

Síndrome do pânico na área da psicologia: uma revisão

Panic syndrome in the field of psychology: a review

El síndrome de pánico en el campo de la psicología: una revisión

Rubenhaone Alberto Paulino^{1*}

ORCID: 0000-0002-1934-6947

Anne Christina Faria

Mascarenhas¹

ORCID: 0000-0002-6244-8850

Bruno Alves Anselmo¹

ORCID: 0000-0003-2048-7912

Isabela Rodrigues de Oliveira¹

ORCID: 0000-0001-9972-3222

João Salviano Rosa Neto¹

ORCID: 0000-0003-2646-5415

Larissa Ferreira Paulino²

ORCID: 0000-0002-0742-758X

Simone Mendonça Reis³

ORCID: 0000-0001-8185-8348

Stela Caroline de Oliveira Melo¹

ORCID: 0000-0002-3860-2600

Nathália Siriano Costa Carvalho¹

ORCID: 0000-0001-6166-2145

Albervania Reis Paulino⁴

ORCID: 0000-0003-1909-8063

¹Centro Universitário Atenas. Minas Gerais, Brasil.

²Faculdade de Minas. Minas Gerais, Brasil.

³Universidade Nove de Julho. São Paulo, Brasil.

⁴Centro Universitário Serra dos Órgãos. Rio de Janeiro, Brasil.

Como citar este artigo:

Paulino RA, Mascarenhas ACF, Anselmo BA, Oliveira IR, Rosa Neto JS, Paulino LF, Reis SM, Melo SCO, Carvalho NSC, Paulino AR. Síndrome do pânico na área da psicologia: uma revisão. Glob Acad Nurs. 2023;4(Spe.1):e368.

<https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200368>

***Autor correspondente:**

rahonepaulino@gmail.com

Submissão: 08-07-2022

Aprovação: 02-03-2023

Resumo

Objetivou-se realizar uma pesquisa a respeito do Transtorno do Pânico (TP) e sua associação com crises de ansiedade e outros fatores, relacionados ao aumento da ocorrência de transtornos que possuem associação com o estresse na sociedade atual. Revisão bibliográfica integrativa, na qual a seleção foi feita de maneira integrativa e sistemática, para análise e escrita. O diagnóstico do TP é essencialmente clínico e é vantajoso que ele seja feito de forma precoce, para que o tratamento seja iniciado o mais brevemente possível. Através das pesquisas bibliográficas foram identificados três tipos de tratamento para o TP: o psicofarmacológico, o psicoterapêutico e o combinado, que associa os dois tipos isolados. Dessa forma, ao se comparar os tratamentos isolados com o tratamento associado entre eles, foi observado que o tratamento combinado demonstrou uma maior eficácia. Essa revisão literária buscou caracterizar o transtorno do pânico e seus ataques, além de demonstrar a eficácia do tratamento para o melhor prognóstico do paciente. Nesse sentido, o tratamento não farmacológico associado ao farmacológico demonstrou maiores benefícios, quando comparado a seus tipos isolados de manejo clínico.

Descritores: Psicoterapia; Pânico; Ansiedade; Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos; Psicofarmacologia.

Abstract

The aim was to carry out research regarding panic disorder (PD) and its association with anxiety attacks and other factors, related to the increased occurrence of disorders that are associated with stress today. Integrative bibliographic review, in which the selection was made in an integrative and systematic way, for analysis and writing. The diagnosis of PD is essentially clinical and, advantageously, it is made early so that treatment can be started as soon as possible. Through bibliographic research, three types of treatment for PD were identified: psychopharmacological, psychotherapeutic, and combined, which combines the two isolated types. Therefore, when comparing the isolated treatments with the associated treatment between them, it was observed that the combined treatment demonstrated greater effectiveness. This literary review sought to characterize panic disorder and its attacks, in addition to demonstrating the effectiveness of treatment for a better patient prognosis. In this sense, non-pharmacological treatment associated with pharmacological treatment demonstrated greater benefits when compared to its isolated types of clinical management.

