

CONSEQUÊNCIAS CLÍNICAS E FUNCIONAIS DO TRANSTORNO DE PÂNICO

Isadora Veras Araújo Soares¹, Lunara de Pádua Sousa Lopes¹, Bárbara Batista Castelo Branco Ramos¹, Lucas França Valdetaro Chiara², Maria Luiza da Silva Costa³

REVISÃO

RESUMO

Apresenta-se uma revisão integrativa de literatura acerca do transtorno de pânico, seus aspectos clínicos, epidemiológicos, bem como o impacto dessa condição na vida do indivíduo. Essa condição caracteriza-se por ataques de pânico recorrentes e inesperados que causam um surto abrupto de medo intenso coexistindo com vários sintomas, como taquicardia, sudorese, tremores, falta de ar, entre outros. Utilizam-se critérios diagnósticos para definir o quadro, que pode coexistir com outras comorbidades. Há necessidade de uma equipe multidisciplinar para intervir na melhoria e na qualidade de vida dos pacientes, assim como um tratamento voltado para os vários aspectos que esse transtorno apresenta.

Palavras-chave: transtorno, pânico, consequências.

CLINICAL AND FUNCTIONAL CONSEQUENCES OF PANIC DISORDER

ABSTRACT

An integrative literature review is presented on panic disorder, its clinical and epidemiological aspects, as well as the impact of this condition on the individual's life. This condition is characterized by recurrent and unexpected panic attacks that cause an abrupt outbreak of intense fear coexisting with various symptoms, such as tachycardia, sweating, tremors, shortness of breath, among others. Diagnostic criteria are used to define the condition, which can coexist with other comorbidities. There is a need for a multidisciplinary team to intervene to improve patients' quality of life, as well as treatment aimed at the various aspects of this disorder.

Keywords: disorder, panic, consequences.

Instituição afiliada – 1: Centro Universitário Uninovafapi; 2: Unigranrio-Afya; 3: Universidade Internacional Três Fronteiras.

Dados da publicação: Artigo publicado em Agosto de 2024

DOI: <https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i2.212>

Autor correspondente: *isadora.veras@hotmail.com*

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



1. INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, 260 milhões de pessoas da população mundial sofrem com algum transtorno ansioso. Os brasileiros estão no ranking dos países que mais passam por essa situação (SANTOS, et al., 2021).

O Transtorno de Pânico (TP) faz parte dos transtornos de ansiedade e é caracterizado por ataques súbitos e recorrentes de pânico sem motivo aparente, acompanhados pelo medo de novos episódios. Embora a fisiopatologia não seja totalmente compreendida, ela está relacionada à interação de fatores tanto genéticos quanto ambientais do paciente. Esses fatores contribuem para alterações no funcionamento cerebral, tornando necessária a intervenção psiquiátrica. Trata-se de um transtorno de ansiedade caracterizado pelo ataque de pânico, ansiedade antecipatória e esquiva fóbica (MACÁRIO, et al., 2024).

Tal condição pode se tornar incapacitante podendo levar a um maior investimento para fins diagnósticos, por cursar com inúmeros sintomas que podem ser considerados como inespecíficos. Palpitações, comportamento, sintomas cardiorrespiratórios, gástricos, sentimentos de irreabilidade e medo de morrer são alguns dos sintomas que o paciente pode apresentar durante a crise, os quais podem ser confundidos com outras doenças (MACÁRIO, et al., 2024).

O objetivo desta revisão é oferecer uma visão geral acerca das características clínicas do transtorno de pânico, bem como do seu diagnóstico até o tratamento, destacando as principais complicações vivenciadas pelos os indivíduos que apresentam esse transtorno.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada no período de agosto de 2024. Para a seleção dos artigos, foram aplicados os descritores transtorno, pânico, consequências, aliados ao operador AND, que foram utilizados de forma combinada em buscas nas bases de dados eletrônicas LILACS, MedLine/Pubmed e Google Acadêmico. Foram incluídos artigos originais com textos completos nos idiomas português e inglês, publicados entre os anos de 2000 a 2024. Foram excluídos artigos duplicados nas bases de dados, aqueles não disponíveis em texto completo e artigos de revisão.

