

TRANSTORNO DO PÂNICO: CARDIOLOGIA E PSICOLOGIA EM AÇÃO

PANIC DISORDER: CARDIOLOGY AND PSYCHOLOGY IN ACTION

RESUMO

Jennifer de França Oliveira Nogueira¹
Rafael Trevizoli Neves²
Ana Paula Chacon Ferreira³
Adriana Araújo de Medeiros⁴
Karla Fabiana Begosso Sampaio da Fonseca Carbonari⁵

1. Clínica Coração Vivo, São José dos Campos, SP, Brasil.
2. Hospital do Coração – Hcor, São Paulo, SP, Brasil.
3. Instituto do Coração HC/ FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.
4. Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil.
5. Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos, Santos, SP, Brasil.

Correspondência: Jennifer de França Oliveira Nogueira.
Av. Cassiano Ricardo, 601. Sala 71. Ed. The One. CEP: 12246-870. Jd. Aquarius. São José dos Campos, SP, Brasil.
jennifer.franca@coracaovivo.com.br

Recebido em 15/06/2018,
Aceito em 03/08/2018

O presente ensaio tem como objetivo apresentar reflexões sobre o processo diagnóstico no campo dos transtornos mentais com manifestações clínicas, especificamente, o transtorno do pânico (TP), assim como seu impacto no sistema de saúde e na rotina dos serviços de emergência, além de apontar diretrizes para o acolhimento, manejo e encaminhamento dos usuários que apresentam esse sofrimento psíquico-emocional. A dor torácica é um dos sintomas mais comuns nos serviços de emergência médica de atendimento primário. Por ser um sintoma presente tanto no transtorno do pânico quanto na isquemia miocárdica na doença arterial coronariana (DAC), muitos indivíduos acometidos por TP acreditam estar na iminência de um problema grave de saúde, como por exemplo, o infarto agudo do miocárdio. Temos no caso do TP um exemplo da ausência de fronteiras entre o somático e o psíquico, pois a mistura dos sintomas físicos e emocionais podem confundir o processo diagnóstico. O profissional atua em um contexto desafiador, pois se vê em meio a demandas que, muitas vezes, incluem questões de outra ordem além da orgânica. É fundamental que apure sua escuta para realizar um diagnóstico diferencial e o encaminhamento adequado, devendo ter cuidado ao se comunicar com o paciente que busca atendimento.

Descritores: Transtorno de pânico; Doença das coronárias; Psicoterapia; Serviços médicos de emergência; Transtornos de ansiedade; Dor no peito; Diagnóstico diferencial.

ABSTRACT

This essay presents some reflections about the diagnostic process in the field of mental disorders with clinical symptoms, specifically, Panic Disorder (PD), and their impact on the Health System and the routine of the emergency services. It also points out some guidelines to receipt, management and referral of users who present this psychic-emotional suffering. Chest pain is one of the most common symptoms in the primary care emergency medical services. As a symptom that is present in both panic disorder and myocardial ischemia in coronary artery disease (CAD), many individuals affected by PD believe they are on the verge of a serious health problem, such as acute myocardial infarction. The case of PD is an example of the blurring of borders between the somatic and the psychic, as a mixture of physical and emotional symptoms can lead to confusion in the diagnostic process. Professionals act in a challenging context, with many demands being placed on them, which often include issues other than organic ones. It is essential that these professionals listen carefully, in order to make a differential diagnosis and proper referral, paying close attention when communicating with the patient who is seeking care.

Keywords: Panic disorder; Coronary disease; Psychotherapy; Emergency medical services; Anxiety disorder; Chest pain; Diagnosis, differential.

INTRODUÇÃO

“Ser humano é ter a capacidade de envolver-se, de se afetar e ser afetado pelo outro. É esse sentimento, que se chama cuidado, e se situa na lógica do afeto. É a partir do cuidado com o outro, que o ser humano desenvolve a dimensão da alteridade e do respeito; valores fundamentais da experiência humana e da possibilidade de trabalho interdisciplinar...”¹

Os serviços de emergências (SE) enfrentam desafios em seu cotidiano que incluem o atendimento à uma demanda

elevada de usuários que os buscam para agravos em saúde não urgentes e o equilíbrio de recursos e insumos que devem ser direcionados de modo eficaz àqueles que necessitam de intervenções emergenciais. As estratégias utilizadas para identificar e estratificar os cuidados em saúde envolvem o acolhimento e triagem dos usuários e a classificação de riscos a partir dos sintomas relatados.

A dor torácica é um sintoma importante, devendo sempre ser investigada, uma vez que sua identificação precoce

permite a atuação em condições clínicas potencialmente ameaçadoras da vida. O foco principal a partir do relato desse sintoma nos prontos-socorros é a rápida triagem de pacientes com alta probabilidade de infarto, a diferenciação quanto à presença de isquemia miocárdica e o diagnóstico de doenças cardiovasculares não coronarianas, doenças pulmonares e do trato digestivo de alto risco.²

O cotidiano, contudo, apresenta uma dificuldade adicional aos profissionais que atuam nesse campo – o que fazer com pessoas que apresentam dor torácica, porém não são encontrados substratos orgânicos que justifiquem tal sintoma? De que dor falam e sofrem essas pessoas, se no corpo (e em exames complementares) não são encontrados sinais de doença? Como acolher essas pessoas, conduzir e encaminhar tais casos?

