

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE VITÓRIA - EMESCAM

BIBLIOTECA - EMESCAM

GUILHERME PASSAMANI BORGES  
HEITOR PRATES FURIERI

**IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE PÂNICO NA  
EMERGÊNCIA MÉDICA**

VITÓRIA  
2015

GUILHERME PASSAMANI BORGES  
HEITOR PRATES FURIERI

**IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE PÂNICO NA  
EMERGÊNCIA MÉDICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória como requisito parcial para  
obtenção do grau de médico.

VITÓRIA  
2015


GUILHERME PASSAMANI BORGES  
HEITOR PRATES FURIERI

**IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE PÂNICO NA  
EMERGÊNCIA MÉDICA**

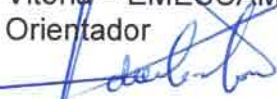
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

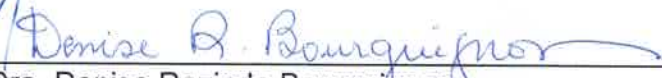
Aprovada em 26 de março de 2015.

BANCA EXAMINADORA

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Luiz Henrique Borges  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM  
Orientador

Edson Dias Da Costa  
Psiquiatra  
CRM ES 1848

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Edson Dias da Costa  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Denise Rozindo Bourguignon  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Tânia Mara Alves Prates, à Camila Carone, à Paula Moreira, ao professor Luiz Henrique Borges, ao professor Edson Dias, aos nossos pais e a todos que nos ajudaram a conseguir realizar esse trabalho.

## RESUMO

O transtorno de pânico é caracterizado pela presença de ataques de pânico recorrentes e inesperados associados à apreensão ou preocupação persistentes acerca de novos ataques ou suas consequências, ou a uma mudança desadaptativa no comportamento relacionada aos ataques. Esse transtorno acarreta, em muitas pessoas, sintomas autonômicos e sensação de morte iminente, levando os pacientes a procurarem o serviço de emergência hospitalar. Se não for bem diagnosticado nesse serviço, os pacientes tendem a evoluir para uma maior gravidade dessa doença. O objetivo desse trabalho foi analisar a orientação para o diagnóstico de transtorno de pânico no serviço de emergência hospitalar, por meio de um estudo descritivo qualitativo de pesquisa bibliográfica. Foram utilizados artigos científicos, livros texto e manuais diagnósticos. A boa abordagem do transtorno de pânico no serviço de emergência é dificultada pela necessidade de descartar diagnósticos diferenciais de alto risco e pela gravidade dessa doença não ser bem identificada nesse serviço. É importante reconhecer que pacientes que procuram os serviços de emergência mais de uma vez devido a ataques de pânico são pacientes graves e necessitam de uma abordagem diferenciada, composta não só da estabilização da crise, mas de um atendimento multidisciplinar na emergência e posterior encaminhamento para o serviço especializado. O diagnóstico adequado do transtorno de pânico em seus primeiros estágios e o tratamento dessa doença em uma fase com menos complicações pode mudar a sua evolução, levando a menos sofrimento e incapacitação dos pacientes.

Palavras chave: Transtorno de pânico. Ataque de pânico. Ansiedade.

## ABSTRACT

Panic disorder refers to recurrent unexpected panic attacks associated with persistent concern or worry about additional attacks or their consequences, or with a maladaptive change in behavior related to the attacks. This disorder causes autonomic symptoms and feeling of imminent death, making the patients search for emergency medical service. If a correct diagnosis is not made at the emergency service, the severity of the disorder increases. This study was aimed at analyzing the emergency service diagnosis orientation of panic disorder, by a descriptive, qualitative bibliographic research, utilizing scientific articles, textbooks and diagnostic manuals. It is hard to make a good approach of the panic disorder at the emergency service because it is needed to rule out differential diagnosis of high risk and because the severity of panic disorder is not well identified at this service. It is important to recognize that patients that search the emergency service more than once because of panic attacks need a differentiated approach, not only stabilizing the attack, but also utilizing multidisciplinary care at the emergency service and making referral to the specialist service. The correct diagnosis at early stages and treatment of the panic disorder at a less hindered point of the disease can change its evolution, causing less suffering and incapacitation to the patients.