Descriptors: Psychotherapy; Panic; Anxiety; Post-Traumatic Stress Disorders; Psychopharmacology.

Resumén

El objetivo fue realizar investigaciones sobre el Trastorno de Pánico (TP) y su asociación con ataques de ansiedad y otros factores, relacionados con la mayor aparición de trastornos asociados al estrés en la sociedad actual. Revisión bibliográfica integrativa, en la que la selección se realizó de forma integradora y sistemática, para su análisis y redacción. El diagnóstico de la EP es esencialmente clínico y es ventajoso que se realice precozmente, para poder iniciar el tratamiento lo antes posible. A través de la investigación bibliográfica se identificaron tres tipos de tratamiento para la EP: psicofarmacológico, psicoterapêutico y combinado, que combina los dos tipos aislados. Por lo tanto, al comparar los tratamientos aislados con el tratamiento asociado entre ellos, se observó que el tratamiento combinado demostró mayor efectividad. Esta revisión literaria buscó caracterizar el trastorno de pánico y sus ataques, además de demostrar la efectividad del tratamiento para un mejor pronóstico del paciente. En este sentido, el tratamiento no farmacológico asociado al tratamiento farmacológico demostró mayores beneficios en comparación con sus tipos aislados de manejo clínico.

Descritores: Psicoterapia; Pânico; Ansiedad; Trastornos de Estrés Postraumático; Psicofarmacología.



Introdução

A pós-modernidade trouxe inúmeras mudanças nos diferentes aspectos das relações sociais, por um lado trouxe os benefícios da pluralidade, diversidade e disponibilizou uma grande quantidade de informações, por outro implicou também em condições que levam a um cotidiano mais célere, no qual as pessoas enfrentam dificuldades em acompanhar essas inúmeras informações e em estabelecer relações consolidadas nos ambientes familiares ou no trabalho/escola. Todas essas transformações resultam em uma comum sensação de impotência e uma preocupação excessiva, fatores que passaram a fazer parte do dia a dia de grande parte população mundial. E por isso, é notável o aumento da demanda de pacientes com sintomas ansiosos nos consultórios de psicologia e psiquiatria^{1,2}.

Na atualidade ocorre uma maior procura por profissionais que auxiliem no manejo de sinais e sintomas psíquicos disfuncionais, que sempre existiram e são inerentes da condição humana, inclusive suas investigações podem ser observadas por inúmeros pesquisadores ao longo da história. Em 1921, Freud descreveu o pânico, como uma angústia neurótica provocada pelo rompimento dos laços emocionais, que gera uma liberação de um medo gigantesco e insensato. Aproximadamente, 60 anos depois, a Associação Americana de Psiquiatria, criou então a categoria psiquiátrica chamada de “transtorno do pânico” ou “síndrome do pânico”. No ano de 1994, a Associação divulgou como é possível realizar o diagnóstico do transtorno do pânico (TP), possibilitando melhor entendimento sobre esta patologia que causa sofrimento psíquico como prejuízos funcionais^{1,3}.

Para a saúde, o interesse pela avaliação da qualidade de vida (QV) é fruto da percepção do processo saúde-doença. Sabe-se que este processo envolve aspectos multifatoriais e complexos, sendo importante avaliar os indivíduos em seus contextos econômicos, socioculturais e suas particularidades relacionadas ao estilo de vida. A QV

relacionada à saúde implica aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde. Evidências científicas apontam que os sintomas depressivos, ansiosos, o pânico e características de personalidade, como o neuroticismo, impactam negativamente a QV dos pacientes com TP. Sendo que os principais fatores dessa influência se relacionam aos sintomas depressivos^{4,5}.

Estima-se que a prevalência de TP na população entre 1 e 4%. Estudos, do ano de 2005, apontaram a prevalência de 2,7 nos Estados Unidos da América e de 1,8% no continente europeu. Além disso, o TP tem um importante componentes de hereditariedade, que entre os familiares de primeiro grau oscila em torno de 11% e entre gêmeos monozigóticos em torno de 30 a 40%⁶.