O presente ensaio tem como objetivo apresentar reflexões sobre o processo diagnóstico no campo dos transtornos mentais, com manifestações clínicas que tem como alvo o transtorno do pânico, seu impacto no sistema de saúde e no cotidiano dos serviços de emergência, além de indicar diretrizes para o acolhimento, manejo e encaminhamento de pessoas que manifestem tal sofrimento emocional.

Da crise ao transtorno – o Pânico

Pânico é uma palavra de origem grega - *panikós/panikon* – cujo significado está associado a pavor repetitivo. Na mitologia grega, está ligado a história do Deus Pã, que morava na floresta e assustava os mortais que se aventuravam a atravessá-las. As primeiras descrições nosológicas² do que conhecemos hoje como transtorno de pânico, datam do século XIX, como a “neurose de ansiedade” descrita por Freud, o “coração de soldado” de Da Costa, a “astenia neurocirculatória” de Wheeler e a “síndrome de esforço” de Lewis. Esses quadros tinham em comum a ativação paroxística do sistema nervoso autônomo (SNA) desencadeando sintomas como vertigem, ansiedade, sudoreses, dispnéia e parestesia, além de pensamentos catastróficos associados aos sintomas.⁴

Foi, a partir da terceira edição, do Manual estatístico e diagnósticos de transtornos mentais (DSM-III), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) em 1980, que o quadro clínico passou a ser conhecido e diagnosticado pela comunidade médica como Transtorno de Pânico (TP), principalmente a partir dos estudos de Donald Klein sobre a eficácia de imipramina em pacientes que apresentavam crise episódicas de ansiedade.^{3,5}

O TP é notadamente o transtorno de ansiedade mais estudado nos últimos 30 anos,⁴ caracterizando-se pela presença de ataques de pânico (AP) recorrentes acompanhados por uma persistente preocupação com ataques adicionais e alterações mal adaptativas do comportamento,^{6,7} que consistem em uma sensação de medo ou mal-estar intenso, acompanhada de sintomas físicos e cognitivos, que se iniciam de forma brusca, alcançando intensidade máxima em até 10 minutos, trazendo consequências negativas a longo prazo como a perda de produtividade, do bem-estar e o isolamento social.^{4,8} O AP não é um transtorno mental por si mesmo, mas sim uma condição que pode estar presente no contexto de outros transtornos ansiosos (Transtorno de ansiedade generalizada e Transtorno do estresse pós-traumático).³

A manifestação do AP ocorre com início súbito, sem fator desencadeante obrigatório e com pelo menos quatro dos seguintes sintomas: palpitações, sudorese, tremores ou abalos, sensações de falta de ar ou sufocamento, sensação de asfixia, dor ou desconforto torácico, náusea, desconforto abdominal, sensação de tontura, instabilidade ou vertigem, calafrios ou ondas de calor, parestesias, desrealização ou despersonalização, medo de perder o controle ou enlouquecer e, principalmente, medo de estar enfartando e/ou morrendo.⁶

Os AP podem ocorrer em períodos diurnos ou noturnos, com implicações diferentes para o manejo dos mesmos. Os ataques de pânico noturnos (APN), que acometem de 44% a 71% dos portadores de TP, estão relacionados a um subtipo mais grave, com duração mais longa e sintomas fóbicos mais intensos, porém com resposta farmacológica melhor uma vez que observa-se uma preponderância de fatores biológicos em seu desencadeamento. Os ataques diurnos, por sua vez, aparentemente estão mais relacionados a fatores cognitivos e psicológicos.⁸

O TP é a recorrência de AP durante certo período de tempo e com uma frequência determinada, com a experiência de pelo menos um mês de uma das seguintes condições: preocupação persistente acerca do ataque e suas consequências e/ou mudança do comportamento após o ataque. Observa-se que no TP, componentes comportamentais recorrentes passam a ser prevalentes, como a evitação fóbica (evitar lugares ou situações nos quais já teve AP) e ansiedade antecipatória (sofrer por antecipação frente uma potencial situação ansiogênica).³

Com relação à sua etiologia, diversos fatores vêm sendo atribuídos às causas da TP, sendo que tanto fatores genéticos quanto ambientais parecem contribuir para esse transtorno. Estudos familiares e com gêmeos evidenciaram risco cerca de oito vezes maiores de vulnerabilidade ao TP, com herdabilidade estimada de 43% e diversos polimorfismos em genes estão em investigação, ainda sem resultados conclusivos.^{4,8}

Eventos estressores, tanto na infância quanto na vida adulta, também estão relacionados ao desenvolvimento do TP, sendo que cerca de 80% dos portadores do transtorno relataram algum evento nos 12 meses que precederam o início do transtorno, sendo os mais comuns a transição de papéis sociais (90%) e perdas (40%), entretanto, consistentes trabalhos apontam que a qualidade da relação parental é outro fator psicossocial relevante.^{4,8}