Keywords: Panic disorder. Panic attack. Anxiety.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	7
1.1 JUSTIFICATIVA .....	8
1.2 OBJETIVOS .....	8
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	9
<b>3 PÂNICO NA EMERGÊNCIA</b> .....	10
3.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLÓGICOS DO TRANSTORNO DE PÂNICO.....	11
3.2 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DE PÂNICO .....	15
3.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	17
3.4 ABORDAGEM DO TRANSTORNO DE PÂNICO NA EMERGÊNCIA MÉDICA .....	19
<b>4 CONCLUSÃO</b> .....	24
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	25

## 1 INTRODUÇÃO

Os transtornos de ansiedade são condições que compartilham características de medo ou ansiedade excessivas, associadas a distúrbios comportamentais e estão entre as condições psiquiátricas mais prevalentes na população geral<sup>1</sup>, sendo que, dentre eles, o transtorno de pânico é um dos que mais se apresenta nos serviços de emergência hospitalar<sup>2</sup>.

O transtorno de pânico é caracterizado pela presença de ataques de pânico recorrentes e inesperados associados à apreensão ou preocupação persistentes acerca de novos ataques ou suas consequências, ou a uma mudança desadaptativa no comportamento relacionada aos ataques<sup>1</sup>.

Esse transtorno é causa de grande sofrimento psíquico, prejuízo funcional e degradação da qualidade de vida daqueles que o possuem, justificando sua importância como problema de saúde pública. Devido a estas consequências, à sua prevalência nos serviços não especializados e ao grande potencial terapêutico do diagnóstico precoce, é importante que esse acometimento seja conhecido pelos profissionais de saúde em geral, para que seja identificado e conduzido de forma adequada às suas necessidades peculiares.



## 1.1 JUSTIFICATIVA

Apesar de ser uma doença psiquiátrica, os pacientes em crise ainda procuram muito o atendimento nos serviços de emergência hospitalar, pelo fato dessa doença acarretar muitos sintomas autonômicos e sensação de morte iminente<sup>5</sup>. Se não for bem diagnosticado nesse serviço, os pacientes tendem a evoluir para uma maior gravidade dessa doença. Essa análise bibliográfica irá colaborar para a elucidação da importância desse diagnóstico nos serviços de emergência.

## 1.2 OBJETIVOS

a) Objetivo geral: Analisar a orientação para o diagnóstico de transtorno de pânico no serviço de emergência hospitalar.

b) Objetivos específicos:

- Avaliar as características do transtorno de pânico;
- Enumerar os critérios diagnósticos para o transtorno de pânico;
- Identificar os principais diagnósticos diferenciais do transtorno de pânico no serviço de emergência;
- Descrever as abordagens do transtorno de pânico para serviços de emergência hospitalar.

## 2 METODOLOGIA

Estudo descritivo qualitativo de pesquisa bibliográfica, que visou caracterizar o diagnóstico e conduta em relação ao transtorno de pânico nas emergências médicas, realizado com apoio de uma seleção bibliográfica utilizando os bancos de dados PUBMED e SciELO. Utilizaram-se os descritores primários “transtorno de pânico”, “ataque de pânico” e “ansiedade” e o descritor secundário “emergência”, sendo encontrados 187 artigos com o descritor “transtorno de pânico emergência”.

Os artigos utilizados na pesquisa foram 04 artigos em português e 25 artigos em inglês, totalizando 29 artigos, que foram publicados no período de 1985 até 2013. Foram utilizados também livros textos com foco em psiquiatria, em emergência hospitalar, ou em ambos.

