

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

JAMIL VALERIANO DOS SANTOS

Ataque de Pânico

MACEIÓ
2023

JAMIL VALERIANO DOS SANTOS

Ataque de Pânico

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à coordenação do
curso de Medicina da
Universidade Federal de Alagoas.

Orientador: Gerson Odilon Pereira

MACEIÓ
2023

Gerson Odilon Pereira

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Maria Luiza da Silva Veloso Amaro
Sandrele Carla dos Santos
Tauani Belvis Garcez

sarvier

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Pereira, Gerson Odilon

Urgências e emergências médicas / Gerson Odilon Pereira ; organização Tauani Belvis Garcez, Maria Luiza da Silva Veloso Amaro, Sandrele Carla dos Santos. -- 1. ed. -- São Paulo : Sarvier Editora, 2023.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5686-040-4

1. Emergências médicas 2. Emergências médicas - Manuais, guias, etc 3. Urgências médicas I. Garcez, Tauani Belvis. II. Amaro, Maria Luiza da Silva Veloso. III. Santos, Sandrele Carla dos.
IV. Título.

CDD-616.025

23-166323

NLM-WB-100

Índices para catálogo sistemático:

1. Emergências médicas 616.025

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Ataque de Pânico

- Audenis Lima de Aguiar Peixoto
- Jamil Valeriano dos Santos
- Jasmine Paula Rodrigues de Lima

► DEFINIÇÃO

O ataque de pânico é, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (2016), um surto repentino de medo ou intenso desconforto, durante o qual o indivíduo apresenta 4 ou mais sintomas físicos e/ou cognitivos que estão listados na tabela 1. O ataque de pânico não é um transtorno mental, na verdade é um especificador e pode acompanhar diversas condições psiquiátricas como transtorno do pânico, transtorno de ansiedade, transtorno depressivo, transtorno de estresse pós-traumático, e de condições clínicas como acometimento cardíaco, respiratório e gastrointestinal. O ataque pode acontecer a partir de um estado ansioso ou de calma e pode ser classificado como ataque de pânico esperado, quando há gatilho óbvio ou esperado, enquanto o ataque inesperado acontece quando não há um desencadeante óbvio. De acordo com Sadock, Sadock e Ruiz (2017), a prevalência em 6 meses de ataques de pânico varia na população em geral de 3 a 6%, sendo a idade média de aparecimento 25 anos e é mais prevalente em mulheres, o único fator social que apresentou significância para o acontecimento é história recente de divórcio.

► FISIOPATOLOGIA

Atualmente, a ansiedade é considerada uma resposta da fisiologia que busca se adaptar às diferentes situações e perigos que vivenciamos, mantendo-nos alertas para que tenhamos um desempenho otimizado. Essa mesma resposta, todavia, pode causar sofrimento e tornar-se desadaptativa se acontecer desproporcionalmente ao estímulo primário, ou ainda sem algum risco real associado. De maneira geral, podemos descrever que, a partir de algum estressor, alguns sistemas são ativados (adrenocortical, simpático e eixo hipotálamo-pituitária-adrenal), causando diversos sintomas, os quais serão melhor abordados na seção de diagnóstico.

Um dos sintomas causado pela ativação dos sistemas é a taquipneia/respiração excessiva, a qual pode gerar uma diminuição relativa na acidez sanguínea (alcalose)

Tabela 1 Sintomas físicos e cognitivos que podem aparecer no ataque de pânico. Adaptado de: DSM-5.

Sintomas físicos e cognitivos
1. Palpitações, coração acelerado ou taquicardia
2. Sudorese
3. Tremores ou abalos
4. Sensações de falta de ar ou sufocamento.
5. Sensações de asfixia.
6. Dor ou desconforto torácico.
7. Náusea ou desconforto abdominal.
8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio.
9. Calafrios ou ondas de calor.
10. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento).
11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo).
12. Medo de perder o controle ou “enlouquecer”.
13. Medo de morrer.
Ataque do pânico: surto abrupto ou desconforto intenso + 4 sintomas físicos e/ou cognitivos

devido à retirada de dióxido de carbono. Essa alcalose, por sua vez, pode causar muitos dos sintomas ligados a uma síndrome associada a ataques de pânico: a síndrome da hiperventilação. Nesse quadro, observamos tontura, sensação de não conseguir recuperar fôlego, parestesia, ansiedade e espasmos dolorosos nas mãos e pés (espasmos carpopédicos) na ausência de outros problemas físicos. A ventilação de pacientes nessa situação pode variar desde 40 incursões respiratórias rasas por minuto até 20 incursões respiratórias profundas por minuto.

