

TRANSTORNO DO PÂNICO

Data de aceite: 02/07/2023

Isabelly Maria Pereira Ramos

Mariane Araújo de Almeida

Dr. Fernando Antonio Pedrosa Fidelis

Psiquiatra

INTRODUÇÃO

O que se conhece hoje como Transtorno do Pânico (TP) data do século XIX, quando Sigmund Freud conceituou este acontecimento como “neurose da ansiedade” (NOGUEIRA et al., 2018). O Transtorno do Pânico é caracterizado por ataques recorrentes de um quadro de ansiedade grave, conhecido como ataque de pânico, o qual ocorre de maneira imprevisível e afeta de modo significativo a qualidade de vida do paciente. A presença de sintomas físicos e afetivos corrobora o medo de perder o autocontrole e de adentrar no viés da loucura, além da ocorrência brutal de sentimentos de irrealidade (despersonalização e desrealização) de palpitações, dores torácicas, tonturas, sensação de asfixia e medo iminente da morte (CAMMAROTA et al., 2017).

O ataque de pânico é o sintoma central do transtorno do pânico, apresentando-se como uma crise de início súbito que atinge um pico de intensidade em até 10 minutos, com duração aproximada de 15 a 30 minutos. O medo e a ansiedade são crescentes e surgem acompanhados da certeza de que algo estranho e muito grave está acontecendo, de maneira que surge o fenômeno da agorafobia, representada pelo comportamento de esquiva diante das mais distintas situações públicas, ocasionada pelo receio do paciente de afastar-se de casa ou de pessoas que forneçam a ideia de segurança. Há uma preocupação prevalente da ocorrência de algum mal-estar ou de descontrole em locais que representam uma ameaça a um novo ataque (RAMOS, 2015).

Os quadros de ansiedade correspondem à segunda principal causa de incapacitação entre os transtornos mentais mais comuns na população em geral, sendo assim, no Brasil, esse perfil epidemiológico assemelha-se ao dos países desenvolvidos (MANGOLINI; ANDRADE; WANG, 2019).

O tratamento medicamentoso para o TP divide-se em: primeira linha, representada pelos ISRS/ISRN (Inibidores Seletivo da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina) e segunda linha, a qual é constituída pelos Antidepressivos Tricíclicos (ADT), e pelos Inibidores de Monoamina Oxidase (IMAO) (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2016).

Em relação ao tratamento não medicamentoso, a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) surge como grande aliada à melhoria dos sintomas do TP, o que enfatiza a importância do trabalho da psiquiatria e da psicologia no avanço da remissão dos quadros graves de ansiedade (MURROUGH et al., 2015).

DEFINIÇÃO

O Transtorno do Pânico pode ser definido como um estado de ansiedade que ocorre sem uma ameaça correspondente, ocasionando sintomas psíquicos e físicos. Apesar de suas causas ainda não terem sido esclarecidas de forma objetiva, as teorias psicanalíticas e neurobiológicas conquistam espaço nessa descoberta (MOURA et al., 2018).

Em consonância com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o Transtorno do pânico é um surto abrupto de medo ou de desconforto intenso, que atinge um pico agudo de ansiedade gerada de maneira espontânea ou induzida por fatores estressantes. A apresentação clínica do TP se dá por palpitações, taquicardia, sudorese, tremor, sensação de falta de ar ou de fôlego, sensação de desmaio, náusea ou desconforto abdominal, parestesia, dor ou desconforto no peito, calafrios ou sensação de calor; Desrealização (sentimentos de irrealidade) Despersonalização (sentir-se fora de si mesmo), medo de perder o controle ou enlouquecer e medo de morrer (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014).

O ataque de pânico não é um transtorno mental de caráter singular, mas representa uma condição que pode estar presente no contexto de outras desordens psíquicas, como Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), Transtornos Depressivos e os transtornos por uso de substâncias químicas lícitas ou ilícitas (DSM-V, 2014).