Visto que este é um grave problema de saúde, relacionado a comorbidades associadas e transtornos secundários com prevalência significativa, é importante observar as implicações sociais associados a esta manifestação, tais como o absenteísmo e maior utilização dos serviços públicos de saúde. É válido que seja dado ao TP a devida atenção no âmbito dos cuidados à saúde psiquiátrica e o devido planejamento no setor de saúde pública.

Neste contexto, o objetivo do estudo foi realizar uma pesquisa sobre a síndrome do pânico, sua associação com a ansiedade e outros fatores em decorrência do crescimento de transtornos associados ao estresse na sociedade.

Metodologia

O presente artigo é do tipo revisão bibliográfica e para tal, foram pesquisados artigos que abordaram o tema do “Transtorno do Pânico” nas plataformas SciELO, PubMed e LILACS. A pesquisa da base literária se deu com uso das palavras-chave: “Síndrome do Pânico”, “Psicologia”, “Terapia Cognitivo Comportamental”, “Estresse”, “Ansiedade”, conforme Quadro 1.

Quadro 1. Resultado obtido a partir das buscas nas bases de dados. Paracatu, MG, Brasil, 2022

Palavras-chave	Fonte de dados	Número de artigos encontrados na busca	Número de artigos com título como CI	Número de artigos com resumo como CI	Número de artigos com leitura completa como CI	Número de artigos selecionados
Síndrome do pânico	SciELO	134	25	17	5	3
Psicologia	SciELO	126	13	8	2	2
Terapia cognitivo comportamental	PubMed	82	21	3	1	1
Estresse	LILACS	74	14	9	3	1
Ansiedade	PubMed	61	7	4	2	1

Nota: CI = critérios de inclusão.

A partir dessa investigação, diversos artigos que foram encontrados e utilizados como base de estudo e

pesquisa a respeito do tema proposto, o número total de obras encontradas está descrito no quadro acima. Em



seguida houve a delimitação da pesquisa e a aplicação dos critérios para inclusão (CI) e exclusão (CE) para seleção do material de interesse. A finalidade dessa filtragem foi a seleção de artigos fundamentalmente direcionados ao estudo da etiologia, da patogenia, dos tratamentos e da abordagem clínica do TP. Os CI para a seleção da bibliografia foram os seguintes direcionamentos: o acesso livre aos artigos; os títulos associados ao tema do trabalho; os *abstracts* relacionados a eles e a leitura completa como último mecanismo de escolha. O critério de exclusão (CE) aplicado envolveu o tangenciamento da temática nas quais os CI não se aplicaram.

Ao final do processo, foram escolhidas fontes que de demonstraram vínculo direto com o assunto a ser discutido, sendo assim selecionados oito artigos. Houve ainda, a complementação conceitual com dados de livros clássicos da área da psiquiatria e psicologia. Obteve-se, assim, as fontes que mais correspondiam com objetivo da pesquisa. A análise deste estudo foi feita de forma integrativa, objetivando nos principais desfechos relacionados aos assuntos e aqueles que se adequavam ao estudo forma adicionados, com a função de qualificar os desfechos observados.

Resultados e Discussão

O transtorno do pânico (TP) é caracterizado pela presença de ataques de pânico recorrentes. Esses ataques consistem em uma sensação de medo ou mal-estar intenso acompanhada de sintomas físicos e cognitivos que têm início forma repentina, alcançando intensidade máxima em até 10 minutos. Estes fenômenos acarretam preocupações persistentes ou modificações importantes de comportamento em relação à possibilidade de ocorrência de novos ataques de ansiedade³.

De acordo com a pesquisa, uma síndrome é definida como antecedente, em uma comorbidade, caso a sua idade de início preceda a idade de início do outro transtorno comórbido por mais de um ano. Assim sendo, entender a cronologia das manifestações se trata de um importante passo para a identificação de fatores de risco⁷.