3. RESULTADOS e DISCUSSÃO

Definição e epidemiologia

O Transtorno de Pânico (TP) é uma condição psiquiátrica caracterizada por episódios recorrentes e inesperados de medo intenso ou desconforto, conhecidos como ataques de pânico. O paciente vive preocupado e com medo, o que inevitavelmente acabará moldando seu comportamento para evitá-lo. Essas crises podem surgir de forma repentina ou podem ser induzidas por um estressor, através de uma determinada circunstância (TAVARES, et al., 2024).

Os ataques de pânico se apresentam através de sintomas físicos e cognitivos agudos, como palpitações, sudorese, tremores, falta de ar, sensação de sufocamento, dor torácica, náusea, tontura, calafrios, ondas de calor, formigamento ou dormência, além de medo de perder o controle ou enlouquecer, medo de morrer, sensação de irrealidade ou de separação de si mesmo. A preocupação persistente com a possibilidade de novos ataques e suas consequências, causam um intenso desconforto e prejuízo funcional na vida diária do indivíduo. Para que os ataques de pânico fechem critérios para o Transtorno do Pânico é necessário que sejam recorrentes em um mês, independente se houver fator desencadeante ou não, e tendo como consequência a mudança do comportamento, do estilo de vida e da rotina, a fim de evitar novos ataques (TAVARES, et al., 2024).

De acordo com o DSM-V, na população em geral, a estimativa de prevalência de 12 meses para o transtorno de pânico nos Estados Unidos e em vários países europeus é de 2 a 3% em adultos e adolescentes. Nos Estados Unidos, taxas significativamente mais baixas de transtorno de pânico são relatadas entre latinos, afro-americanos, negros caribenhos e asiáticos americanos em comparação com brancos não latinos; os índios americanos, em contrapartida, têm taxas bem mais altas. Estimativas mais baixas foram relatadas para países asiáticos, africanos e latino-americanos, variando de 0,1 a 0,8%. Indivíduos do sexo feminino são afetados mais frequentemente do que os do masculino, em uma razão em torno de 2:1. A diferenciação de gênero ocorre na adolescência e já é observável antes dos 14 anos de idade. Embora ocorram ataques de pânico em crianças,

a prevalência geral do transtorno é baixa antes dos 14 anos (< 0,4%). As taxas do transtorno apresentam aumento gradual durante a adolescência, em particular no sexo feminino, e possivelmente após o início da puberdade, e alcançam seu pico durante a idade adulta. As taxas de prevalência declinam em indivíduos mais velhos (i.e., 0,7% em adultos acima de 64 anos), refletindo, de modo provável, a diminuição na gravidade até níveis subclínicos.

Fatores de risco

Os fatores de risco incluem fatores temperamentais como afetividade negativa (neuroticismo) (i.e., propensão a experimentar emoções negativas) e sensibilidade à ansiedade (i.e., disposição a acreditar que os sintomas de ansiedade são prejudiciais) que podem dar início a ataques de pânico e, separadamente, causar preocupação acerca do pânico, embora seu *status* de risco para o diagnóstico de transtorno de pânico seja desconhecido. História de “períodos de medo” (i.e., ataques com sintomas limitados que não satisfazem todos os critérios para um ataque de pânico) pode ser um fator de risco para ataques de pânico posteriores e transtorno de pânico. Embora a ansiedade de separação na infância, especialmente quando grave, possa preceder o desenvolvimento posterior de transtorno de pânico, não se trata de um fator de risco consistente.