FISIOPATOLOGIA

Embora não haja opinião consensual acerca da fisiopatologia do TP, a combinação de fatores genéticos, assim como adversidades na infância, traços de personalidade e estressores repentinos, os quais estão relacionados a perdas, doenças ou ameaças, são teorias elencadas rumo à compreensão dessa área de interesse psiquiátrico. O viés neurocientífico aponta para uma sensibilidade alterada no circuito do medo (ROY-BYRNE et al., 2018).

Além disso, o conceito de hiperativação autonômica é um protótipo esclarecedor que engloba a teoria do alarme falso de sufocamento, tendo como base os Ataques de

Pânico em que são induzidos por lactato e CO_2 . Essa exemplificação relaciona os quadros de AP à ativação paroxística do Sistema Nervoso Autônomo (SNA), o que, por sua vez, desencadeia a sintomatologia encontrada no contexto típico da ocorrência do pânico, a exemplo da vertigem, sudorese, parestesia, dispneia e pensamentos acelerados e caóticos (NOGUEIRA et al., 2018).

O termo “rede do medo”, constituído pelo córtex associativo do sistema límbico, pela formação hipocampal e pela amígdala, continua sendo alvo de buscas e investigações da neuroimagem, de maneira que novas áreas adentraram à conexão em questão, o que a tornou uma verdadeira “rede estendida do medo”, a qual passou a incluir tronco cerebral, córtex anterior, midcingulado, ínsula e regiões lateral e medial do córtex pré-frontal. Ademais, conhecimentos envolvendo a neuroquímica reforçaram a atuação de intermediadores serotoninérgicos, assim como da neurotransmissão noradrenérgica e glutamatérgica na fisiopatologia do Transtorno do Pânico. A genética de imagens surge com perspectivas capazes de estimar impactos relacionados às variações genéticas na área cerebral e em regiões específicas de interesse, sucedendo devido à confirmação da notoriedade da neurotransmissão. Sabe-se que o Canal Catiônico Sensível à Amilorida 2 (ACCN2) é vulnerável ao dióxido de carbono inalado, e que a amígdala é capaz de atuar como uma espécie de sensor químico que detecta hipercapnia e acidose, mediante o ACCN2, que está relacionado ao Transtorno do Pânico. Além desse gene, tem-se a Proteína Transmembrana Humana que possui o alelo de risco para o desenvolvimento da ansiedade, além de atuar na inibição comportamental (SOBANSKI, T., AND GERD WAGNER, 2017).

ETIOLOGIA

As hipóteses atuais relacionadas à etiologia do transtorno do pânico sugerem que uma interação genético-ambiental é provavelmente a responsável. Pacientes com transtorno do pânico também podem apresentar irregularidades em estruturas cerebrais específicas, processos neuronais alterados e interação corticolímbica disfuncional durante o processamento emocional (LOCKE; KIRST; SHULTZ, 2015).

Muitos fatores de risco ambientais estão associados a transtornos de ansiedade, incluindo o transtorno do pânico, como experiências adversas na primeira infância (por exemplo, maus-tratos, abuso físico, abuso sexual, abuso emocional e negligência), bem como outros estressores psicossociais, por exemplo, conflitos familiares, relacionamentos interrompidos, dificuldades financeiras ou no ambiente de trabalho, problemas relacionados à saúde, luto, questões legais e criminais e condições perinatais (KIM, 2020).

Fatores de vulnerabilidade, como predisposição genética, estressores psicossociais, estado fisiológico (como desidratação) ou outro diagnóstico de transtorno psiquiátrico associado, podem ser gatilhos que levam a um estado elevado de alarme, à ativação de

sistemas de resposta a ameaças e a um ataque de pânico. O envolvimento das respostas emocionais, comportamentais e fisiológicas que ocorrem durante os ataques de pânico pode levar à hipersensibilidade a futuros gatilhos, novos estressores ou traumas. Isso pode levar a um ciclo de ataques de pânico recorrentes, ansiedade antecipatória e evitação de contextos associados ao pânico, o que acaba facilitando o desenvolvimento do transtorno do pânico (MCMURRAY; SAH, 2022).