Outro conceito importante associado ao TP é a agorafobia. O termo “agorafobia” significa medo de lugares abertos, designa medo de sair de casa ou de situações em que o socorro imediato não é possível⁸.

Portanto, refere-se a um grupamento inter-relacionado e frequentemente sobreposto de fobias que abrangem o medo de sair de casa; de entrar em lugares fechados - como aviões, elevadores, cinemas etc. - além do receio de frequentar lugares em que há multidões, lugares

públicos; fobia de permanecer em uma fila; de viajar de ônibus, trem ou automóvel; de distanciar-se de casa e de estar só em uma dessas situações⁸.

A agorafobia é uma complicação frequente no TP, em que todas as situações temidas têm em comum o medo de passar mal, necessitar do socorro e não se obtê-lo com facilidade ou imediatamente. Entende-se que se trata de uma esta relação muito próxima, mas apesar de o paciente poder apresentar transtorno do pânico sem apresentar agorafobia, os quadros agorafobia isolados, ou seja, sem manifestações do pânico, são raras. Alguns pesquisadores inclusive chegam a afirmar que não existe agorafobia isoladamente. Os registros apontam que entre 1/3 e 1/2 dos pacientes com pânico apresentam agorafobia. Quanto as implicações desses fenômenos, percebe-se que as crises de pânico são bastante desagradáveis, mas não afetam tanto cotidiano dos indivíduos como a agorafobia o faz⁹.

Os pacientes com TP seguem um padrão de manifestações que perdura, sendo considerado longo, já que pode se estender a até uma década, entre visitas às emergências médicas até que se tenha o diagnóstico preciso e definitivo, geralmente o paciente persiste à procura de uma causa orgânica para seus sintomas. Logo, conclui-se que não somente os psiquiatras, mas também os demais médicos, especialmente aqueles que lidam diretamente com atenção primária e serviços de urgência e emergência, devem estar familiarizados com os critérios de identificação do TP³.

Etiologia

Relativo à etiologia do quadro, vê-se que atualmente diversos fatores são apontados relacionados a etiologia do TP. As suas causas envolvem tanto aspectos genéticos quanto ambientais. Alguns estudos de famílias com manifestação do transtorno em questão, indicaram um significativo padrão de acometimento hereditário. O risco de desenvolvimento dessa patologia, em parentes de primeiro grau dos pacientes com este acometimento, é cerca de oito vezes maior do que se apresenta no grupo-controle^{3,4}.

Estudos prévios têm associado experiências traumáticas na infância ao desenvolvimento do TP na idade adulta, assim como a origem dessa desordem psíquica tem sido observada a partir de eventos estressantes na vida adulta, na transição de papéis e, até mesmo, devido a perdas familiares. Por outro lado, os fatores socioeconômicos, que são principalmente: etnia, estado civil, grau de escolaridade e renda, não parecem ser fatores de maior importância na associação com este transtorno^{3,5,6}.

Quadro 2. Relação temporal entre fobia social e transtorno de pânico e dependência de substâncias psicoativas¹¹. Paracatu, MG, Brasil, 2022

Autor/ano	Amostra (n)	Relação cronológica
Mullaney e Trippett (1976)	102 (alcoolistas internados)	Transtornos fóbicos precedem o início do uso de álcool – 82%
Stravinski e cols (1986)	96 (alcoolistas)	Agorafobia precedeu o abuso de álcool – 64%
Breier e cols (1986)	55 (pânico e agorafobia)	Primeiro ataque de pânico depois do início do abuso de álcool – 80%
Lotufo Neto e Andrade (1986)	35 (alcoolistas)	Agorafobia começou antes do início do alcoolismo – 81,8%
Maciel e Gentil Filho (1988)	119 (pânico)	Transtorno do pânico iniciou antes do abuso de álcool – 75%