Relatos de experiências infantis de abuso sexual e físico são mais comuns no transtorno de pânico do que em alguns outros transtornos de ansiedade. Fumar é um fator de risco para ataques de pânico e para o transtorno. A maioria dos indivíduos relata estressores identificáveis nos meses anteriores ao seu primeiro ataque de pânico (p. ex., estressores interpessoais e estressores relacionados ao bem-estar físico, como experiências negativas com drogas ilícitas ou de prescrição, doença ou morte na família).

Acredita-se que múltiplos genes confirmam vulnerabilidade ao transtorno de pânico. No entanto, os genes exatos, produtos de genes ou funções relacionadas às regiões genéticas implicadas permanecem desconhecidos. Os modelos atuais dos sistemas neurais para o transtorno de pânico enfatizam a amígdala e estruturas relacionadas, assim como em outros transtornos de ansiedade. Existe risco aumentado para transtorno de pânico entre filhos de pais com transtornos de ansiedade, depressivo e bipolar. Distúrbios respiratórios, como asma, estão associados ao transtorno de pânico, em termos de história passada, comorbidade e história familiar.

Quadro clínico e diagnóstico

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V, para diagnosticar o TARE, é necessário o preenchimento dos critérios a seguir:

A. Ataques de pânico recorrentes e inesperados. Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo intenso ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro (ou mais) dos seguintes sintomas:

1. Palpitações, coração acelerado, 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 irreabilidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo).
12. Medo de perder o controle ou “enlouquecer”.
13. Medo de morrer.

B. Pelo menos um dos ataques foi seguido de um mês (ou mais) de uma ou de ambas as seguintes características:

1. Apreensão ou preocupação persistente acerca de ataques de pânico adicionais ou sobre suas consequências (p. ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, “enlouquecer”).
2. Uma mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionada aos ataques (p. ex., comportamentos que têm por finalidade evitar ter ataques de pânico, como a esquiva de exercícios ou situações desconhecidas).

C. A perturbação não é consequência dos efeitos psicológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo, doenças cardiopulmonares).

D. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., os ataques de pânico não ocorrem apenas em resposta a situações sociais temidas, como no transtorno de ansiedade social; em resposta a objetos ou situações fóbicas circunscritas, como na fobia específica; em resposta a obsessões, como no transtorno obsessivo-compulsivo; em resposta à evocação de eventos traumáticos, como no transtorno de estresse pós-traumático; ou em resposta à separação de figuras de apego, como no transtorno de ansiedade de separação).

Além dos critérios diagnósticos, o DSM-V traz diagnósticos diferenciais que cursam com características semelhantes, porém com algumas peculiaridades como outro transtorno de ansiedade especificado ou transtorno de ansiedade não especificado. O transtorno de pânico não deve ser diagnosticado se nunca foram experimentados ataques de pânico com sintomas completos (inesperados). No caso de ataques de pânico inesperados apenas com sintomas limitados, um diagnóstico de outro transtorno de ansiedade especificado ou transtorno de ansiedade não especificado deve ser considerado.

O transtorno de pânico não é diagnosticado se os ataques de pânico são considerados consequência fisiológica direta de outra condição médica. Exemplos de condições médicas que podem causar ataques de pânico incluem hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, feocromocitoma, disfunções vestibulares, transtornos convulsivos e condições cardiopulmonares (p. ex., arritmias, taquicardia supraventricular, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica [DPOC]). Testes laboratoriais apropriados (p. ex., níveis séricos de cálcio para hiperparatireoidismo; monitor Holter para arritmias) ou exame físico (p. ex., para condições cardíacas) podem ser úteis na determinação do papel etiológico de outra condição médica.

O transtorno de pânico não é diagnosticado se os ataques forem considerados consequência fisiológica direta de uma substância. Intoxicação por estimulantes do sistema nervoso central (p. ex., cocaína, anfetaminas, cafeína) ou *Cannabis* e abstinência de depressores do sistema nervoso central (p. ex., álcool, barbitúricos) podem precipitar um ataque de pânico. Entretanto, se os ataques continuam a ocorrer fora do contexto do uso da substância (p. ex., muito tempo depois que terminaram os efeitos da intoxicação ou abstinência), um diagnóstico de transtorno de pânico deve ser considerado.

