

BMJ Best Practice

Transtornos de pânico

Direto ao local de atendimento



Última atualização: Jul 14, 2023

Índice

Visão geral	3
Resumo	3
Definição	3
Teoria	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	6
Caso clínico	6
Diagnóstico	8
Abordagem	8
História e exame físico	11
Fatores de risco	13
Investigações	14
Diagnósticos diferenciais	15
Critérios	16
Rastreamento	17
Tratamento	19
Abordagem	19
Visão geral do algoritmo de tratamento	26
Algoritmo de tratamento	29
Novidades	64
Prevenção primária	64
Prevenção secundária	64
Discussões com os pacientes	64
Acompanhamento	66
Monitoramento	66
Complicações	67
Prognóstico	68
Diretrizes	69
Diretrizes diagnósticas	69
Diretrizes de tratamento	69
Recursos online	70
Tabelas de evidência	71
Referências	73
Aviso legal	89

Resumo

A frequência dos ataques de pânico pode variar consideravelmente no transtorno de pânico; alguns indivíduos se queixam de séries breves de diversos episódios de pânico durante um período curto, ataques de pânico semanais ou ataques periódicos no período de alguns meses.

Risco maior em parentes de primeiro grau; o início dos ataques é desencadeado por estresse; muitas vezes apresenta-se comórbido com outros transtornos de ansiedade, humor e relacionados com o uso de substâncias.

A avaliação é feita através da exclusão de causas orgânicas, autoavaliação, entrevista clínica e observação do comportamento.

Autoajuda, terapia cognitivo-comportamental, inibidores seletivos de recaptação de serotonina e inibidores de recaptação de serotonina-noradrenalina são os tratamentos de primeira linha.

O manejo em longo prazo do transtorno inclui a prevenção de recidivas após a interrupção do tratamento.

Definição

O transtorno de pânico caracteriza-se por ataques de pânico recorrentes e inesperados ao longo de um período de 1 mês. Os indivíduos com transtorno de pânico estão constantemente preocupados em ter outro ataque de pânico e/ou sobre as consequências disso (por exemplo, ter um ataque cardíaco ou perder o controle). Os indivíduos com transtorno de pânico também podem mudar seu comportamento, na tentativa de evitar novos ataques de pânico (por exemplo, evitar situações que possam desencadear as sensações de pânico; envolver-se em vários comportamentos relacionados à segurança).[1] Os ataques de pânico envolvem o início súbito de intensos sintomas físicos e cognitivos de ansiedade que podem ser desencadeados por estímulos específicos ou ocorrer inesperadamente. Para o diagnóstico de transtorno de pânico, os ataques de pânico devem ser recorrentes; observe que ataques de pânico não recorrentes são relativamente comuns na população em geral.[2] [3] No transtorno de pânico, a frequência dos ataques pode variar muito; alguns indivíduos se queixam de séries breves de diversos episódios de pânico durante um período curto, ataques de pânico semanais ou ataques periódicos no período de alguns meses. Independente da frequência, a pessoa continua preocupada ou ansiosa em relação à possibilidade de um novo ataque.[4]

Epidemiologia

Entre 8% e 28% dos indivíduos apresentam ataques de pânico em algum momento durante a sua vida.[2] [3] A estimativa de prevalência do transtorno de pânico no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5a edição, texto revisado (DSM-5-TR) é de, aproximadamente, 2% a 3% para adolescentes e adultos. Estima-se que a prevalência global ao longo da vida seja de 1.7%. [1] No DSM-5-TR, a agorafobia é uma condição diagnosticada independentemente; portanto, os dados de comorbidade com transtorno de pânico estão pendentes. De acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR nos quais o transtorno de pânico poderia ser especificado com ou sem agorafobia, a prevalência do transtorno de pânico sem agorafobia é aproximadamente 4.0% ao longo da vida e 1.5% no período de 12 meses.[7] [8] O transtorno de pânico com agorafobia apresenta estimativas mais baixas ao longo da vida (1.0%) e no período de 12 meses (0.5%).[7] [8] Dados agregados de 14 países europeus corroboram os achados epidemiológicos, que são semelhantes àqueles dos Estados Unidos.[9] A taxa de transtorno de pânico em centros de atenção primária é aproximadamente 7.0%, sendo essa taxa substancialmente mais alta nos pacientes que apresentam sintomas cardíacos e gastrointestinais.[10] [11]