► DIAGNÓSTICO

O ataque de pânico é um acometimento frequente nas urgências médicas, justamente pelo medo que os pacientes têm de estarem passando por uma situação grave de saúde, como o infarto, e pode ser descrito como uma situação em que há mal-estar e/ou medo intenso, juntamente com sintomas psíquicos/cognitivos e físicos de início súbito, atingindo o pico em 10 minutos. O transtorno de pânico (TP), por sua vez, seria caracterizado pela ocorrência recorrente de ataques de pânico inesperados, assim como pela preocupação importante associada a mudanças comportamentais no sentido de evitar novos ataques e por uma angústia acerca das causas e resultados dos sintomas. Logo, o ataque de pânico pode ocorrer isoladamente, sem fazer parte de um quadro característico do TP. Como citado anteriormente, os ataques de pânico incluem sintomas mentais e somáticos, entre os quais podemos incluir **citar**: sensação de falta

de ar, medo de morrer/perder o controle, taquicardia, parestesia, calafrios, tontura, sudorese, tremores, dor torácica, irritabilidade, náusea, disfagia, tensão muscular, palidez, xerostomia, midríase, entre outros.

Tais sintomas devem ser sondados com maior atenção em todos os casos, com objetivo principal de identificar precocemente riscos e situações mais graves/potencialmente letais. Essa investigação deve abranger uma triagem de pacientes com probabilidade maior de infarto agudo do miocárdio (IAM), assim como é fundamental estratificar em relação à isquemia do miocárdio e realizar diagnóstico diferencial com doenças pulmonares, cardiovasculares não coronarianas, do trato digestivo, tireoidopatias, uso de fármacos e transtornos mentais. Um ponto importante a ser destacado é que um diagnóstico psiquiátrico não descarta um diagnóstico cardiovascular, e a recíproca é verdadeira. Esse entendimento é primordial porque pacientes passando por ataques de pânico e/ou com história e diagnóstico de TP podem ser considerados simuladores, muitas vezes sendo negligenciados, o que impacta negativamente no desfecho e aumenta o risco de morte, já que a doença coronária pode estar presente. Nesse sentido, uma quantidade considerável de pacientes com dor torácica preenche critérios para TP, assim como pacientes classificados como pessoas com TP também têm o diagnóstico de síndrome coronariana aguda; Isto é: o ataque de pânico não é apenas um diagnóstico diferencial, mas também é um possível diagnóstico associado a patologias cardíacas. Frequentemente, é necessário realizar exames complementares para diferenciar cada caso clínico, assim como é fundamental conhecer melhor as características mais essenciais do TP e outros transtornos psiquiátricos mais comuns em serviços de emergência para melhor identificar ataques de pânico.

Como já abordado, os ataques de pânico não ocorrem apenas no TP, porém no transtorno de pânico podemos perceber que esses sintomas aparecem num quadro característico, no qual há uma angústia e medo dos sintomas somáticos experimentados. Abaixo, transcrevemos perguntas sugeridas por QUEVEDO *et al.* (2019), que podem auxiliar no diagnóstico de TP:

Perguntas que auxiliam no diagnóstico de transtorno do pânico (QUEVEDO, 2019)
"Já apresentou este sintoma outras vezes ao longo da vida?"
"Além deste sintoma, apresenta algum outro sintoma associado à ativação somática?"
"Não esperava estes sintomas? Sentiu medo deles?"
"Quando procurou ajuda, submeteu-se a exames? Se sim, qual o diagnóstico recebido?"
"Tem medo de estar em lugares em que, se passar mal, possa não obter ajuda? Ou evita ficar desacompanhado?"
"Tem dificuldade de acreditar que não tenha alguma doença clínica?"
"Está muito preocupado com as consequências destas sensações? Pensa muito nisso?"

► TRATAMENTO

Inicialmente, é fundamental que o tratamento de ataques de pânico inclua técnicas de psicoterapia (como da terapia cognitivo-comportamental) visando uma diminuição breve da ansiedade, já que essa abordagem pode ser suficiente para o controle do quadro, sem a necessidade do uso de fármacos. De maneira geral, o objetivo imediato é diminuir a ativação autonômica que frequentemente ocorre devido à hiperventilação. Nesse sentido, é importante treinar a respiração diafragmática, que se baseia em inspiração e expiração lentificadas durante um certo tempo, sendo útil para a regularização do ritmo cardiopulmonar. Outra atividade interessante é a busca por reestruturar os pensamentos em relação a perder o controle, morrer ou piorar o quadro de saúde através da diferenciação entre os medos dos pacientes e a realidade objetiva, e também entre a interpretação catastrófica dos sintomas vivenciados e os riscos que realmente estão presentes. Finalmente, também é uma prática endossada tentar o diálogo com pacientes acerca das razões para os sintomas, do conhecimento prévio sobre TP e das orientações de tratamento, o que pode aliviar a angústia e aumentar a segurança dos pacientes.

