association between mitral valve prolapse and panic disorder really exist? *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2008;10(1):38-47. [Texto completo](#)
35. Craske MG, Tsao JC. Assessment and treatment of nocturnal panic attacks. *Sleep Med Rev.* 2005 Jun;9(3):173-84.
36. Isensee B, Wittchen HU, Stein MB, et al. Smoking increases the risk of panic: findings from a prospective community study. *Arch Gen Psychiatry.* 2003 Jul;60(7):692-700. [Texto completo](#)
37. Lewis-Fernández R, Hinton DE, Laria AJ, et al. Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSM-V. *Depress Anxiety.* 2010 Feb;27(2):212-29. [Texto completo](#)
38. Hollifield M, Finley MR, Skipper B. Panic disorder phenomenology in urban self-identified Caucasian-Non-Hispanics and Caucasian-Hispanics. *Depress Anxiety.* 2003;18(1):7-17.

39. Hinton DE, Chhean D, Pich V, et al. Neck-focused panic attacks among Cambodian refugees: a logistic and linear regression analysis. *J Anxiety Disord.* 2006;20(2):119-38.
40. Hinton DE, Chhean D, Fama JM, et al. Gastrointestinal-focused panic attacks among Cambodian refugees: associated psychopathology, flashbacks, and catastrophic cognitions. *J Anxiety Disord.* 2007;21(1):42-58.
41. Smith LC, Friedman S, Nevid J. Clinical and sociocultural differences in African American and European American patients with panic disorder and agoraphobia. *J Nerv Ment Dis.* 1999 Sep;187(9):549-60.
42. Seguí J, Salvador-Carulla I, García I, et al. Semiology and subtyping of panic disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 1998 Apr;97(4):272-7.
43. Neerakal I, Srinivasan K. A study of the phenomenology of panic attacks in patients from India. *Psychopathology.* 2003 Mar-Apr;36(2):92-7.
44. Shiori T, Someya T, Murashita S, et al. The symptom structure of panic disorder: a trial using factor and cluster analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 1996 Feb;93(2):80-6.
45. Weber BE, Kapoor WN. Evaluation and outcomes of patients with palpitations. *Am J Med.* 1996 Feb;100(2):138-48.
46. Katerndahl DA. Chest pain and its importance in patients with panic disorder: an updated literature review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2008;10(5):376-83. [Texto completo](#)
47. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB; Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA.* 1999 Nov 10;282(18):1737-44. [Texto completo](#)
48. Furukawa TA, Katherine Shear M, Barlow DH, ET AL. Evidence-based guidelines for interpretation of the Panic Disorder Severity Scale. *Depress Anxiety.* 2009;26(10):922-9. [Texto completo](#)
49. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006 May 22;166(10):1092-7. [Texto completo](#)
50. Barsky AJ, Delamater BA, Orav JE. Panic disorder patients and their medical care. *Psychosomatics.* 1999 Jan-Feb;40(1):50-6.
51. Doyle A, Pollack MH. Long-term management of panic disorder. *J Clin Psychiatry.* 2004;65 Suppl 5:24-8.
52. Cloos JM. The treatment of panic disorder. *Curr Opin Psychiatry.* 2005 Jan;18(1):45-50.
53. Batelaan NM, Bosman RC, Muntingh A, et al. Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials. *BMJ.* 2017 Sep 13;358:j3927. [Texto completo](#)

54. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder, second edition. 2009 [internet publication]. [Texto completo](#)
55. Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, et al. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. JAMA. 2010 May 19;303(19):1921-8.
56. Sullivan G, Craske MG, Sherbourne C, et al. Design of the Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM) study: innovations in collaborative care for anxiety disorders. Gen Hosp Psychiatry. 2007 Sep-Oct;29(5):379-87. [Texto completo](#)
57. Craske MG, Stein MB, Sullivan G, et al. Disorder-specific impact of coordinated anxiety learning and management treatment for anxiety disorders in primary care. Arch Gen Psychiatry. 2011 Apr;68(4):378-88. [Texto completo](#)
58. Rollman BL, Belnap BH, Mazumdar S, et al. Telephone-delivered stepped collaborative care for treating anxiety in primary care: a randomized controlled trial. J Gen Intern Med. 2017 Mar;32(3):245-55. [Texto completo](#)
59. Rollman BL, Herbeck Belnap B, Abebe KZ, et al. Effectiveness of online collaborative care for treating mood and anxiety disorders in primary care: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2018 Jan 1;75(1):56-64. [Texto completo](#)
60. Bandelow B, Sagebiel A, Belz M, et al. Enduring effects of psychological treatments for anxiety disorders: meta-analysis of follow-up studies. Br J Psychiatry. 2018 Jun;212(6):333-8.
61. Munjack DJ, Crocker B, Cabe D, et al. Alprazolam, propranolol, and placebo in the treatment of panic disorder and agoraphobia with panic attacks. J Clin Psychopharmacol. 1989 Feb;9(1):22-7.
62. Kumar S, Malone D. Panic disorder. BMJ Clin Evid. 2008 Dec 16;2008. [Texto completo](#)
63. Sharp DM, Power KG, Swanson V. Reducing therapist contact in cognitive behaviour therapy for panic disorder and agoraphobia in primary care: global measures of outcome in a randomised controlled trial. Br J Gen Pract. 2000 Dec;50(461):963-8. [Texto completo](#)
64. Febbraro GA. An investigation into the effectiveness of bibliotherapy and minimal contact interventions in the treatment of panic attacks. J Clin Psychol. 2005 Jun;61(6):763-79.
65. Febbraro GA, Clum GA, Roodman AA, et al. The limits of bibliotherapy: a study of the differential effectiveness of self-administered interventions in individuals with panic attacks. Beh Ther. 1999;30(2):209-22.
66. The Reading Agency (UK). Reading Well Books on Prescription scheme. 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
67. Lewis C, Pearce J, Bisson JI. Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders: systematic review. Br J Psychiatry. 2012 Jan;200(1):15-21.
68. Andrisano C, Chiesa A, Serretti A. Newer antidepressants and panic disorder: a meta-analysis. Int Clin Psychopharmacol. 2013 Jan;28(1):33-45.



69. National Institute for Health and Care Excellence. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. Jan 2011 [internet publication]. [Texto completo](#)
70. Hofmann SG, Sawyer AT, Korte KJ, et al. Is it beneficial to add pharmacotherapy to cognitive-behavioral therapy when treating anxiety disorders? A meta-analytic review. *Int J Cogn Ther*. 2009 Jan 1;2(2):160-75. [Texto completo](#)
71. Bakker A, van Balkom AJ, Stein DJ. Evidence-based pharmacotherapy of panic disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2005 Sep;8(3):473-82.
72. Bradwejn J, Ahokas A, Stein DJ, et al. Venlafaxine extended-release capsules in panic disorder: flexible-dose, double-blind, placebo-controlled study. *Br J Psychiatry*. 2005 Oct;187:352-9. [Texto completo](#)
73. Batelaan NM, Van Balkom AJ, Stein DJ. Evidence-based pharmacotherapy of panic disorder: an update. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2012 Apr;15(3):403-15. [Texto completo](#)
74. Freire RC, Hallak JE, Crippa JA, et al. New treatment options for panic disorder: clinical trials from 2000 to 2010. *Expert Opin Pharmacother*. 2011 Jun;12(9):1419-28.
75. Roy-Byrne PP, Cowley DS. Pharmacological treatments for panic disorder, generalized anxiety disorder, specific phobia, and social anxiety disorder. In: Nathan P, Gorman JM, eds. *A guide to treatments that work*. 3rd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2007:337-66.
76. Ballenger JC, Davidson JR, 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.
77. Pollack MH, Otto MW, Worthington JJ, et al. Sertraline in the treatment of panic disorder: a flexible-dose multicenter trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 Nov;55(11):1010-6. [Texto completo](#)
78. Michelson D, Allgulander C, Dantendorfer K, et al. Efficacy of usual antidepressant dosing regimens of fluoxetine in panic disorder: randomized, placebo-controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2001 Dec;179:514-8. [Texto completo](#)
79. Backish D, Hooper CL, Filteau MJ, et al. A double-blind placebo-controlled trial comparing fluvoxamine and imipramine in the treatment of panic disorder with or without agoraphobia. *Psychopharmacol Bull*. 1996;32(1):135-41.
80. Leinonen E, Lepola U, Koponen H, et al. Citalopram controls phobic symptoms in patients with panic disorder: randomized controlled trial. *J Psychiatry Neurosci*. 2000 Jan;25(1):24-32. [Texto completo](#)
81. Stahl SM, Gergel I, Li D. Escitalopram in the treatment of panic disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2003 Nov;64(11):1322-7.
82. Mochcovitch MD, Nardi AE. Selective serotonin-reuptake inhibitors in the treatment of panic disorder: a systematic review of placebo-controlled studies. *Expert Rev Neurother*. 2010 Aug;10(8):1285-93.

83. Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, et al. Cognitive-behavioral therapy, imiprimine, or their combination for panic disorder: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2000 May 17;283(19):2529-36.  
[Texto completo](#)
84. Otto MW, Deveney C. Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: efficacy and strategies. *J Clin Psychiatry*. 2005;66 Suppl 4:28-32.
85. Sánchez-Meca J, Rosa-Alcázar AI, Marín-Martínez F, et al. Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2010 Feb;30(1):37-50.
86. Marchand A, Roberge P, Primiano S, et al. A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: a two-year follow-up. *J Anxiety Disord*. 2009 Dec;23(8):1139-47.
87. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB, et al. A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Mar;62(3):290-8.  
[Texto completo](#)
88. Febraro GA. An investigation into the effectiveness of bibliotherapy and minimal contact interventions in the treatment of panic attacks. *J Clin Psychol*. 2005 Jun;61(6):763-79.
89. Gloster AT, Wittchen HU, Einsle F, et al. Psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: a randomized controlled trial to examine the role of therapist-guided exposure in situ in CBT. *J Consult Clin Psychol*. 2011 Jun;79(3):406-20.
90. de Beurs E, van Balkom AJ, Lange A, et al. Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo, and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. *Am J Psychiatry*. 1995 May;152(5):683-91.
91. van Apeldoorn FJ, van Hout WJ, Mersch PP, et al. Is a combined therapy more effective than either CBT or SSRI alone? Results of a multicenter trial on panic disorder with or without agoraphobia. *Acta Psychiatr Scand*. 2008 Apr;117(4):260-70.
92. Rosenbaum JF, Fredman SJ, Pollack MH. The pharmacotherapy of panic disorder. In: Rosenbaum JF, Pollack MH, eds. *Panic disorder and its treatment*. New York, NY: Marcel Dekker Inc.; 1998:153-80.
93. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2006 Apr;188:305-12.
94. Bandelow B, Seidler-Brandler U, Becker A, et al. Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2007;8(3):175-87.
95. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 24;(1):CD004364.  
[Texto completo](#)