Em geral, os transtornos de ansiedade são mais prevalentes em países de renda alta, embora não esteja claro se esse achado reflete uma diferença verdadeira na prevalência, ou diferenças nos critérios de diagnóstico e relatórios.[12] As chances de um indivíduo desenvolver ataques de pânico e transtorno de pânico são mais altas na população indígena norte-americana em comparação com pessoas de cor branca, e são mais baixas entre indivíduos asiáticos, hispânicos e negros.[7] [8]

A probabilidade de desenvolver ataques de pânico é maior no meio da terceira década de vida, surgindo um pouco mais cedo em homens que em mulheres.[9] [13] Sintomas de pânico que se manifestam durante a adolescência representam um fator preditivo de aumento do risco de outros transtornos de ansiedade e de humor na idade adulta.[14] A probabilidade de desenvolver transtorno de pânico com e sem agorafobia é maior entre o início da terceira e o início quarta década de vida, sendo esse transtorno 2 a 3 vezes mais comum nas mulheres que nos homens.[7] [8] A prevalência de ataques de pânico e transtorno de pânico tende a diminuir com a idade.[2]

O transtorno de pânico é altamente comórbido com outros transtornos de ansiedade e humor e uso de substâncias, incluindo dependência de nicotina.[8] [15] [16] O tabagismo pode aumentar o risco do transtorno de pânico de início tardio.[17] A comorbidade com transtornos depressivos é comum (33% a 85%), especialmente em pacientes com agorafobia.[10] [18] [19] Comorbidade com depressão pode significar um ciclo da doença mais grave e prolongado, com ataques de pânico associados de maneira independente ao aumento do risco de pensamentos suicidas e tentativas de suicídio.[20] [21]

Etiologia

A etiologia dos transtornos do pânico é provavelmente uma combinação de fatores de predisposição nos indivíduos.

- Fatores genéticos: o risco de transtorno de pânico é cinco vezes maior nos parentes de primeiro grau.[22] As taxas de concordância entre gêmeos monozigóticos e dizigóticos são aproximadamente 23% e 6%, respectivamente, com achados meta-analíticos atribuindo 30% a 50% da variância estimada à predisposição genética compartilhada.[22] [23] [24] Embora não se tenha chegado a resultados conclusivos quanto à identificação de genes específicos do pânico, é provável que muitas variantes genéticas de efeito baixo interajam umas com as outras e contribuam para o risco de

- transtorno do pânico.[24] [25] Uma metanálise dos genes do candidato mostrou uma associação do transtorno de pânico com as variantes genéticas TMEM132D.[26] Um estudo de associação genômica ampla constatou que polimorfismo no gene GLRB pode causar predisposição a transtorno de pânico ao aumentar a resposta de sobressalto e os pensamentos agorafóbicos.[27] Também acredita-se que os mecanismos epigenéticos contribuam para a predisposição ao transtorno de pânico, possivelmente ao mediar interações entre o gene e o ambiente.[28]
- Fatores ambientais: por definição, os primeiros ataques de pânico ocorrem de forma inesperada. No entanto, esses ataques ocorrem em determinados contextos, razão pela qual algumas características ambientais podem tornar-se fatores desencadeantes de sintomas de ansiedade intensos. É comum haver história significativa de fatores estressores vitais e traumas imprevisíveis e incontrolláveis.[29] [30] Até 80% dos pacientes com ataques de pânico relatam ter sofrido eventos negativos importantes em suas vidas antes da manifestação inicial dos ataques.[29] A gravidade da asma pode associar-se a um risco adicional de transtorno de pânico.[5] A variabilidade respiratória, ainda, pode aumentar o fator de risco do início tardio do transtorno de pânico.[31] O uso e a dependência da nicotina são desproporcionalmente altos entre pacientes com transtorno de pânico e podem estar relacionados temporalmente a um risco elevado de desenvolver transtorno de pânico.[6]
 - Fatores psicológicos: modelos cognitivo-comportamentais de pânico assumem que experiências repetidas e desagradáveis com gatilhos externos (por exemplo, multidões) e internos (por exemplo, taquicardia) causam atenção seletiva e hipervigilância. Por sua vez, os indivíduos aprendem a interpretar errônea e catastroficamente sintomas físicos normais como perigosos.[32] Em todos os transtornos de ansiedade, pode haver uma resposta à ameaça perturbada com anormalidades no circuito envolvido na atenção, emoção, aprendizado e memória.[33] A ativação da reação de lutar ou fugir do perigo percebido amplifica ainda mais a resposta de pânico e as tentativas de gerenciá-lo através de fuga, evitação e comportamentos de segurança oferecem alívio em curto prazo, mas causam aumento dos comprometimentos funcionais com o tempo.[34] Fatores de temperamento, como a inibição comportamental, podem contribuir para o risco de pânico na idade adulta.[35] [36] Uma sensibilidade à ansiedade, ou uma tendência de interpretar errônea e catastroficamente os sintomas físicos como perigosos, é vista como fator de risco psicológico para desenvolver o transtorno de pânico.[32] [37]