Além disso, foram selecionados os guias diagnósticos CID-10 e DSM-5, os guias mais utilizados para classificação de doenças na prática psiquiátrica. O CID-10 é o guia de classificação diagnóstica de doenças proposto pela OMS, enquanto o DSM-5 é o manual estatístico de classificação de diagnósticos em saúde mental, proposto pelos Estados Unidos da América.

Após a seleção do material, foi realizada a análise das informações nos textos, visando encontrar as mais precisas para o contexto brasileiro, porém, pelo reduzido número de informações encontradas nesse contexto, as informações utilizadas na confecção do trabalho foram as da condição global do transtorno de pânico na emergência hospitalar. Foi realizada então uma comparação dos critérios diagnósticos dos guias CID-10 e DSM-5 e identificados os principais diagnósticos diferenciais do transtorno de pânico.

Por fim, buscou-se avaliar as diferenças na abordagem do transtorno de pânico em manuais de psiquiatria e de emergência clínica.

### 3 PÂNICO NA EMERGÊNCIA

A ansiedade é um afeto presente em todos os seres humanos. Existem, porém, situações em que esta se apresenta exacerbada, surgindo ou sem estímulo externo definido, ou sem estímulo proporcional que a explique. Ela ocorre, nesses casos, com intensidade, duração e frequência desproporcionais, caracterizando transtornos de ansiedade, que causam sofrimento e prejuízo no desempenho social ou profissional da pessoa<sup>3</sup>. O transtorno de pânico, devido ao impacto dos sinais e sintomas físicos e o grande desconforto que este causa à vida do paciente, é um dos transtornos de ansiedade mais prevalentes nos serviços de emergência hospitalar.

É importante o conhecimento do conceito de medo, ansiedade e ataque de pânico para o bom entendimento do transtorno de pânico.

O medo é uma resposta emocional à percepção de ameaça ou ao perigo, enquanto a ansiedade é uma antecipação a uma futura ameaça. Obviamente esses estados se entrelaçam, mas também se diferenciam, com o medo estando associado mais comumente a situações de luta e fuga e pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, enquanto a ansiedade é mais associada à tensão muscular, vigilância preparatória para perigos futuros<sup>1</sup>.

O ataque de pânico é uma reação de medo intenso, de pavor, que se inicia de forma brusca, com duração de alguns minutos, relacionada geralmente ao perigo imaginário de morte iminente, descontrole ou desintegração<sup>1</sup>.

Os sintomas do ataque são palpitações, taquicardia, sudorese, tremores, parestesias (principalmente formigamento nos lábios e/ou pontas dos dedos), sensação de falta ar, desconforto respiratório, dor ou desconforto no peito, náusea, sensação da cabeça ficar leve, síncope, desconforto abdominal, desrealização, despersonalização, medo de morrer, medo de perder o controle ou enlouquecer, e desejo de fugir ou escapar da situação<sup>1</sup>.

Os ataques de pânico, embora em alguns casos não se consiga identificar o fator desencadeante, podem ocorrer após contato com situações ou objetos fobígenos, morte de pessoa próxima significativa, estresse intenso, etc<sup>4</sup>. Os ataques podem ser

únicas, mas existe o risco de serem recorrentes, sendo esta uma das características do transtorno de pânico.

### 3.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLÓGICOS DO TRANSTORNO DE PÂNICO

Transtorno de pânico se caracteriza pela ocorrência espontânea e inesperada de ataques de pânico, isto é, períodos distintos de medo intenso que podem variar de vários ataques por dia e apenas poucos por ano<sup>5</sup>.