Johannessen e cols (1989)	154 (alcoolistas internados)	Ataques de pânico iniciaram depois do problema com o álcool – 50% Ataques de pânico precederam o uso do álcool – 39%
Schneier e cols (1989)	98 (fóbicos sociais)	Fobia social precede o início do abuso de álcool – 93,7%
Schneier e cols (1992)	361 (fóbicos sociais)	Fobia social antecede o uso do álcool – 85%
Krystal e cols (1992)	63 (pânico)	Ataques de pânico começaram depois do alcoolismo – 60% Ataques de pânico precederam o alcoolismo – 33% Ambos os transtornos apareceram ao mesmo tempo – 6%
Otto e cols (1992)	100 (pânico)	Transtorno de pânico começou depois da dependência do álcool – 83,3%
Chignon e Lépine 91993)	155 (pânico com ou sem agorafobia)	Transtorno de pânico começou antes do abuso de álcool – 60,7% Transtorno de pânico começou depois do abuso de álcool – 39,3%
Starcevic e cols (1993)	54 (pânico)	Transtorno do pânico começou depois do uso de drogas – 82,3% Transtorno de pânico começou antes do uso de drogas – 11,8%

Outros hábitos relacionados ao estilo de vida individuais como o alcoolismo, o tabagismo e a dependência de nicotina na adolescência - que comumente são descritos como fator de agravo a diversas condições patológicas - ao serem avaliados neste contexto demonstraram-se também como fatores de risco para o TP na vida adulta. Porém, a causalidade dessa associação ainda é questionável porque há a necessidade de melhora na avaliação cronológica entre os acontecimentos^{3,8,9}.

No Quadro 2 há o compilado de alguns estudos de diferentes épocas com populações etilistas que tenham manifestado alguma fobia, cujo estudo teve com intuito estabelecer um padrão cronológico entre os fatos. Entretanto é perceptível que cada autor consiga estabelecer diferentes correlações entre os fatos, desta forma a descrição desta relação fica incerta^{3,8}.

Diagnóstico

O diagnóstico foi estabelecido em 1980, foi criada a categoria psiquiátrica “síndrome do pânico” ou “transtorno do pânico”, de acordo com a *American Psychiatric Association* (APA) e Classificação Estatística Internacional

de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. No ano de 1994, a APA então divulgou que o TP é diagnosticado em casos de recorrentes ataques de pânico que não são esperados, seguidos de, pelo menos um mês de preocupação contínua, além de uma mudança significativa de comportamento^{1,2}.

Este transtorno consiste na presença de ataques súbitos de ansiedade disfuncional, acompanhados de sintomas físicos e afetivos, medo de ter um novo ataque e da hesitação de locais ou situações nas quais já ocorreram os ataques².

Os pacientes com transtorno do pânico antes de ser diagnóstico com esta síndrome, procuram uma causa orgânica para seus sintomas e por isso visitam diversas vezes os médicos e unidades de saúde. Devido a essa busca persistente, cabe aos profissionais da saúde a busca pelo maior preparo em relação ao diagnóstico e manejo, em geral, da síndrome do pânico¹. Atualmente, já se sabe que o diagnóstico do transtorno do pânico é essencialmente clínico. Os critérios diagnósticos de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais são apresentados no Quadro 3.

Quadro 3. Critérios diagnósticos para transtorno do pânico segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Paracatu, MG, Brasil, 2022

A. São necessários os critérios 1 e 2:

1. Ataques de pânico recorrentes e inesperados;
2. Pelo menos um ataque foi acompanhado, durante um mês ou mais das seguintes características:
 - a. Preocupação persistente em relação a ataques adicionais;
 - b. Preocupação em relação às implicações do ataque ou às suas consequências como perder o controle, “enlouquecer” e ter um ataque cardíaco;
 - c. Alteração significativa do comportamento relacionado às crises de pânico.