DIAGNÓSTICO

O profissional da emergência geralmente diagnostica um ataque de pânico após realização e avaliação do exame do estado mental do paciente. O Diagnostic Statistical Manual 5 (DSM-5) fornece características do ataque de pânico, que além de possuir início súbito de medo intenso ou desconforto com o pico dentro de minutos, inclui a ocorrência de 4 ou mais dos sintomas físicos e cognitivos do Quadro 1 (VALDES et al., 2021).

SINTOMAS FÍSICOS	SINTOMAS COGNITIVOS
Palpitações ou aumento da frequência cardíaca	Desrealização
Dormência ou sensação de formigamento	Despersonalização
Diaforese	Medo de perder o controle ou enlouquecer
Tremores	Medo de morrer
Sensação de falta de ar ou sufocamento	
Calafrios ou sensações de calor.	
Dor ou desconforto no peito	
Náusea	
Desconforto abdominal	
Tontura ou instabilidade	
Desmaio	

Quadro 1 - Sintomas de ataque de pânico

Já os critérios diagnósticos para transtorno do pânico devem incluir:

1. Ataques de pânico recorrentes e inesperados;
2. No mínimo um dos ataques de pânico foi seguido por pelo menos um ou ambos dos sintomas seguintes:
 - Preocupação constante com a possibilidade de mais ataques de pânico e de suas consequências, como perder o controle de si mesmo, ter um ataque cardíaco ou enlouquecer
 - Alteração desadaptativa significativa no comportamento associado aos ataques, como comportamentos planejados para evitar ataques de pânico, como evasão de exercícios ou de situações que fogem do seu cotidiano;

3. O distúrbio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância, como uma droga de abuso ou um medicamento, ou outra condição médica, como, por exemplo, distúrbios cardiopulmonares.
4. O distúrbio não é melhor explicado por outro transtorno mental, como transtorno de estresse pós-traumático ou transtorno de ansiedade social (MANJUNATHA; RAM, 2022).

A apresentação do quadro clínico do ataque de pânico pode ser confundida com a de certos distúrbios físicos não diagnosticados, logo deve-se investigar o diagnóstico diferencial para outras condições médicas, incluindo cardiovasculares (como angina, arritmias, taquicardia supraventricular), pulmonares (asma ou embolia pulmonar, por exemplo), neurológicas (como epilepsia, ataque cerebrovascular ou enxaqueca), distúrbios endócrinos (como hiperparatireoidismo, por exemplo) e intoxicação ou abstinência de substâncias (VALDES et. al, 2021).

TRATAMENTO

A equipe de emergência deve ser responsável por estabilizar clinicamente o paciente antes de transferi-lo para um ambiente de internação psiquiátrica ou dar alta com segurança, logo, o manejo inicial do transtorno do pânico pode incluir o uso de um benzodiazepínico de ação curta como Alprazolam, para reduzir os sintomas ansiosos (LEDET; CHATMON, 2019). Já o tratamento a longo prazo deve ser adaptado ao paciente e pode incluir uma combinação de modalidades, como medicamentos, psicoterapia e terapias complementares (LOCKE; KIRST; SHULTZ, 2015).

Os ISRSs (inibidores seletivos da recaptação de serotonina) são os medicamentos de primeira linha usados para tratar o transtorno do pânico, como paroxetina, sertralina e fluoxetina, no entanto, esses medicamentos devem ter sua dosagem aumentada lentamente e levam várias semanas para serem eficazes. O uso durante um breve período de Alprazolam pode ser prescrito em conjunto com um ISRS para tratamento do transtorno a curto prazo e deve ser retirado lenta e gradualmente quando as ações terapêuticas do ISRS se tornarem aparentes (LOCKE; KIRST; SHULTZ, 2015).