A idade de início do transtorno de pânico pode apresentar um padrão bimodal, entre os 15 e 24 anos, ou mais tarde, entre os 45 e 54 anos<sup>6</sup>. É até 03 vezes mais frequente em mulheres<sup>7</sup>, sendo a prevalência em adultos de 1,5%<sup>8</sup>. O tabagismo e a dependência de nicotina na adolescência têm sido implicados como fatores de risco para o transtorno de pânico na vida adulta, mas a causalidade dessa associação ainda é questionável<sup>9</sup>. Fatores socioeconômicos como etnia, estado civil, grau de escolaridade e renda não parecem ser fatores de maior importância na associação com o transtorno de pânico<sup>10</sup>.

Muitos idosos com história de pânico na juventude continuam a apresentar sintomas na terceira idade. O transtorno de pânico de início tardio apresenta menos sintomas, menos evitação e menos somatizações<sup>11</sup>. Ataques de pânico nessa idade geralmente são comórbidas com depressão ou condições médicas<sup>12</sup>. Tais condições, como acidente vascular cerebral e demências podem ser os gatilhos para o primeiro ataque de pânico<sup>13</sup>.

Existem fortes associações entre eventos traumáticos na infância com o desenvolvimento de pânico na idade adulta<sup>14, 15, 16</sup>, assim como eventos estressantes na própria idade adulta podem gerar transtorno de pânico ou outros transtornos de ansiedade<sup>17, 18</sup>. Segundo Faravelli, cerca de 80% dos pacientes com transtorno de pânico relataram algum estressor na vida nos 12 meses antes do desenvolvimento do transtorno<sup>18</sup>. Segundo Scocco e colaboradores, 90% dos casos de pacientes com transtorno de pânico tiveram uma transição de papéis, e 40% tiveram alguma perda significativa<sup>19</sup>.

Existem várias teorias que buscam explicar a etiologia do transtorno de pânico. Segundo a teoria dos fenótipos que predispõem ao transtorno de pânico, na infância temos o fenótipo de sensibilidade à ansiedade, que é muito sensível para transtorno de pânico, mas pouco comum na população, e o fenótipo de comportamento inibido, que é mais comum na fobia social, mas ainda apresenta alguns casos de transtorno de pânico. Nos adultos temos o neuroticismo e alguns comportamentos específicos, como o de evitação de danos, sendo ambos inespecíficos para transtorno de pânico, por estarem ligados a transtornos de ansiedade em geral<sup>20, 21</sup>.

Segundo Clark, os ataques de pânico derivam de interpretações catastróficas disfuncionais de certas manifestações corporais. A suposição é centralizada no processamento inadequado de informações vindas de um estímulo externo (ruído, luminosidade) ou interno (sensação de taquicardia, sudorese, vertigem). A interpretação é de perigo iminente, o que dispara ou intensifica as sensações corporais, confirmando o "perigo" e gerando, então, mais interpretações catastróficas e ansiedade em uma espiral crescente e rápida<sup>22</sup>.

Segundo Barlow, o ataque de pânico inicial é um alarme falso que pode ser ativado quando ocorre um aumento momentâneo de estresse na vida de indivíduos com vulnerabilidades biológicas e/ou psicológicas. Após o primeiro ataque, a pessoa torna-se apreensiva em relação a ataques futuros. Para Barlow, o medo primário no transtorno de pânico é o medo das sensações físicas, particularmente as associadas à ativação autonômica<sup>23</sup>.

Segundo a teoria psicodinâmica, pacientes com transtorno de pânico frequentemente se descrevem como tendo sido crianças medrosas, nervosas e tímidas, e também referem desconforto com os sentimentos agressivos, sentimentos crônicos de baixa autoestima, frustração e ressentimento precedentes ao início do transtorno de pânico. A qualidade da relação parental é um fator de risco para o transtorno de pânico<sup>24</sup>. Por exemplo, os pacientes com transtorno de pânico frequentemente descrevem seus pais como pessoas bravas, críticas, amedrontadoras e controladoras<sup>25</sup>.