Fisiopatologia

Estudos de neuroimagem do pânico sugerem o envolvimento dos núcleos centrais da amígdala, incluindo a ativação de outros centros do medo no cérebro, tais como o tálamo, o hipotálamo e o hipocampo, os quais podem desregular o controle respiratório no tronco encefálico.[38] [39] Um estudo constatou redução do volume de substância cinzenta nas regiões temporal medial, córtex pré-frontal e cíngulo do cérebro no transtorno de pânico.[40]

Outros modelos fisiopatológicos sugerem que a hiper-reatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal a estímulos ambientais pode estar envolvida no transtorno de pânico.[41] Estudos por ressonância magnética funcional demonstram anormalidades na atenção e na resposta a ameaças.[42] [43]

A terapia cognitivo-comportamental demonstrou reduções importantes na ativação da região interna esquerda do giro frontal, com menor atividade correlacionada a menos sintomas agorafóbicos em pacientes com transtorno de pânico.[44] Um estudo indicou que a ativação do pré-tratamento da ínsula bilateral e córtex pré-frontal dorsolateral esquerdo durante o processo de tratamento está associado com a resposta rápida à terapia cognitivo-comportamental.[45]

Classificação

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: 5ª edição, revisão de texto (DSM-5-TR)[1]

Transtorno de pânico:

- A experiência de ataques de pânico recentes e inesperados
- Ao menos um dos ataques foi seguido de um período de, pelo menos, 1 mês de um ou ambos dos seguintes fatores: preocupação persistente sobre ataques de pânico adicionais ou suas consequências (por exemplo, ataque cardíaco); alteração significativa no comportamento relacionada com os ataques (por exemplo, evitar praticar exercícios ou situações não familiares)
- Os sintomas do pânico não devem ser atribuídos a efeitos relacionados a substâncias (por exemplo, uso indevido de substâncias, um medicamento), outras doenças (por exemplo, hipertireoidismo, distúrbios cardiopulmonares) ou outros transtornos psiquiátricos (por exemplo, transtorno da ansiedade social, fobias específicas, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade de separação).

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de 22 anos de idade em seu primeiro ano de faculdade relata que acordou no meio da noite com o coração batendo forte, fogachos, sensações de sufocamento e náuseas intensas. O ataque aconteceu de forma súbita e inesperada, não foi uma reação a pesadelo e os sintomas abrandaram em alguns minutos. A ansiedade da paciente aumentou nos últimos meses, vivenciando episódios semelhantes em todas as semanas com níveis variados de intensidade. A paciente fica preocupada com a possibilidade de estar à beira de um ataque de nervos e admite estar sempre pensando de forma exagerada sobre a sua respiração acelerada e frequência cardíaca.