PREVALÊNCIA

A prevalência de TP nos últimos 12 meses é de 2,7% nos EUA e 1,8 na Europa,⁷ entretanto não foram encontrados estudos brasileiros⁴ com amostra representativa. TP é mais prevalente em mulheres do que homens (2:1), com o surgimento na adolescência ou início da vida adulta, na faixa de 20 a 30 anos. Está presente na história clínica de parentes de primeiro grau, etnia branca e com relato de eventos vitais estressores, apresentando ansiedade, depressão e uso de substâncias psicoativas (tabagismo, cafeína, álcool e outras drogas) como comorbidades. Apesar de mais comum na idade adulta jovem, o TP pode ocorrer em crianças e adolescentes, com frequência que pode variar entre 05% a 6%, com sintomas semelhantes aos acima descritos.⁸ Nos quadros de ansiedade, 74% tem como comorbidade a

fobia específica, 66% transtorno de ansiedade social, 32% transtorno de ansiedade generalizada, 13% de ansiedade de separação. Já em abuso e dependência de álcool e drogas, apenas para álcool temos 14% e apenas para drogas temos 11%, notando-se que, para TP a comorbidade com doenças psiquiátricas é regra e não exceção.⁹

Em um importante estudo desenvolvido pela OMS/OPAS - Dalys (Disability-Adjusted Life Years) para avaliar a carga das doenças sobre a mortalidade prematura e anos vividos com limitações e incapacidades, foi evidenciado que as doenças mentais apresentam-se como importantes causas de anos de vida perdidos, seja por mortalidade precoce seja por limitações e incapacidades de longa duração, destacando a depressão, a síndrome do pânico e outras formas de ansiedade.¹⁰

Haja visto que, apenas 10% dos diagnósticos de TP são realizados por profissionais da saúde mental (psiquiatra ou psicólogo), de 10 a 30% ocorrem em clínicas médicas de neurologia, otorrinolaringologia e doenças respiratórias; e até 60% dos pacientes têm seu diagnóstico estabelecido em consultórios de cardiologia.¹¹

AP estão entre os diagnósticos mais prevalentes nos serviços de emergência, entretanto, pacientes que chegam aos hospitais com queixa de dor torácica são diagnosticados como dor torácica não cardíaca, tendo TP alta prevalência.¹² 43% dos pacientes com TP têm seu primeiro atendimento no Pronto Socorro, sendo que 15% chegam às emergências em ambulâncias.¹³

Em um estudo realizado no Canadá¹⁴ foi observado pacientes atendidos em serviços de emergência com sintomas de dor torácica e avaliados por meio de teste ergométrico ou arteriografia coronariana, com entrevista psiquiátrica prévia à cardiológica, revela que dos 1.364 pacientes com dor torácica, 411 apresentavam TP sendo que dentre eles, 306 não tinham diagnóstico de doença arterial coronariana (DAC). Por outro lado, dos 1.364 pacientes, apenas 248 apresentavam DAC sem TP. Ou seja, dentre aqueles que entraram no serviço de emergência com dor torácica, 30,1% apresentavam TP e destes 22,4% tinham TP sem DAC. Se analisarmos apenas os que apresentavam TP, 74,4% não apresentavam DAC. Embora a proporção de pacientes com TP sem DAC tenha sido significativa, é de extrema relevância o achado de que aproximadamente 26% dos pacientes com TP eram também portadores de DAC.²

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA EMERGÊNCIA LIDANDO COM O PÂNICO

Atuar em uma unidade de emergência implica em lidar, diariamente, com diversos desafios, entre eles: o encontro com o súbito e o desconhecido - elementos que exigem avaliação rápida e certa, capaz de resultar em um diagnóstico esclarecedor, propiciando intervenção efetiva.¹⁵ Além disso, os serviços de emergência (pronto atendimento) são "portas abertas" do serviço de saúde, sendo, muitas vezes, o único espaço de cuidados para diferentes tipos demandas, que podem ultrapassar o campo orgânico/biológico, esbarrando em aspectos emocionais e sociais, nem por isso menos importantes.¹⁶ Dentro desse campo, o profissional necessita ser capaz de realizar um acolhimento a pessoa em sofrimento, concomitante a uma avaliação precisa, resolutiva e rápida, que não necessariamente vai de encontro com as demandas do paciente e seus entornos.

Tal cenário tende a se complicar na medida em que o próprio paciente pode não conseguir identificar claramente suas demandas e sintomas, dificultando que o seu relato seja esclarecedor. Tudo isto somado a um contexto de angústia e urgência. O despreparo do profissional acaba gerando diferentes frustrações: ao paciente, que acaba não se sentindo acolhido e cuidado em suas necessidades; e ao próprio profissional, que é envolvido por um sentimento de impotência, mediante a sua impossibilidade de resolver a questão apresentada. Trata-se de uma situação-limite e um contexto de crise onde muitos desencontros são possíveis! O confronto com as vicissitudes da vida podem desencadear descargas de afeto que farão emergir a importância de cuidar com dignidade, considerando para além de um sofrimento físico, um verdadeiro sentimento de desamparo que inunda a todos.¹⁵

Este contexto pode se tornar mais complexo e exigente aos profissionais quando estes esbarram em demandas de cunho psíquico, muitas vezes, sobrepostas a queixas físicas, o que requer um diagnóstico correto, assim como um direcionamento para um cuidado apropriado. É sabido que, quando a queixa orgânica de um paciente vem acompanhada de um elemento psicológico, algumas confusões podem ocorrer. O âmbito psíquico, em alguns momentos, pode ser percebido como ruído perturbador que traz dificuldades, tais como: falta de clareza da comunicação, gerando uma imprecisão, a qual pode levar o profissional a um lugar de angústia pela dificuldade de nomear o que está ocorrendo; além disso, mesmo após um diagnóstico apropriado, nem sempre há a possibilidade de oferecer um cuidado e suporte certo para o que se apresenta, seja por falta de estrutura organizacional, seja por falta de formação adequada da equipe. O AP exemplifica esta ausência de fronteira entre o somático e o psíquico, pois a mistura entre sintomas físicos e emocionais podem confundir tanto profissional, quanto paciente.