A teoria psicodinâmica trabalha com a prerrogativa de que conflitos internos inconscientes se relacionam estreitamente com as manifestações ansiosas;

portanto, as frustrações, ressentimentos e relações infantis tornam-se imperiosas para a abordagem terapêutica desse transtorno, assim como uma cuidadosa avaliação da estrutura de personalidade subjacente do indivíduo<sup>26</sup>.

Existe na literatura uma associação marcante entre transtorno de pânico e agorafobia<sup>27</sup>. Segundo o DSM-5, agorafobia é uma condição em que o indivíduo sente medo ou ansiedade intensos em duas ou mais das seguintes situações: usar transporte público, estar em espaços abertos, estar em lugares fechados (como teatros, cinema, lojas), ficar em uma fila, estar em uma multidão ou estar fora de casa sozinho, sendo que a pessoa evita esses locais por imaginar que eles não possuem saída fácil ou que têm difícil acesso para socorro em caso de sintomas incapacitantes ou embaraçosos. O medo e a ansiedade são desproporcionais à situação e geram impacto social e ocupacional. Estas situações são evitadas de forma ativa pelo indivíduo, ou só são realizadas com um acompanhante, ou com o indivíduo suportando a situação, mas com medo e ansiedade intensos. Tal condição não pode ser mais bem explicada por outra condição médica, outro transtorno mental ou uso de substâncias.

O transtorno de pânico, embora tenha baixo risco de morbidade e mortalidade imediata ao paciente, não deve ser tratado como um diagnóstico de pouca importância, pois se trata de condição complexa de tratamento e que leva à perda de anos produtivos, diminuição da qualidade de vida e reclusão social. Pacientes com transtorno de pânico têm maiores taxas de absenteísmo e menor produtividade no trabalho; maiores taxas de utilização dos serviços de saúde, de procedimentos e de testes laboratoriais; um risco aumentado, independente das comorbidades, de ideação de suicídio e de tentativas de suicídio<sup>28-31</sup>.

Quase 100% dos pacientes com transtorno de pânico e agorafobia e 83% daqueles sem agorafobia têm ao menos outra comorbidade psiquiátrica. Nos pacientes com transtorno de pânico e agorafobia, as mais comuns são outros transtornos de ansiedade (95%), sendo que 64% destes pacientes apresentam pelo menos um transtorno de humor, 63% têm algum transtorno de controle de impulsos e 31% abusam ou são dependentes de substâncias ou álcool. Dentre os transtornos de ansiedade mais comumente associados ao transtorno de pânico tem-se fobia específica (74%), fobia social (66%), transtorno de ansiedade generalizada (32%) e

ansiedade de separação (13%). Dentre os transtornos de humor mais comumente associados ao transtorno de pânico, tem-se depressão maior (50%), transtorno bipolar do tipo I e II (16%) e distímia (10%). Convém ressaltar que 27% dos pacientes com transtorno de pânico preenchem os critérios para abuso ou dependência de álcool (sendo 14% apenas para dependência), enquanto 18% preenchem os critérios para abuso ou dependência de drogas ilícitas (sendo 11% apenas para dependência)<sup>10</sup>.

No ano de 1990 o custo global dos transtornos de ansiedade foi avaliado em torno de 42,3 bilhões de dólares, subindo para 63,1 bilhões de dólares em 1998. O custo médio anual foi de 1542 dólares por indivíduo com transtorno de ansiedade, dos quais 256 dólares per capita foram com encargos trabalhistas, sendo que 88% foram atribuídos à perda de produtividade devido a pior desempenho no trabalho e maior taxa de absenteísmo<sup>32</sup>. Um estudo europeu avaliou que o custo do transtorno de pânico foi de 10.269 euros per capita por ano quando comparado com os de outros transtornos mentais. Observou-se que um quarto dessa despesa poderia ser atribuída a comorbidades somáticas ou psiquiátricas e que a agorafobia é associada a custos mais elevados<sup>33</sup>.