Caso clínico #2

Um homem de 38 anos é atendido no pronto-socorro pela segunda vez em 4 semanas com dor torácica, taquicardia, dispneia, tontura e sudorese de início súbito. O paciente relata medo de estar tendo um ataque cardíaco e de “ficar louco”. O paciente deixou de dirigir seu carro e passou a evitar áreas com multidões por medo de induzir novos ataques. A história médica pregressa do paciente não apresenta nada digno de nota. As investigações cardiológicas realizadas em ambas as internações apresentaram resultados normais.

Outras apresentações

Os ataques de pânico também podem ocorrer na presença de condições clínicas que produzem sensações físicas desconfortáveis tais como diabetes, asma e hipertensão.[5] O tabagismo também pode ser comum entre as pessoas com história de ataques de pânico, além do risco elevado de uso indevido de substâncias e distúrbios por uso de substâncias, especialmente naqueles indivíduos com quadros mais graves de pânico.[6] Alguns pacientes podem apresentar dificuldades de tolerar

terapêuticas com medicamentos antidepressivos devido à atenção focada excessivamente nos seus efeitos adversos.

Abordagem

O diagnóstico de transtorno de pânico baseia-se na história informada pelo próprio paciente, em entrevista clínica e na observação de comportamento. Em geral, não são necessários achados objetivos sugeridos pelo exame físico e pelos exames laboratoriais durante a avaliação.

História/entrevista clínica

Há três características principais importantes no diagnóstico diferencial do transtorno de pânico:[1]

- Os ataques de pânico são recorrentes e ocorrem inesperadamente, ou seja, "surgem do nada" e atingem a intensidade máxima em alguns minutos.
- O foco de medo ou apreensão é sobre ter outro ataque de pânico e/ou as interpretações errôneas das consequências físicas e mentais das sensações de pânico como sendo perigosas.
- Pode haver comportamentos de evitação ou segurança desenvolvidos para minimizar a recorrência de episódios de pânico. Agorafobia também pode ser uma consequência comum.

Os ataques de pânico envolvem o início súbito de intensos sintomas físicos e cognitivos de ansiedade. Normalmente, um ataque de pânico alcançará o pico em minutos, e a pessoa costuma sentir necessidade de fazer algo com urgência (por exemplo, fugir para um lugar seguro).[4] As sensações de ansiedade podem ser uma manifestação comum na atenção primária. O surto de ansiedade sentido fisiologicamente em uma situação de perigo pode ser diferenciado do ataque de pânico pela ausência de sintomas cognitivos de "catastrofização".[4] Para se fazer um diagnóstico de transtorno de pânico, o indivíduo deve apresentar um ataque de pânico inesperado ao longo da vida que é acompanhado por 1 mês de preocupação com a recorrência do ataque ou suas consequências e/ou mudanças prejudiciais no comportamento em decorrência do ataque.[1]

Os ataques de pânico são recorrentes; observe que ataques de pânico não recorrentes são relativamente comuns na população em geral.[2] [3] A frequência dos ataques de pânico pode variar consideravelmente; alguns indivíduos se queixam de séries breves de diversos episódios de pânico durante um período curto, ataques de pânico semanais ou ataques periódicos no período de alguns meses. Independente da frequência, a pessoa continua preocupada ou ansiosa em relação à possibilidade de um novo ataque e suas consequências.[4]

Ainda que comuns em outros transtornos de ansiedade, como fobias específicas, transtorno da ansiedade social e transtorno do estresse pós-traumático, os ataques de pânico não constituem necessariamente um diagnóstico de transtorno de pânico. Em outros transtornos de ansiedade, os ataques de pânico são desencadeados pela antecipação ou exposição direta a situações de medo (e, portanto, pode-se considerar que são "esperados" em vez de "inesperados", como no transtorno de pânico). Preocupação persistente ou mudança de comportamento devido ao medo de novos ataques de pânico podem diferenciar o transtorno de pânico de ataques de pânico associados com outros transtornos de saúde mental.[4]

Até 70% dos pacientes relatam história de no mínimo 1 ataque de pânico noturno.[48] Os indivíduos podem apresentar sintomas que sugerem atividade elevada do sistema nervoso simpático (por exemplo, palpitações, pressão arterial sistólica elevada, hiperventilação, sudorese e rubor). Outros sintomas comuns incluem dor e desconforto torácicos, tontura e parestesia ou sensação de dormência nas mãos, pés e áreas faciais. Sintomas gastrointestinais como náuseas e vômitos são mais comuns em homens. Não são comuns episódios de desmaios reais. No entanto, o transtorno do pânico comórbido com

fobia de sangue, injeções ou lesões pode aumentar o risco de desmaio dada a diminuição aguda da frequência cardíaca e pressão arterial quando exposto a gatilhos de sangue-ferimentos.