Com relação à sintomatologia, o TP gera, no paciente, um contexto de intenso medo (de perder o controle, de enlouquecer, de morrer). Este se manifesta por diferentes sintomas físicos e emocionais, concomitantemente. Entre os sintomas, está a dor torácica, que pode fazer com que o paciente interprete o fato como um problema cardíaco grave, levando-o à busca repetida por inúmeros atendimentos em unidades de urgência, cardiológicas ou outros serviços médicos. Somado à questão da dor, outros sintomas básicos (palpitação, sudorese, sensação de asfixia, sufocação e ondas de calor) do AP também estão presentes nas doenças do coração, sendo possível que pessoas acometidas por AP busquem avidamente os serviços de emergência, alegando "ataque do coração".

Na prática, essa semelhança na apresentação e na sintomatologia do sofrimento pode aparecer a partir de diferentes configurações: pacientes apresentando unicamente um AP (imaginado estar vivenciando um quadro cardiológico); pacientes apresentando um quadro cardiológico, podem apresentar algum medo (uma reação natural frente ao evento estressor que está ocorrendo); ou pacientes com uma sobreposição dos diagnósticos. Assim, conhecer como estes casos se apresentam, familiarizar-se com tais demandas, instrumentalizar-se para cuidar das mesmas favorece o diagnóstico e intervenção precoces, diminuindo as possibilidades de agravamento e potencializando a recuperação psíquica dos pacientes.¹⁷

Certamente, a conduta frente a tal situação é verificar a origem dos sintomas, ou seja, examinar e identificar (ou excluir) o âmbito orgânico/cardiológico. Caso haja dúvidas quanto à origem cardiológica dos sintomas, alguns autores tentaram estabelecer questionários para identificar sintomas de pânico em pacientes admitidos no setor de emergência. Os resultados ainda são divergentes, mas algumas perguntas mostraram relação positiva, como “O paciente tem algum transtorno de ansiedade?”, “Quando percebe os batimentos cardíacos mais acelerados tem a sensação de que vai ter um ataque do coração?”, “Quando fica nervoso tem a sensação de que vai sufocar até a morte?” Sabe-se que, o medo focado na ideia de que algo acontecerá com o coração, contribui para o surgimento da dor torácica não cardíaca.^{18,19}

A escuta atenta a história trazida pelo paciente é de extrema importância pois, a presença de um discurso envolvendo medo e angústia emergem na fala de tais indivíduos. Evidenciou-se, nos pacientes com o TP, uma frequência maior de sintomas que envolvem distorções cognitivas como medo de acontecer o pior e do descontrolar. O denso componente emocional altera e confunde as interpretações acerca dos estímulos disparadores e da intensidade e duração dos mesmos.²⁰

Diante de tal desafio, as equipes podem utilizar um algoritmo³ que relaciona sintomas de dor torácica com possível quadro de IAM e/ou pneumonia. Palpitações e taquicardia estão mais relacionadas com arritmia e hipoglicemia. Parestesias, por sua vez, com processo expansivo cerebral, e dispneia está mais relacionada com ICC e DPOC. Se os exames para identificarem tais diagnósticos não chegarem a um quadro orgânico, há de se cuidar dos sintomas de ansiedade. A sugestão é oferecer orientações sobre o caráter autolimitante e não letal da crise, providenciar local calmo para o paciente, promover medidas de tranquilização, assim como informações sobre o que está ocorrendo, assegurando o fato dele estar seguro naquele espaço, recebendo todo o cuidado necessário para preservar sua vida. Nota-se a relevância de uma abordagem individualizada e, se possível, multiprofissional. Na presença de um quadro de hiperventilação, deve-se também realizar orientações. Na medida em que a crise for passando, deve-se cuidar da comunicação/esclarecimento acerca do quadro ocorrido, juntamente com um encaminhamento específico, quando necessário (crise prolongada) ao psiquiatra.