### 3.2 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DE PÂNICO

Segundo o CID 10<sup>40</sup>, a característica essencial deste transtorno é o ataque recorrente de uma ansiedade grave (ataques de pânico), que não ocorre exclusivamente numa situação ou em circunstância determinada, mas é de fato imprevisível. Como em outros transtornos ansiosos, os sintomas essenciais comportam a ocorrência brutal de palpitação e dores torácicas, sensações de asfixia, tonturas e sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização). Existe, além disso, frequentemente um medo secundário de morrer, de perder o autocontrole ou de ficar louco. Não se deve fazer um diagnóstico principal de transtorno de pânico quando o sujeito apresenta um transtorno depressivo no momento da ocorrência de um ataque de pânico, uma vez que os ataques de pânico são provavelmente secundários à depressão neste caso.

Segundo o DSM-5<sup>1</sup>, transtorno de pânico é caracterizado por ataques de pânico recorrentes e inesperados. Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo ou desconforto intensos que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro ou mais de uma lista de 13 sintomas físicos e cognitivos (palpitações, taquicardia; sudorese; tremores ou abalos; sensações de falta de ar ou sufocamento; sensação de asfixia; dor ou desconforto torácico; náusea ou desconforto abdominal; sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio; calafrios ou onda de calor; anestesia ou sensação de formigamento; desrealização ou despersonalização; medo de perder o controle ou “enlouquecer”; medo de morrer) sendo que pelo menos um dos ataques foi seguido por um mês (ou mais) de uma ou de ambas as seguintes características: 1) apreensão ou preocupação persistentes acerca de ataques de pânico adicionais ou sobre suas consequências (por exemplo perder o controle, ter um ataque cardíaco ou “enlouquecer”), ou 2) uma mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionada aos ataques (por exemplo comportamentos que têm por finalidade evitar ter ataques de pânico, como a esquiva, exercícios ou situações desconhecidas). A perturbação não pode ser consequência dos efeitos psicológicos de uma substância ou de outra condição médica nem ser mais bem explicada por outro transtorno mental.

O CID 10 define o transtorno de pânico (transtorno ansioso por recorrência de crises de ansiedade), dispondo de uma lista de cinco sintomas comuns na crise de



ansiedade; enquanto que no DSM 5, esta é composta por treze sintomas. O DSM 5 possui, além de critérios para transtorno de pânico, critérios também para ataques de pânico, enquanto o CID 10 apenas descreve as características desses. O CID 10 relaciona os ataques de pânico fortemente com situações fóbicas, considerando necessária a exclusão de qualquer outra fobia antes de se pensar em transtorno de pânico. O DSM 5, por sua vez, dá ênfase na relação entre ataques de pânico e transtornos ansiosos em geral, sendo um dos critérios para diagnóstico a ausência de outro transtorno mental como explicação para o ataque de pânico. O CID 10 não cita alguma necessidade de diferenciação com o uso de substâncias ou outras condições médicas.

### 3.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial é um ponto chave no entendimento para posterior manejo do transtorno de pânico. Embora seu diagnóstico seja essencialmente clínico, existem diversas condições clínicas e psiquiátricas que podem ter sinais e sintomas semelhantes. Por se tratar de uma crise aguda, o seu diagnóstico diferencial é essencial nas emergências médicas, sendo necessária uma anamnese bem feita com uma história detalhada das medicações e substâncias em uso pelo paciente, especialmente a história de consumo de álcool, cafeína, cocaína, nicotina, broncodilatadores e hipnóticos sedativos. Caso o ataque não possa ser mais bem explicado por nenhuma condição clínica ou pelo uso ou abstinência de substâncias, deve-se proceder a investigação diagnóstica para transtornos psiquiátricos, com atenção especial para os transtornos de ansiedade.