A história médica tende a ser normal, embora uma história de asma e tabagismo na adolescência possa estar associada principalmente a um aumento do risco de transtorno de pânico.[5] [49] Vários quadros clínicos, como hipertireoidismo, hipoglicemia, hipotensão ortostática e, raramente, feocromocitoma, podem mimetizar sintomas de pânico. Avalie comorbidades clínicas, que são encontrados com frequência (por exemplo, distúrbios respiratórios, arritmias cardíacas, doença tireoidiana, dor crônica e câncer).[4] Avalie os medicamentos atuais e o uso de substâncias (por exemplo, bebidas alcoólicas, nicotina, estimulantes, benzodiazepínicos ou opiáceos), uma vez que os efeitos diretos, adversos e da abstinência dessas substâncias podem mimetizar sintomas de pânico.[4]

Fatores culturais precisam ser considerados ao avaliar ataques e transtorno de pânico.[50] Indivíduos brancos relatam sintomas predominantemente cardíaco e respiratório durante os episódios de pânico, enquanto refugiados cambojanos relatam sintomas focados na cabeça e pescoço e na área gastrointestinal.[8] [51] [52] [53] Pacientes de cor negra relatam, com frequência, sensações intensas de dormência nos membros, medo de morrer e pensamentos de "estarem enlouquecendo".[54] Pacientes espanhóis e indianos raramente se queixam de sintomas cognitivos, enquanto pacientes japoneses raramente se queixam de despersonalização.[55] [56] [57]

A utilização de serviços médicos pode ser elevada nos pacientes com uma história de pânico. Normalmente, os pacientes procuram ajuda de especialistas médicos ou pronto-socorros e podem ser encaminhados para investigações desnecessárias para descartar causas clínicas dos sintomas.[58]

Os profissionais de saúde devem avaliar a intensidade e a frequência dos ataques. Os níveis de sofrimento costumam ser altos, com comprometimento das medidas de qualidade de vida observadas em comparação com os controles saudáveis e aumento do risco de suicídio.[59] [60]

Comprometimentos funcionais nas áreas pessoal, social e ocupacional são comuns e intensificam-se, cada vez mais, com comportamentos relacionados a aumento de evitação e a segurança.[61]

Deve-se realizar um rastreamento rotineiro de outros transtornos de ansiedade, humor e relacionados com substâncias, devido a altos níveis de comorbidade e associação com desfechos mais desfavoráveis.[8] Na prática, devido ao alto potencial de diagnósticos coexistentes, geralmente há necessidade de avaliar e priorizar múltiplos transtornos de saúde mental.[12] O uso de uma abordagem de cronologia para o início dos transtornos pode ser útil e pode ajudar a estabelecer o transtorno primário e auxiliar no planejamento e priorização do tratamento.[62] A avaliação do risco de suicídio é importante.[4] [63]

A avaliação do pânico e dos prejuízos associados pode ser amplificada por meio de automonitoramento e de entrevistas de informantes-chaves com membros da família.

Observação de comportamento

Durante as entrevistas, os pacientes podem ficar visivelmente ansiosos e nervosos ao descreverem as suas sensações de pânico.

Os indivíduos com ataques de pânico recorrentes poderão lidar com a sua ansiedade adotando um comportamento de evitação, buscando segurança ou usando substâncias, principalmente a nicotina. Indivíduos também podem relatar a evitação de certas atividades, como exercícios, com base no medo de desencadear sensações de pânico.

O paciente dependerá ainda mais de sinais de segurança, como acompanhantes de confiança e uso de medicamentos, para enfrentar situações sociais. O foco da ansiedade é principalmente devido ao medo de sentir as sensações de pânico que ao medo de ser julgado negativamente pelos outros.