É importante identificar ataques secundários a uma condição clínica (hipertireoidismo, feocromocitoma), ao uso ou abstinência de substâncias (cocaína, álcool, cafeína, nicotina, broncodilatador, hipnóticos, sedativos), a transtornos de ansiedade (TP) e a outros transtornos psiquiátricos. Outrossim, o abuso de estimulantes, bem como a abstinência de depressores do sistema nervoso central, devem ser avaliados na anamnese como possíveis responsáveis pelo AP. Caso o AP não possa ser melhor explicado por nenhuma condição clínica ou pelo uso ou abstinência de substâncias, deve-se proceder à investigação diagnóstica para transtornos psiquiátricos, com especial atenção para os transtornos de ansiedade. Seguem algoritmos como sugestão para avaliação diagnóstica (Figuras 1 e 2).⁴

Uma medida importante para auxiliar na organização e tranquilização do paciente é o manejo emergencial das crises de pânico, por meio de informações acerca da origem dos

sintomas (provenientes de um ataque de ansiedade, não configurando uma condição clínica grave com risco de morte iminente), sempre ressaltando que a crise é realmente intensa, muito desagradável e causa mal-estar muito forte. Deve-se lembrar o caráter passageiro (cerca de 10-30 minutos) do ataque e, especialmente, instruir o paciente para que ele respire pelo nariz e não pela boca, enfatizando a importância dele manejar a frequência de inspirações no intuito de não hiperventilar. Na presença de sintomas predominantemente respiratórios, relacionados provavelmente a hiperventilação, o paciente é instruído a respirar com o diafragma, poupando o uso da musculatura intercostal. Deve-se estimulá-lo a respirar lentamente até que os sintomas de hiperventilação desapareçam. Algumas técnicas de relaxamento também podem ser utilizadas. Como sugestão, instruir o paciente a permanecer deitado, com os olhos fechados, respirando lenta e profundamente, tentando relaxar todo o corpo imaginando-se em um lugar tranquilo e agradável. No entanto, se a crise for de média a alta intensidade e/ou por tempo prolongado, o uso de psicofármacos sob orientação médica, será aconselhado.⁴

A comunicação com o paciente é muito relevante. Isso porque, apesar do alívio de não encontrar um elemento que pode significar um risco de morte concreto, a experiência do paciente permanece sendo de uma angústia de morte. Comunicar que “o coração está bem” pode, em alguns casos, confortar, porém, se isto for informando sem o devido cuidado, pode adquirir outra conotação. Isso porque, explicitar que o problema é da ordem psiquiátrica, sem um cuidado adequado, pode gerar – no paciente – uma sensação de que o profissional está subestimando sua queixa, duvidando de seu sintoma e até “dispensando-o”, sem oferecer um suporte momentâneo ao seu sofrimento. É como se o sofrimento apresentado (que é bastante intenso), seja interpretado como insignificante.

Trata-se de um adoecimento que necessita de tanto cuidado, quanto um evento cardiológico, sendo muito importante oferecer uma orientação acerca do ocorrido (ao paciente e também ao acompanhante), assim como indicar, através de encaminhamento, espaços específicos para que estes indivíduos tenham um tratamento adequado e contínuo (não apenas nos momentos de AP).

É imprescindível que a equipe já tenha identificado previamente, locais que possam oferecer cuidado a este indivíduo, em especial, nos casos de instituições signatárias ao sistema público (Sistema Único de Saúde - SUS). Isto porque, há uma rede de apoio, com diferentes níveis de complexidade e modos de atuação, que necessitam ser do conhecimento do paciente. Se a instituição tiver a presença de um profissional da área da saúde mental, é relevante que este possa participar tanto da identificação do diagnóstico, quanto da intervenção e da orientação acerca da continuidade do cuidado necessário, uma vez que, o AP é a exacerbação de um estado de sofrimento (que pode estar latente ou manifesto), necessitando de cuidado contínuo e prolongado. Situações estressantes, eventos traumáticos, momentos de crise, rupturas e perdas podem estar ocorrendo na vida do paciente, e este pode se beneficiar de um cuidado especializado e direcionado (diferente do que é oferecido em unidades de emergência).

Deve-se considerar também, que, mesmo se tratando de um quadro cardíaco, sintomas ansiosos podem se apresentar