Em alguns casos, contudo, a psicoterapia não é suficiente. Em pacientes em situações moderadas e graves, a associação de fármacos com psicoterapia pode ser mais vantajosa em relação a cada uma das abordagens isoladas. A indicação mais consolidada para tranquilização dos pacientes é de uso de benzodiazepínicos por um curto período: entre as medicações disponíveis podem ser utilizados diazepam (uma ou duas doses orais, 5 a 10mg), clonazepam (2mg), alprazolam (0,25 a 1mg) ou lorazepam (0,5 a 2mg). Os fármacos dessa classe farmacológica são considerados seguros, entretanto é necessário maior cuidado em pacientes gestantes e em aleitamento, nos extremos de idade e com comorbidades pulmonares, cardio, nefro e hepatológicas. Alguns efeitos colaterais devem ser observados, como quedas, depressão respiratória/cardíaca e efeito paradoxal. Devido à possibilidade de causar dependência, o uso continuado não é recomendado.

Finalmente, é indispensável para a melhora da saúde mental dos pacientes e do cuidado em possíveis novas crises que seja indicado um tratamento psiquiátrico ambulatorial para ser feito em relação ao TP em casos que completem critérios diagnósticos, com tratamento adequado para as particularidades de cada um, levando em conta diversos indicadores. Assim, é possível uma melhora precoce do quadro, diminuindo as chances de desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas e suavizando a carga de trabalho em emergências médicas por prevenir novos ataques de pânico.

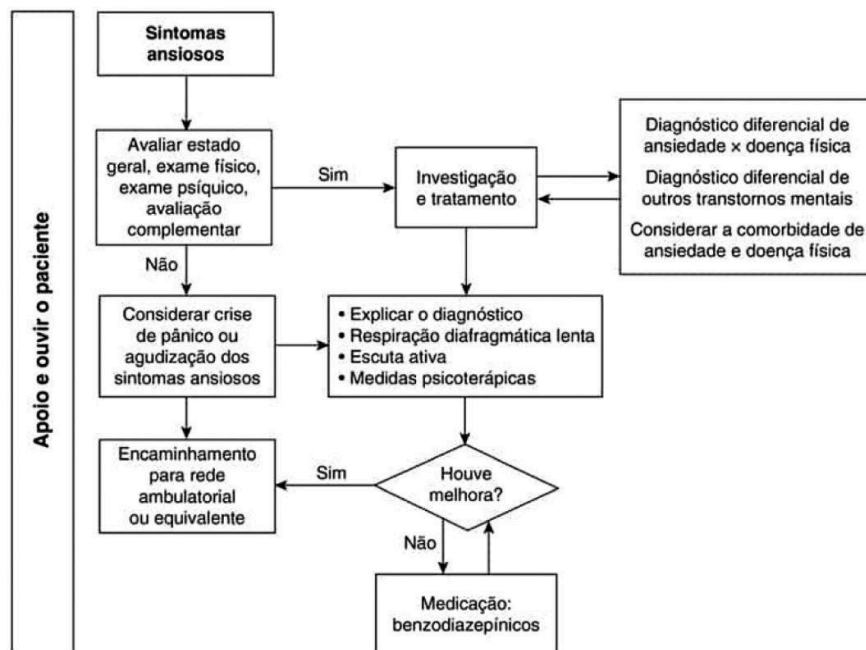


Figura Fonte: BALDAÇARA, 2021.

► REFERÊNCIAS

- AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS. **Emergency**: Care and Transportation of the Sick and Injured. 11. edição. Boston: Jones & Bartlett Learning, 2016.
- (APA), American Psychiatric Association. **DSM-5**. Porto Alegre: Grupo A, 2016. ISBN 9788582711835.
- BALDAÇARA, Leonardo *et al.* **Emergências Psiquiátricas**. 2. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koo-
gan, 2021.
- QUEVEDO, João *et al.* **Emergências Psiquiátricas**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de Psiquiatria**. Porto Alegre: Grupo A, 2017. ISBN 9788582713792.
- VELASCO, Irineu Tadeu *et al.* **Medicina de emergência**: Abordagem Prática. 16. ed. São Paulo: Editora Manole, 2022.
- ZEFERINO, Maria Terezinha *et al.* **Crise e Urgência em Saúde Mental**: o cuidado às pessoas em situações de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial. 4. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.