96. Otto MW, Pollack MH, Sachs GS, et al. Discontinuation of benzodiazepine treatment: efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1993 Oct;150(10):1485-90.
97. Spiegel DA, Bruce TJ. Benzodiazepines and exposure-based cognitive-behavior therapies for panic disorder: conclusions from combined treatment trials. *Am J Psychiatry*. 1997 Jun;154(6):773-81.
98. Moylan S, Giorlando F, Nordfjærn T, et al. The role of alprazolam for the treatment of panic disorder in Australia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2012 Mar;46(3):212-24.
99. Moylan S, Staples J, Ward SA, 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.
100. Nagy LM, Krystal JH, Woods SW, et al. Clinical and medication outcome after short-term alprazolam and behavioral group treatment in panic disorder: 2.5 year naturalistic follow-up study. *Arch Gen Psychiatry*. 1989 Nov;46(11):993-9.
101. Worthington JJ 3rd, Pollack MH, Otto MW, et al. Long-term experience with clonazepam in patients with a primary diagnosis of panic disorder. *Psychopharmacol Bull*. 1998;34(2):199-205.
102. Hermos JA, Young MM, Lawler EV, et al. Characterizations of long-term anxiolytic benzodiazepine prescriptions in veteran patients. *J Clin Psychopharmacol*. 2005 Dec;25(6):600-4.
103. Hermos JA, Young MM, Lawler EV, et al. Long-term, high-dose benzodiazepine prescriptions in veteran patients with PTSD: influence of preexisting alcoholism and drug-abuse diagnoses. *J Trauma Stress*. 2007 Oct;20(5):909-14.
104. Means-Christensen AJ, Roy-Byrne PP, Sherbourne CD, et al. Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care. *Depress Anxiety*. 2008;25(7):593-600.
105. Caillard V, Rouillon F, Viel JF, et al. Comparative effects of low and high doses of clomipramine and placebo in panic disorder: a double-blind controlled study. *Acta Psychiatr Scand*. 1999 Jan;99(1):51-8.
106. Rush AJ. STAR\*D: what have we learned? *Am J Psychiatry*. 2007 Feb;164(2):201-4.
107. Rathgeb-Fuetsch M, Kempter G, Feil A, et al. Short- and long- term efficacy of cognitive behavioral therapy for DSM-IV panic disorder in patients with and without severe psychiatric comorbidity. *J Psychiatr Res*. 2011 Sep;45(9):1264-8.
108. Emmrich A, Beesdo-Baum K, Gloster AT, et al. Depression does not affect the treatment outcome of CBT for panic and agoraphobia: results from a multicenter randomized trial. *Psychother Psychosom*. 2012;81(3):161-72.
109. Bystritsky A. Treatment-resistant anxiety disorders. *Mol Psychiatry*. 2006 Sep;11(9):805-14.
110. Goddard AW, Brouette T, Almai A, et al. Early coadministration of clonazepam with sertraline for panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 Jul;58(7):681-6. [Texto completo](#)

111. Sheehan DV, Raj AB, Harnett-Sheehan K, et al. The relative efficacy of high-dose buspirone and alprazolam in the treatment of panic disorder: a double-blind placebo-controlled study. *Acta Psychiatr Scand*. 1993 Jul;88(1):1-11.
112. Moroz G, Rosenbaum JF. Efficacy, safety, and gradual discontinuation of clonazepam in panic disorder: a placebo-controlled, multicenter study using optimized dosages. *J Clin Psychiatry*. 1999 Sep;60(9):604-12.
113. Schweizer E, Fox I, Case G, et al. Lorazepam vs. alprazolam in the treatment of panic disorder. *Psychopharmacol Bull*. 1988;24(2):224-7.
114. Otto MW, Tolin DF, Nations KR, et al. Five sessions and counting: considering ultra-brief treatment for panic disorder. *Depress Anxiety*. 2012 Jun;29(6):465-70.
115. Lessard MJ, Marchand A, Pelland MÈ, et al. Comparing two brief psychological interventions to usual care in panic disorder patients presenting to the emergency department with chest pain. *Behav Cogn Psychother*. 2012 Mar;40(2):129-47.
116. Gallo KP, Chan PT, Buzzella BA, et al. The impact of an 8-day intensive treatment for adolescent panic disorder and agoraphobia on comorbid diagnoses. *Behav Ther*. 2012 Mar;43(1):153-9. [Texto completo](#)
117. Firth J, Torous J, Nicholas J, et al. Can smartphone mental health interventions reduce symptoms of anxiety? A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord*. 2017 Aug 15;218:15-22. [Texto completo](#)
118. Van Singer M, Chatton A, Khazaal Y. Quality of smartphone apps related to panic disorder. *Front Psychiatry*. 2015 Jul 14;6:96. [Texto completo](#)
119. Carlbring P, Bohman S, Brunt S, et al. Remote treatment of panic disorder: a randomized trial of internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls. *Am J Psychiatry*. 2006 Dec;163(12):2119-25.
120. Cuijpers P, Marks IM, van Straten A, et al. Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta-analytic review. *Cogn Behav Ther*. 2009;38(2):66-82.
121. Hedman E, Ljótsson B, Lindefors N. Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2012 Dec;12(6):745-64.
122. Pande AC, Pollack MH, Crockatt J, et al. Placebo-controlled study of gabapentin treatment of panic disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2000 Aug;20(4):467-71.
123. Mula M, Pini S, Cassano GB. The role of anticonvulsant drugs in anxiety disorders: a critical review of the evidence. *J Clin Psychopharmacol*. 2007 Jun;27(3):263-72.
124. Croom KF, Perry CM, Plosker GL. Mirtazapine: a review of its use in major depression and other psychiatric disorders. *CNS Drugs*. 2009;23(5):427-52.