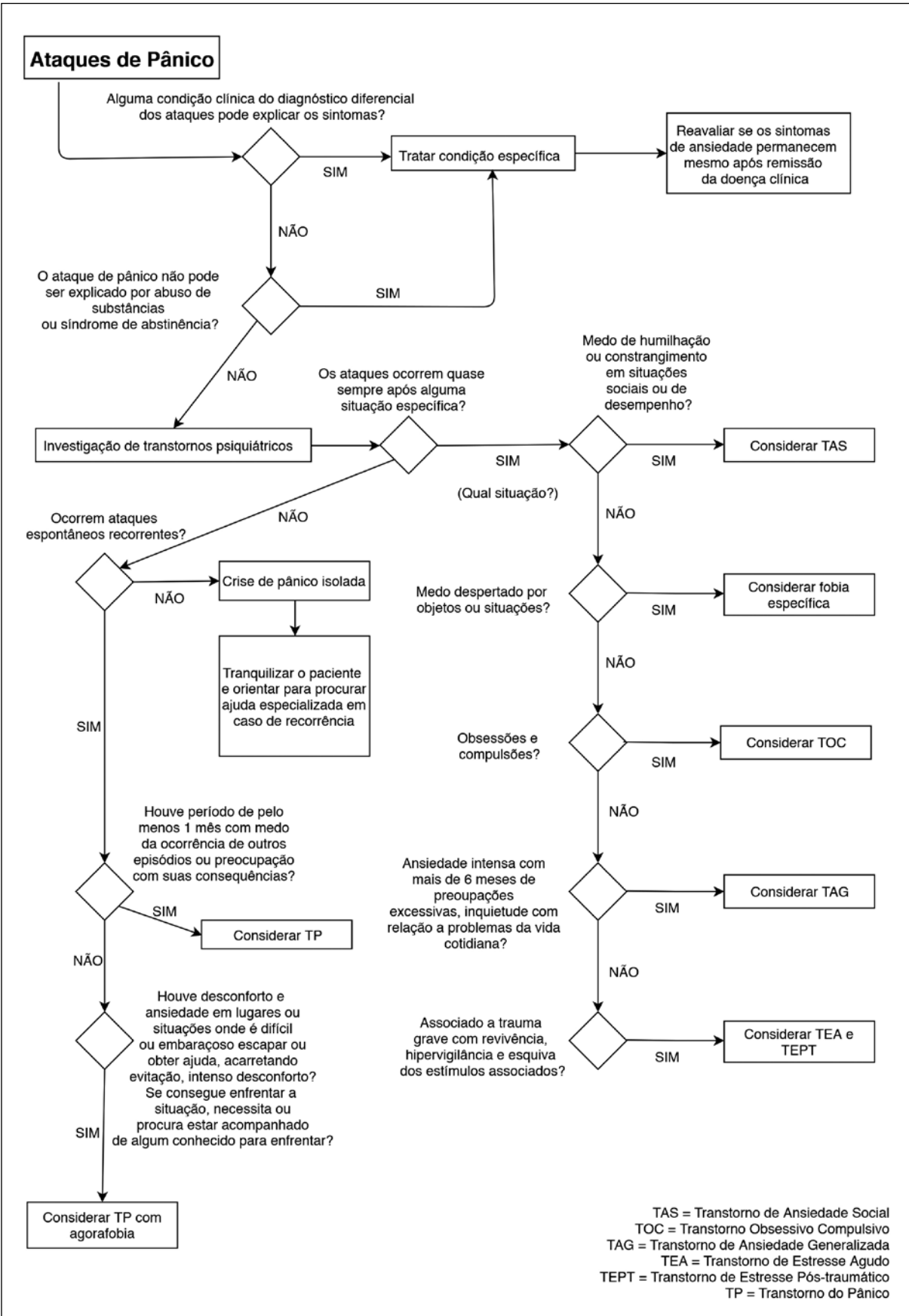


Figura 1. Algoritmo de avaliação diagnóstica dos ataques de pânico.