Além disso, como o transtorno pode preceder o uso da substância em alguns indivíduos e pode estar associado a aumento no seu uso, especialmente com fins de automedicação, uma história detalhada deve ser colhida para determinar se o indivíduo teve ataques de pânico antes do uso excessivo da substância. Nesse caso, um diagnóstico de transtorno de pânico deve ser considerado além de um diagnóstico de transtorno por uso de substância. Características como o início após a idade de 45 anos ou a presença de sintomas atípicos durante um ataque de pânico (p. ex., vertigem, perda da consciência, perda de controle esfinteriano, fala confusa, amnésia) sugerem a possibilidade de que outra condição médica ou uma substância possam estar causando os sintomas de ataque de pânico.

Os ataques de pânico que ocorrem como sintoma de outros transtornos de ansiedade são esperados (p. ex., desencadeados por situações sociais no transtorno de ansiedade social, por objetos ou situações fóbicas em fobia específica ou agorafobia, por preocupação no transtorno de ansiedade generalizada, por separação de casa e de figuras de apego no transtorno de ansiedade de separação) e, assim, não satisfariam os critérios para transtorno de pânico. Se os ataques de pânico ocorrem apenas em resposta a desencadeantes específicos, então somente o transtorno de ansiedade relevante é diagnosticado. No entanto, se o indivíduo também experimenta ataques de pânico inesperados e apresenta apreensão e preocupação persistentes ou mudança comportamental devido aos ataques, então um diagnóstico adicional de transtorno de pânico deve ser considerado.

Tratamento

O tratamento precoce do TP é essencial no sentido de reduzir o sofrimento e prejuízo associado ao transtorno e no intuito de prevenir o surgimento de complicações e comorbidades, além dos custos sociais do transtorno. Além disso, tratar o TP reduz significativamente os gastos sociais, tendo em vista que, embora aumente os gastos diretos com consultas e medicações psiquiátricas, há uma redução importante nas visitas aos serviços de emergência e nas consultas médicas não psiquiátricas (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

O manejo emergencial das crises de pânico baseia-se principalmente na tranquilização do paciente mediante a informação de que os seus sintomas são provenientes de um

ataque de ansiedade, não configurando uma condição clínica grave com risco de morte iminente, além de possuir caráter passageiro (cerca de 10-30 minutos). Em grande parte das vezes, a tranquilização rápida e o caráter autolimitado dos sintomas são suficientes para terminar com a crise. No entanto, se a crise for muito intensa ou de tempo prolongado, o uso de psicofármacos pode ser aconselhado. Os benzodiazepínicos de ação curta são a primeira escolha nesses casos e, apesar de carecerem de evidências que suportem afirmações mais encorajadoras, esses psicofármacos são bastante utilizados na prática clínica (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

Além disso, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) para TP é uma alternativa terapêutica que possui boa resposta de curto e de longo prazos tanto para os sintomas nucleares do pânico quanto para os sintomas residuais e geralmente persistentes de ansiedade antecipatória, evitação fóbica e agorafobia. Os estudos confirmaram que a TCC pode alterar o curso do TP não só para prevenir recaídas, mas também porque ela prolonga o intervalo entre elas. A TCC é tipicamente um tratamento breve, entre 10 e 20 sessões estruturadas, com objetivos claros a serem atingidos. Ela objetiva corrigir interpretações catastróficas e os medos condicionados das sensações corporais e evitações (MANFRO, et al., 2008).