Sintomas clínicos que levam os pacientes à emergência hospitalar, como a dor torácica, devem ser sempre investigados com atenção. O foco principal de um atendimento sistematizado é a identificação precoce do risco de eventos ameaçadores à vida. Isso inclui a rápida triagem de pacientes com alta probabilidade de infarto, a estratificação quanto à presença de isquemia miocárdica e o diagnóstico de doenças cardiovasculares não coronarianas, doenças pulmonares e do trato digestivo de alto risco.

Entre as condições que compõem diagnósticos diferenciais para transtorno de pânico, tem-se doenças cardíacas (taquicardia supraventricular, arritmias, *angina pectoris*, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca), hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, feocromocitoma, doença de Cushing, disfunção vestibular, epilepsia do lobo temporal, doenças pulmonares (embolia pulmonar, asma brônquica e doença pulmonar obstrutiva crônica).<sup>5, 34-36</sup>

Os principais transtornos psiquiátricos que compõem o diagnóstico diferencial com transtorno de pânico são transtorno de ansiedade generalizada, fobia simples, transtorno de estresse pós-traumático e depressão. As principais substâncias associadas ao diagnóstico diferencial de transtorno de ansiedade são: corticóides, carbamazepina, cefalosporinas, broncodilatadores, tiroxinas, dopaminérgicos (amantadina, bromocriptina, levodopa, metoclopramida, antipsicóticos),

simpaticomiméticos (efedrina, adrenalina, pseudoefedrina), digitálicos, anti-histamínicos, bloqueadores dos canais de cálcio, antidepressivos (inibidores seletivos de receptação de serotonina, antidepressivos tricíclicos), insulina (associada a hipoglicemia), indometacina, anticolinérgicos (meperidina, oxibutinina, estimulantes (caféina, anfetamina, aminofilina, cocaína, teofilina, metilfenidato e descontinuação de certas substâncias, como barbitúricos, benzodiazepínicos, narcóticos, álcool e sedativos)<sup>5</sup>.

### 3.4 ABORDAGEM DO TRANSTORNO DE PÂNICO NA EMERGÊNCIA MÉDICA

Um dos recursos para a melhor compreensão das orientações diagnósticas e de tratamento do transtorno de pânico nos serviços de emergência nesta revisão foi a avaliação de quatro livros<sup>5, 37, 38, 39</sup>.

O manual de emergências clínicas da USP<sup>37</sup> é voltado para médicos do serviço de emergência hospitalar, com foco nas diversas ocorrências desse serviço. Ele possui um guia prático e completo sobre os sinais e sintomas que podem estar presentes no paciente e os exames que devem ser realizados para identificar o problema e descartar os diagnósticos diferenciais.

É um livro bastante completo no auxílio ao diagnóstico do ataque de pânico, já que existem capítulos que focam nos sinais e sintomas frequentemente presentes em pacientes que utilizam os serviços de emergência, com diversas informações sobre o processo, desde a identificação dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, até a realização do diagnóstico de ataque de pânico.

Porém, não possui uma orientação específica para transtorno de pânico, mencionando-o no tópico de crises agudas de ansiedade, no capítulo 'agitação psicomotora', sem informar que os pacientes que tiveram ataques de pânico têm risco elevado de desenvolver transtorno de pânico, principalmente quando não há uma causa bem definida para o início do ataque.

O livro de emergências psiquiátricas<sup>38</sup> é um livro com foco mais específico, com explicações da área da psiquiatria e da emergência, sem aprofundar em nenhuma delas. Ele possui informações quanto à importância do diagnóstico de ataque de pânico no serviço de emergência, demonstrada pela incidência de ataques de pânico em prontos-socorros, pelo número de atendimentos pelos quais um paciente com transtorno de pânico passa antes de receber o diagnóstico correto e pelas consequências apresentadas no texto para os pacientes com transtorno de pânico sem tratamento adequado.

Ele traz os critérios diagnósticos para o transtorno de pânico, cita a associação deste com agorafobia e mostra também a importância da identificação de possíveis diagnósticos diferenciais, devido ao risco à vida do paciente que essas condições