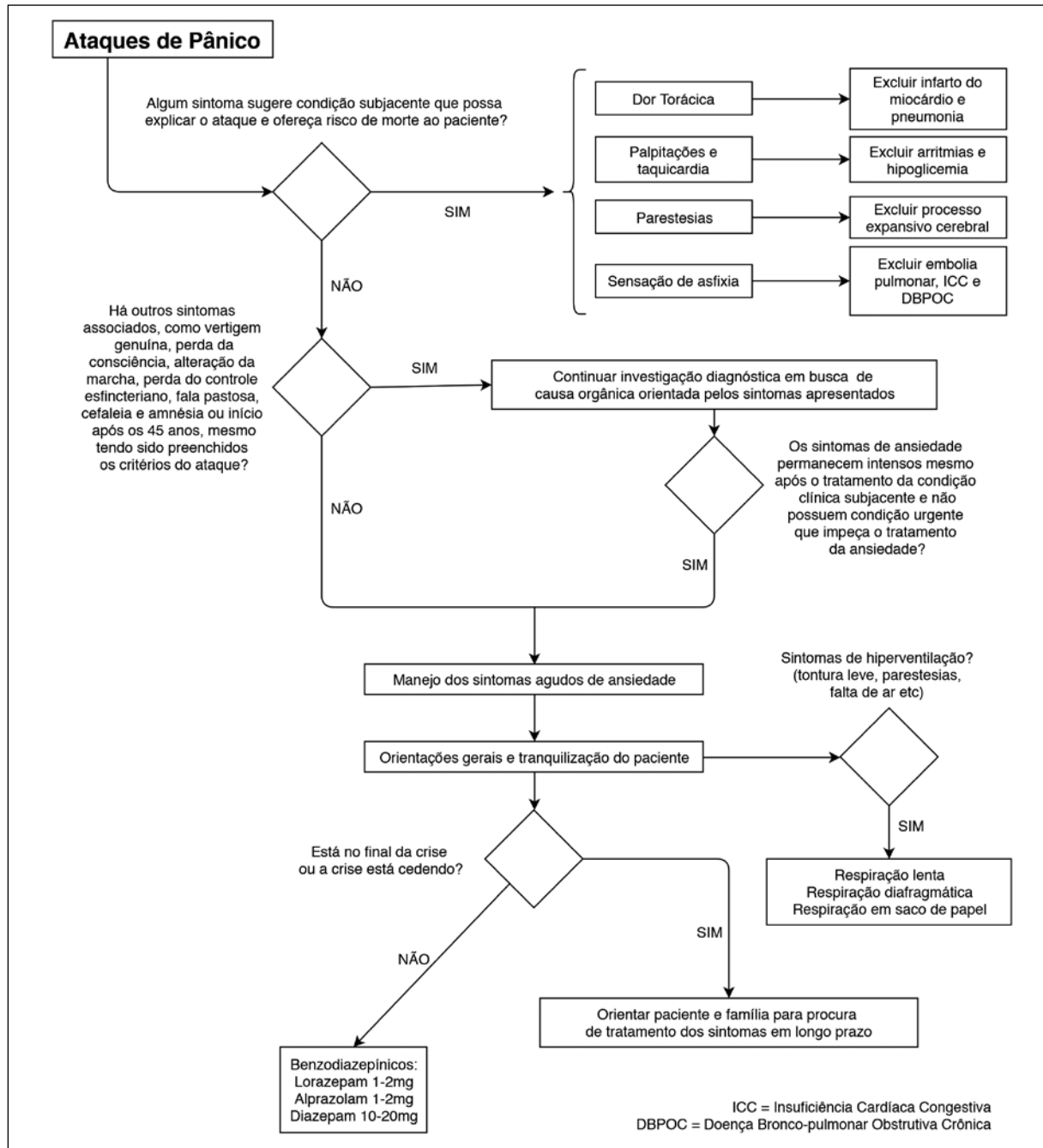


Figura 2. Algoritmo de manejo emergencial dos ataques de pânico.

conjuntamente (chegando ou não a caracterizar um AP). O cuidado deve estar centrado no sujeito e não apenas na queixa (cardíaca), negligenciando o âmbito psíquico - ainda que se saiba que, pode estar ocorrendo uma relação de causa e efeito, ou seja, o ataque cardíaco gerando uma reação psíquica de medo e ansiedade! Especial consideração deve ser dada a pessoas que desenvolveram um quadro psiquiátrico frente a doença cardíaca.

Há diferentes maneiras destes elementos se apresentarem no sujeito, exigindo dos profissionais, competências para lidar, de forma efetiva, com essas complexidades que envolvem a pessoa e seus familiares. Um diagnóstico errôneo ou incompleto gera sofrimento ao paciente, produzindo cronificação

dos sintomas, limitações na rotina e diminuição da qualidade de vida; além de acarretar em um uso excessivo e inadequado dos recursos de saúde.

Outro desafio do TP em serviços de emergência, é a realização de um diagnóstico diferencial, associando TP a outros transtornos de ansiedade, permitindo assim o manejo adequado da crise (Tabela 1).

Como evidenciado anteriormente, o conjunto de sintomas que caracteriza o TP pode ser confundido com diversos quadros clínicos médicos de natureza orgânica, principalmente do sistema cardiovascular, sistema neurológico, sistema endócrino, doenças pulmonares agudas e outras condições clínicas, ilustradas na tabela abaixo (Tabela 2).

Tabela 1. Diferenças do TP e demais Transtornos de Ansiedade.

Transtorno de Pânico (TP)	Transtorno de Ansiedade Social (TAS)	Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)	Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)
Esquiva associada ao medo de ocorrer um ataque e não obter ajuda/poder sair. Sem ativadores/gatilhos (quadros repentinos)	Esquiva associada ao medo de exposição, humilhação, em situações sociais (ativadores situacionais)		
Preocupação centralizada no receio de um novo ataque de pânico. Ênfase nas sensações corporais.		Preocupações voltadas à situações corriqueiras da vida. Excesso contínuo de sintomas de ansiedade.	
De modo geral, não há história prévia de exposição direta ou indireta à situação de risco. Ataques espontâneos, súbitos, sem causas aparentes, podendo ocorrer durante o sono (ataques noturnos).			Deve-se ter vivenciado ou testemunhado uma situação de risco. As recordações do evento são aflitivas, intrusivas e recorrentes. Estado de hiperexcitabilidade constante (insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração). Evitação de pensamentos atividades, locais e pessoas que fazem lembrar o evento traumático.

Associação Brasileira de Psiquiatria; Academia Brasileira de Neurologia; Sociedade Brasileira de Pediatria. Transtorno do Pânico: diagnóstico. In: Associação Médica Brasileira. Projeto Diretrizes. 2012; 1-18.

Tabela 2. Doenças orgânicas com sintomas parecidos com o TP.

Sistema cardiovascular	Infarto agudo do miocárdio
	Insuficiência cardíaca
	Hipertensão arterial sistêmica
	Prolapso da valva mitral
	Angina pectoris
	Taquicardia atrial
Sistema neurológico	Epilepsia do lobo temporal
	Tumores expansivos
	Esclerose múltipla
	Doença de Parkinson
Sistema endócrino	Doença de Addison
	Síndrome de Cushing;
	Diabetes
	Hipoglicemia
	Hipertireoidismo
	Hipoparatiroidismo
	Tireoidite autoimune
	Feocromocitoma
	Síndrome pré-menstrual
	Transtornos da menopausa
Doenças pulmonares agudas	Asma
	Embolia pulmonar
	Doenças obstrutivas crônicas e agudas
Outras situações clínicas	Intoxicações com drogas
	Síndromes de abstinência