B. Deve-se especificar se há ou não agorafobia associada;

C. Os ataques de pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, abuso de droga ou medicamento) ou a uma condição médica geral (por exemplo, hipertireoidismo);

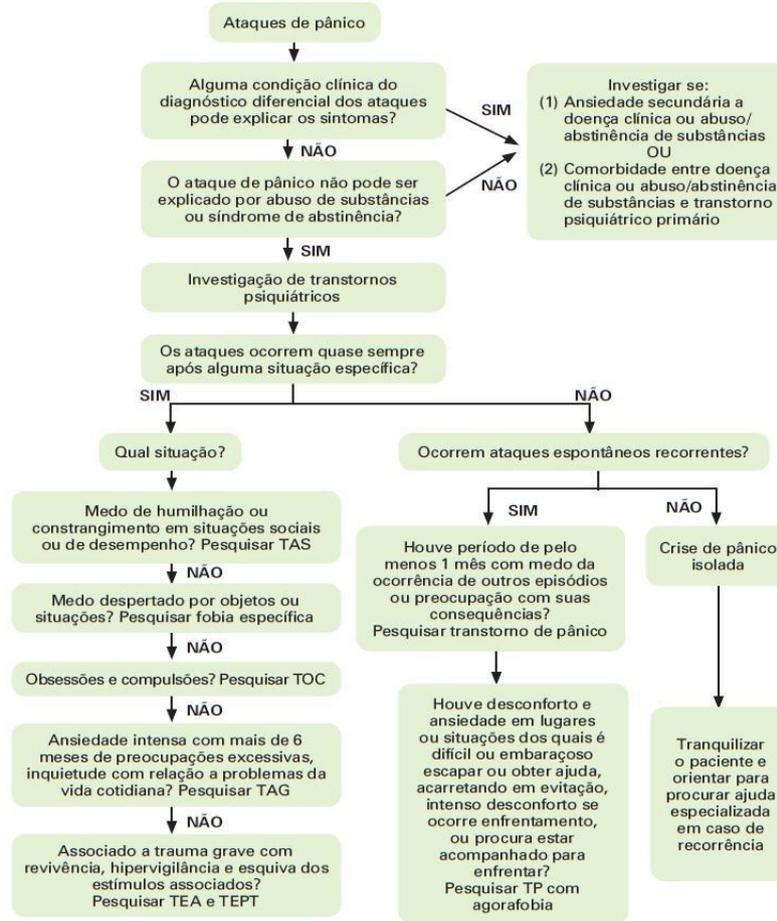
D. Os ataques de pânico não são mais bem explicados por outro transtorno mental como fobia social, fobia específica, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático ou transtorno de ansiedade de separação.

Fonte: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1994.

É preciso observar também, que um dos pontos chaves para o diagnóstico do TP envolve atenção aos diagnósticos diferenciais e sua devida investigação. Em razão

disso, é importante uma avaliação rígida, utilizando-se do algoritmo para a avaliação do TP, conforme a Figura 1³.





Fonte: Salum et al., 2009.

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

Além disso, durante a avaliação clínica, os pacientes podem apresentar sinais e sintomas específicos que devem

ser levados em consideração, a fim de realizar o diagnóstico, sendo eles descritos abaixo.

Figura 2. Critérios diagnósticos do ataque de pânico. Paracatu, MG, Brasil, 2022

Critérios
Palpitações
Sudorese
Tremor ou abalos
Dispneia ou sensação de sufocação
Dor ou desconforto abdominal
Tonteira, desequilíbrio ou síncope
Desrealização ou despersonalização
Medo de perder o controle ou enlouquecer
Medo de morrer
Parestesias
Calafrios ou ondas de calor
Sensação de estrangulamento

Fonte: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1994.

Tratamento

Levando em consideração que o transtorno do pânico é uma doença crônica, ou seja, persiste ao longo da vida dos pacientes que são acometidos, é necessário que o

tratamento também seja duradouro e seja planejado a longo prazo².