Deve-se tomar cuidado com o uso de benzodiazepínicos a longo prazo por causa do potencial de dependência do medicamento (QUAGLIATO; FREIRE; NARDI, 2018), o que torna importante orientar o paciente e a família sobre os riscos antes do início do uso da medicação. A psicoterapia, principalmente a terapia cognitivo-comportamental, podem ser usados para tratar o transtorno do pânico, mas essa alternativa terapêutica também começa a mostrar indicações de eficácia após várias semanas de terapia (POMPOLI et al., 2018).

Além de tudo, o profissional deve fazer recomendações adequadas ao paciente acerca de mudanças no seu estilo de vida que possam influenciar na ocorrência de ataques de pânico ou sintomas de ansiedade, como por exemplo: reduzir e identificar os gatilhos que geram os sintomas de ansiedade, eliminar cafeína, estimulantes e nicotina do cotidiano, dormir bem e fazer exercícios diariamente. (VALDES et. al, 2021).

O profissional da emergência ainda pode também orientar técnicas de relaxamento que podem reduzir a ansiedade, como exercícios de respiração profunda, que envolvem a desaceleração da respiração e o foco na respiração lenta e profunda. Outra técnica de relaxamento pode incluir imagens guiadas, onde o médico encoraja o paciente a se concentrar em imagens agradáveis para substituir sentimentos negativos ou estressantes (POMPOLI et al., 2018).

Pacientes com transtorno do pânico frequentemente têm outros transtornos mentais em comorbidade, como transtorno bipolar e transtorno de estresse pós-traumático, e muitas vezes são prescritos medicamentos antipsicóticos como tratamento, que podem resultar em efeitos adversos (MASDRAKIS; BALDWIN, 2021). Efeitos adversos causados por antipsicóticos e ISRSs, principalmente quando combinados com outros medicamentos, que podem causar risco de vida ao paciente incluem síndrome neuroléptica maligna, discinesia (GARAKANI et al., 2022) e síndrome serotoninérgica (SHELTON, 2019). O médico na emergência deve conseguir reconhecer precocemente um indivíduo experimentando uma reação com potencial risco de vida para que o paciente possa ter um bom prognóstico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O curso crônico dos Ataques de Pânico e suas recaídas frequentes afeta a qualidade de vida e o bem-estar de pessoas acometidas pelo TP, validando a necessidade do acompanhamento psiquiátrico e da prevenção de novos quadros. Além do médico psiquiatra, é de suma importância que os médicos generalistas, principalmente os que trabalham em ambientes de emergência e em atenção primária, busquem o conhecimento adequado ao manejo desses pacientes. Para estruturar o atendimento inicial ao indivíduo com um ataque de pânico na emergência, deve-se excluir causas de origem orgânica que poderiam ser desencadeadoras do quadro em questão.

O consumo de substâncias psicoativas como álcool, cocaína, nicotina, cafeína, além de fatores psicológicos associados, devem ser pontos estratégicos na anamnese, além do entendimento de que o exame físico nesses pacientes, por vezes, encontra-se inalterado.

A apresentação clínica de cada caso direciona o profissional médico à conduta mais adequada diante do atendimento, sendo possível adotar alguns exames quando se suspeita de um outro diagnóstico, a exemplo do eletrocardiograma diante da ocorrência de taquicardia ou de dor torácica. A etapa investigativa é fulcral no que concerne ao diagnóstico diferencial do Ataque de Pânico. O Ataque de Pânico faz fronteiras tênues com alguns diagnósticos diferenciais que envolvem os sistemas cardiovascular, respiratório e endócrino, a exemplo de doença coronariana aguda, hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, feocromocitoma, doença de Cushing, disfunção vestibular, epilepsia e doenças pulmonares como asma, embolia pulmonar e DPOC (SAWCHUK; VEITENGRUBER, 2016).

Diante disso, deve-se alcançar um olhar mais crítico após o primeiro AP diagnosticado, assim como estimular o paciente a fazer um controle que indique novos episódios, a frequência e a duração desses quadros. O encaminhamento precoce desse indivíduo ao psiquiatra contribuirá para um manejo terapêutico adequado e eficaz.