Associação Médica Brasileira. Projeto Diretrizes. 2012; 1-18.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor torácica é um sintoma comum entre os pacientes com TP, levando-os, em sua maioria, aos serviços de emergência. Nesse cenário, o paciente busca aplacar o seu sofrimento, enquanto o médico busca uma categorização diagnóstica da qual ele possa estabelecer o tratamento,⁹ dificultado pela mimetização dos sintomas de AP em DAC. Estes eventos nos mostram a necessidade de que, os médicos de serviços de emergência tanto clínicos como cardiologistas, devem estar familiarizados com o transtorno de pânico, para o adequado manejo tanto do diagnóstico rápido como diferencial para doenças cardiovasculares. Algumas medidas podem ser adotadas para minimizar as dificuldades encontradas no diagnóstico diferencial como:

- Utilização de instrumentos de rastreio para transtornos psiquiátricos em serviços de emergências;
- Avaliação sistemática de TP em usuários que dão entrada à serviços de emergência com dor torácica;
- Estabelecimento de algoritmos multiprofissionais que incluam avaliações clínicas, exames para detecção de alterações orgânicas e avaliações psicológicas, psiquiátricas e psicossociais;
- Educação, capacitação e treinamento da equipe de serviços de emergência para identificação, acolhimento, manejo e encaminhamento do TP;
- Informação, orientação e educação de pacientes e familiares sobre o TP e tratamentos disponíveis.

O paciente deve ser cuidado como indivíduo que pode manifestar seu sofrimento de diferentes maneiras. O sintoma precisa ser visto como uma importante via de comunicação deste sujeito. Acolher esta pessoa é legitimar esta manifestação de que algo lhe falta (lhe faz sofrer), podendo assim dar sentido a própria dor simbolizada. A escuta diferenciada e o acolhimento legitimam uma demanda para que o próprio sujeito possa construir um percurso para dar sentido ao sintoma e a angústia que nele subjaz, concebendo-se absolutamente humano!

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Carbonari K, Souza, R, Santos SCVO, Gumerato ALL, Miwa MU, Meira AN. Cuidado Paliativo: a delicadeza do olhar em equipe. In: Carbonari K, Seabra CR, (Org). Psico-oncologia: assistência humanizada e qualidade de vida. São Paulo: editora Comenius, 2013. p.219-242.
2. Soares Filho GLF, Valença AM, Nardi AE. Dor torácica no transtorno de pânico: sintoma somático ou manifestação de doença arterial coronariana? *Rev Psiquiatr. Clín.* 2007; 34(2): 97-101.
3. De Oliveira LGM, Sguarezzi JGD, Paulin LFRS. Crise de pânico: abordagem no pronto socorro. *Ensaio USF.* 2017; 1(1): 25-33.
4. Salum GA, Blaya C, Manfro GG. Transtorno do pânico. *Rev. Psiquiatr. RS.* 2009;31(2): 86-94.
5. Ponde MP. A crise do diagnóstico em psiquiatria e os manuais diagnósticos. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* [online] 2018;21(1): 145-166.
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Ed. (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA. 2013.
7. Zuardi AW. Características básicas do transtorno do pânico. *Medicina (Ribeirão Preto, Online.)* 2017;50(Supl.1):56-63
8. Associação Médica Brasileira. Projeto Diretrizes. 2012; 1-18.
9. 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):415-24.
10. OMS/OPAS - Organização Mundial Da Saúde/ Organização Panamericana De Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002.
11. Associação Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV-4. ed.. Porto Alegre: Artmed. 2002.
12. Bokma WA, Batelaan NM, Beek AM, Boenink AD, Smit JH, van Balkom, AJLM. Feasibility and outcome of the implementation of a screening program for panic disorder in noncardiac chest pain patients in cardiac emergency department routine care. *Gen Hosp Psychiatry.*2015;37(5): 485- 7.
13. Del Porto JA. Crises de Pânico na Prática Médica. *Psiquiatria na prática médica.* 2000;33(4).Disponível em: <http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial04a.htm#inicio>
14. Lynch P, Galbraith KM. Panic in the emergency room. *Can J Psychiatry* 2003;48(6):361-6.
15. Barbosa LNF, Pereira JA, Alves V, Ragozini CA, Ismael SMC.. Reflexões sobre a ação do psicólogo em unidades de emergência. *Rev. SBPH.*2007;10(2): 73-81.
16. Rossi L, Gavião ACD, Lucia MCS, Awada SB. Psicologia e emergências médicas: uma aproximação possível. *Psicol. hosp.* 2004;2(2). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200009
17. Chiatone HBC. A significação da psicologia no contexto hospitalar. *Psicologia da saúde: Um novo significado para a prática clínica.* São Paulo: Pioneira. 2000; 73-165.
18. Foldes-Busque Denis I, Poitras J, Fleet RP, Archambault P, Dionne CE. A prospective cohort study to refine and validate the Panic Screening Score for identifying panic attacks associated with unexplained chest pain in the emergency department. *BMJ Open.* 2013;3(10): e003877.
19. Foldes-Busque G, Hamel S, Belleville G, Fleet R, Poitras J, Chauny JM,, et al. Factors associated with pain level in non-cardiac chest pain patients with comorbid panic disorder. *Biopsychosoc Med.*2016;10:30.
20. Montiel JM, Bartholomeu D, Machado A A, Pessotto F. Caracterização dos sintomas de ansiedade em pacientes com transtorno de pânico *Boletim Academia Paulista de Psicologia.* [Internet] 2014;34(86):171-185.