O tratamento mais precoce possível, após o diagnóstico do TP é essencial no sentido de reduzir



sofrimento e prejuízo associado a esta patologia e no intuito de evitar o surgimento de complicações e comorbidades. A prevenção de novas crises e a diminuição das complicações associadas, como a ansiedade antecipatória e a evitação fóbica, são os pontos-chaves no controle apropriado desta condição de desordem psiquiátrica³.

De modo geral, existem três tipos de tratamento: tratamento psicofarmacológico, tratamento psicoterapêutico, e o combinado. O tratamento realizado pelos profissionais da área da psicologia consiste a princípio, no esclarecimento das possíveis dúvidas do paciente, bem como no fornecimento de informações sobre ansiedade e o próprio transtorno. Tem sido observado que estas discussões podem se tornar uma significativa ferramenta para alterar das consequências negativas das emoções desencadeadas pela síndrome do pânico, favorecendo, portanto, maior conforto e QV aos pacientes que convivem com elas^{1,3,12}.

Estudos comprovam que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é a terapia com resultados mais consistentes para o TP, sendo superior a terapias de controle de atenção psicossocial. Este tipo de tratamento, consiste em psicoeducação sobre o transtorno. Durante as primeiras sessões, o cliente é instruído a realizar Relaxamento Muscular Progressivo para obter paulatinamente uma discriminação muscular entre contração e relaxamento. É combinado com o cliente que este relaxamento deverá ser treinado duas vezes ao dia, e que ele irá registrar o nível de tensão inicial e final a cada exercício. Somente com a prática, ele desenvolverá a capacidade de perceber a tensão muscular em seu corpo e relaxar-se sempre que necessário^{1,9}.

No que diz respeito ao tratamento medicamentoso, seu objetivo é de bloquear os ataques de pânico, diminuir a ansiedade, reverter a evitação fóbica, assim como reconhecer e tratar as comorbidades. O espectro da ansiedade abrange uma variedade de transtornos, entre eles o TP e, de modo geral, a abordagem com fármacos para os sintomas de ansiedade se dá quando eles interferem significativamente na função normal do paciente, como são os casos de crises agudas do pânico^{3,13}.

Dentre os psicofármacos, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) constituem-se a primeira escolha farmacológica para o TP. O mecanismo de ação desses fármacos envolve a alteração da disponibilidade sináptica da serotonina (5-HT) e a inibição do reacúmulo pré-sináptico da serotonina liberada pelo neurônio. De modo geral os ISRS potencializam e prolongam a ação da 5-HT liberada na atividade neuronal, ou seja, promovem uma transmissão serotoninérgica prolongada. A Paroxetina foi o primeiro ISRS aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA) para o tratamento do TP, em 1996. A sertralina foi

aprovada em 1997, e sua eficácia foi demonstrada em vários estudos. Além desses medicamentos, é possível a utilização de fluoxetina, citalopram e escitalopram^{1,3,13}.

Os antidepressivos tricíclicos (ADT) inibem a captação de norepinefrina e de 5-HT, com ação farmacológica de antagonismo da serotonina e transportadores de serotonina e norepinefrina. Esses ADTs apesar de igualmente eficazes, são menos toleráveis que os ISRS e podem ser letais em doses mais altas, por este motivo eles são apontados como segunda escolha para o tratamento do distúrbio TP devido à margem de segurança^{1,13}.

Em relação às terapias combinadas, uma metanálise envolvendo cerca de 21 ensaios clínicos randomizados que incluíram mais de 1.700 pacientes com TP com ou sem agorafobia, a qual demonstrou, nitidamente, que o tratamento combinado de antidepressivos e psicoterapia foi mais efetivo quando comparado às duas alternativas terapêuticas aplicada isoladamente em monoterapia na fase aguda do distúrbio¹.

Após efetivação completa dos efeitos do manejo agudo, deve-se promover acompanhamento para o tratamento de manutenção por um ano. Decorrido esse período proposto, o medicamento deve ser gradualmente retirado, isso de acordo com as especificidades do fármaco, e a TCC pode ser mantida para a garantia da qualidade de vida e afastamento de crises agudas da síndrome do pânico, uma vez que, o paciente ainda pode ter recaídas².