125. Serretti A, Chiesa A, Calati R, et al. Novel antidepressants and panic disorder: evidence beyond current guidelines. *Neuropsychobiology*. 2011;63(1):1-7. [Texto completo](#)
126. Fava GA, Zielezny M, Savron G, et al. Long-term effects of behavioural treatment for panic disorder with agoraphobia. *Br J Psychiatry*. 1995 Jan;166(1):87-92.
127. Brown TA, Barlow DH. Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: clinical predictors and alternative strategies for assessment. *J Consult Clin Psychol*. 1995 Oct;63(5):754-65.
128. Ballenger JC, Pecknold J, Rickels K, et al. Medication discontinuation in panic disorder. *J Clin Psychiatry*. 1993 Oct;54 Suppl:15-21.
129. Serretti A, Porcelli S. Antidepressant induced weight gain. *BMJ*. 2018 May 23;361:k2151.

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

---

**Craig N. Sawchuk, PhD**

Professor

Department of Psychiatry and Psychology, Mayo Clinic, Rochester, MN

DIVULGAÇÕES: CNS declares that he has no competing interests.

---

**Jason P. Veitengruber, MD**

Associate Professor

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA

DIVULGAÇÕES: JPV declares that he has no competing interests.

### // Colegas revisores:

---

**Paul Blenkiron, BM BCh, MA**

Consultant Psychiatrist

Leeds and York Partnership NHS Foundation Trust, Bootham Park Hospital, York, UK

DIVULGAÇÕES: PB declares that he has no competing interests.

---

**Jeffrey M. Lohr, PhD**

Professor

Clinical Training Program, Department of Psychology, University of Arkansas, Fayetteville, AR

DIVULGAÇÕES: JML declares that he has no competing interests.

---

**Philip J. Cowen, MD, FRCPsych, FMedSci**

Professor of Psychopharmacology

Warneford Hospital, Oxford, UK

DIVULGAÇÕES: PJC declares that he has no competing interests.

---

**Toshiaki A. Furukawa, MD, PhD**

Professor and Chair

Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Graduate School of Medical Sciences, Nagoya City University, Nagoya, Japan

DIVULGAÇÕES: TAF has received research funds and speaking fees from Astellas, Dai-Nippon, Sumitomo, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Janssen, Meiji, Otsuka, Schering-Plough, and Yoshitomi. He was on a research advisory board for Meiji and Mochida, and is currently on research advisory boards for Sekisui chemicals and Takeda Science Foundation. He has received royalties from Igaku-Shion and Seiwa-Shoten Publishers. The Japanese Ministry of Education, Science, and Technology and the Japanese Ministry of Health, Labor, and Welfare have also funded his research.