Consequências funcionais e sociais

De acordo com o DSM-V, o transtorno de pânico está associado a níveis altos de incapacidade social, profissional e física; custos econômicos consideráveis; e ao número mais alto de consultas médicas entre os transtornos de ansiedade, embora os efeitos sejam mais fortes com a presença de agorafobia. Os indivíduos com transtorno de pânico podem se ausentar com frequência do trabalho ou escola para visitas ao médico ou ao serviço de urgência, o que pode levar a desemprego ou evasão escolar. Em adultos mais velhos, o prejuízo pode ser visto nas funções de cuidador ou em outras atividades voluntárias. Os ataques de pânico completos geralmente estão associados a maior morbidade (p. ex., maior utilização dos serviços de saúde, mais incapacidade, pior qualidade de vida) do que os ataques com sintomas limitados.

Ademais, os pacientes que apresentam ataques de pânico despendem muito tempo e dinheiro procurando atendimento em serviços clínicos de emergência, por acreditarem ter um problema físico e não mental. É muito comum o paciente com TP

fazer uma verdadeira “peregrinação”, consultando-se com diversos especialistas e fazendo diversos exames, muitas vezes desnecessários. Dentro deste aspecto, o paciente pode procurar diversos médicos, de acordo com as queixas somáticas predominantes: gastroenterologista (diarreia, náusea, cólon irritável), pneumologista (hiperventilação, dificuldade de respirar, sensação de sufocação ou asfixia), cardiologista (dor no peito, taquicardia) otorrinolaringologista (dificuldade de engolir, tonteira, desequilíbrio), ginecologista (ondas de calor), neurologista (cefaleia, parestesias, “derrame”). Certamente o diagnóstico e tratamento precoces do TP são essenciais para reduzir as consequências físicas e sociais do transtorno (VALENÇA, 2013).

4. CONCLUSÃO

Portanto, o transtorno do pânico representa um desafio significativo tanto para os profissionais de saúde mental, como para os clínicos gerais, exigindo uma abordagem integrada e personalizada. Embora a TCC e a farmacoterapia continuem sendo pilares fundamentais do tratamento, deve-se focar em realizar o diagnóstico precoce e desenvolver intervenções mais eficazes e melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde mental.

Além disso, é crucial promover a conscientização pública sobre o TP, a fim de reduzir o estigma associado e fornecer apoio adequado aos pacientes e suas famílias. Somente através de uma abordagem abrangente e colaborativa, envolvendo pesquisa, prática clínica e políticas de saúde, poderemos avançar no diagnóstico e no tratamento eficaz desse transtorno.

5. REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5..** 5 Porto Alegre: Artmed, 2014.
2. MACÁRIO, E.S.F. et al. **Saúde Mental: desafios da prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado na sociedade moderna.** Edição 15, editora Pasteur, jan. 2024.
3. MANFRO, G. G. et al.. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 30, p. s81–s87, out. 2008.
4. SALUM, G. A.; BLAYA, C.; MANFRO, G. G.. Transtorno do pânico. **Revista de Psiquiatria**

- do Rio Grande do Sul, v. 31, n. 2, p. 86–94, 2009.
5. SANTOS, C. B. C. et al. Intervenção da terapia cognitivo comportamental em pacientes com transtorno de pânico: revisão sistemática da literatura. **Revista Científica BSSP**, vol. 2, n. 2, dez. 2021.
6. TAVARES, T. de M.; NEVES, MAO; ARAÚJO, JC de O.; MAGNANI, MH; MESQUITA, M. de M.; NEGREIROS, L. dos S. TRANSTORNO DE PÂNICO: DEFINIÇÃO, CLÍNICA E TRATAMENTO - UMA VISÃO GERAL . **Revista Contemporânea** , [S. l.] , v. 4, pág. e4118, 2024. DOI: 10.56083/RCV4N4-209. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/4118>. Acesso em: 28 ago. 2024.
7. VALENÇA , A. M. Transtorno de pânico: aspectos psicopatológicos e fenomenológicos. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 6–10, 2013. DOI: 10.25118/2763-9037.2013.v3.317. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/317>. Acesso em: 28 ago. 2024.