Conclusão

Essa revisão literária buscou caracterizar o transtorno do pânico e seus ataques recorrentes, de início abrupto que levam o paciente a apresentar sensação de medo ou mal-estar podendo apresentar sintomas físicos e cognitivos.

Além disso, conclui-se que devido ao fato de que o TP ser uma doença crônica, é exigido um tratamento continuado no qual deve ser priorizado o início do tratamento de forma imediata. A conduta terapêutica deve ser prioritariamente individualizada e ter como base no diálogo, entre profissional e o cliente, a fim de que o paciente esteja ciente sobre sua condição clínica e a importância do seu tratamento continuado. Ademais, a associação entre a abordagem não farmacológica e o uso de antidepressivos demonstram grandes benefícios no tratamento agudo da TP e suas crises.

Contudo esse estudo tem limitações, pois necessita de maiores estudos com janela temporal maior e estudos atuais com novas técnicas, para que sejam analisados com maior criteriosidade a interferência da psicologia na crise do pânico e as melhores formas de abordagem.

Referências

1. Carvalho FL. Síndrome do pânico: uma psicopatologia contemporânea. (Trabalho de Conclusão de Curso) - Curso de Especialização em Psiquiatria, Universidade Estácio de Sá, Recife, 2011.



2. Baère TD. Técnicas cognitivas-comportamentais para o tratamento do transtorno do pânico. Portal dos Psicólogos PT [Internet]. 2015 [acesso em 11 nov 2023]. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0937.pdf>
3. Salum GA, Blaya C, Manfro GG. Transtorno do pânico. Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul. 2009;31(2):86-94. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000200002>
4. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública. 2004;20(2):580-588. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>
5. Fidry M, Zugliani MM, Valle CR, Martins RM, Cabo MC, Nardi AE, Freire RC. Quality of life in panic disorder: the influence of clinical features and personality traits. Trends Psychiatry Psychother. 2019;41(4):387-393. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0008>
6. Zuardi AW. Características básicas do transtorno do pânico. Medicina (Ribeirão Preto, Online). 2017;50(Supl.1):56-63. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p56-63>
7. Strakowski SM, Keck Jr PE, McElroy SL, Lonczak HS, West SA. Chronology of comorbid and principal syndromes in first-episode psychosis. Comprehensive Psychiatry, 1995;36(2):106-112. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(95\)90104-3](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(95)90104-3)
8. Levitan M, Rangé B, Nardi AE. Habilidades sociais na agorafobia e fobia social. Psic. Teor. E Pesq. 2008;24(1):95-100. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000100011>
9. Besset VL, Nigri KK, Almeida LP. A fobia, o pânico e suas relações com a angústia. Psic. Teor. E Pesq. 1999;15(2):177-180. <https://doi.org/10.1590/S0102-37721999000200011>
10. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2006;63(4):415-424. doi:10.1001/archpsyc.63.4.415
11. Terra MB, Figueira I, Athayde LD. Fobia social e transtorno de pânico: relação temporal com dependência de substâncias psicoativas. Rev. Psiquiatr. Rio Gd Sul [Internet]. 2003 [acesso em 11 nov 2023];436-443. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/pmbqjN8kNxwFDxmSLhY3qDz/?format=pdf>
12. Gurgel JDC, Costa KVT, Cutini FN, Sarmiento Júnior KMA, Mezzasalma MA, Cavalcanti HVR. Tontura associada a distúrbio do Pânico e agorafobia: relato de caso e revisão de literatura. Rev. Bras. Otorrinolaringologia, 2007;73(4):569-572. <https://doi.org/10.1590/S0034-72992007000400018>
13. Brunton LL. Goodman & Gilman: As Bases Farmacológicas da Terapêutica. 12 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2012.
14. Aoki RN. Bullying em profissionais de enfermagem no atendimento à COVID-19. Glob Acad Nurs. 2022;3(Sup.1):e240. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200240>