Exame físico

Tipicamente, não são detectados achados objetivos no exame físico de pacientes com ataques de pânico. Os resultados de avaliações cardiorrespiratórias estão tipicamente dentro dos limites normais. Alguns estudos demonstraram que cerca de 25% dos pacientes que apresentam palpitações sofrem de ataques de pânico recorrentes.[64] A dor torácica é comum nas populações clínicas, com dor torácica não anginosa associada com transtorno de pânico.[65] A variabilidade respiratória pode ser um potencial fator de risco do transtorno de pânico.[31]

Podem ocorrer sinais de atividade elevada do sistema nervoso simpático (tais como taquicardia, PA sistólica elevada, hiperventilação, sudorese e rubor) em ataques de pânico intensos. O tremor dos músculos ou dos membros pode contribuir para o medo de desequilíbrio.

Exames laboratoriais

Exames laboratoriais ou de imagem podem ser indicados para ajudar a descartar causas orgânicas que podem contribuir para o quadro clínico.

Quando há potencial de causa subjacente orgânica, um conjunto mínimo razoável de exames de sangue inclui:[4]

- testes da função tireoidiana
- Ureia e eletrólitos
- Hemograma completo
- Nível glicêmico.

Uma triagem toxicológica pode determinar se substâncias ilícitas estão contribuindo para o quadro clínico. É necessário fazer um eletrocardiograma (ECG) em todos os pacientes que apresentam dor torácica ou outros sintomas cardíacos (por exemplo, arritmias), para descartar causas cardíacas.[4]

Ferramentas de rastreamento

O rastreamento do pânico da Avaliação de Transtornos Mentais na Atenção Primária (PRIME-MD) contém 4 questões com respostas "sim ou não" para avaliar a presença de ataques de pânico nas 4 últimas semanas. É provável a presença de transtorno de pânico, se as respostas a todas as 4 perguntas forem positivas. O rastreamento do pânico também inclui 11 sintomas somáticos e cognitivos; a confirmação de, pelo menos, 4 deles indica provavelmente transtorno de pânico.[66]

A escala de gravidade do transtorno de pânico (EGTP) é uma medida de 7 itens que avalia a frequência, evitação, grau de sofrimento e comprometimento funcional dos ataques de pânico. Os itens são classificados em uma escala de 0 a 4, sendo os escores mais altos indicativos de maior gravidade de pânico. Naqueles pacientes com transtornos de pânico sem agorafobia, os escores de 0 a 1 são considerados normais; os de 2 a 5, limítrofes para doença; de 6 a 9, doença leve; de 10 a 13, doença moderada; de 14 a 16, doença acentuada; de 17 ou superior, doença grave.[67]

O GAD-7 é uma medida breve de autorrelato que avalia a gravidade da ansiedade na atenção primária. Um total de 7 itens é pontuado numa escala de 0 a 3, com uma pontuação de corte de ≥ 10 para indicar

um provável transtorno de ansiedade.[10] [68] Embora criado para medir a ansiedade generalizada, o GAD-7 é sensível para detecção de sintomas relacionados ao pânico.

História e exame físico

Principais fatores diagnósticos

presença de fatores de risco (comuns)

- Idade entre 20 e 30 anos, sexo feminino, etnia branca, história familiar positiva, outros fatores psicológicos, importantes estressores vitais ou história recente de trauma, asma e transtornos comórbidos.

início inesperado (comuns)

- Breve período de sintomas físicos e psicológicos intensos ocorridos de forma inesperada.
- Até 70% dos pacientes relatam ao menos 1 ataque de pânico noturno.

apreensão e preocupação (comuns)

- Preocupação excessiva com o perigo de sintomas somáticos (por exemplo, medo de apresentar ataque cardíaco ou de morrer) e psicológicos (por exemplo, medo de perder o controle).
- Preocupação com a recorrência dos ataques.

comportamento de evitação (comuns)

- Evitar situações externas (por exemplo, multidões) e sensações internas (por exemplo, exercícios), devido ao medo de provocar ataques de pânico.

taquicardia (comuns)

- Elevação da frequência cardíaca em decorrência de exposição (real ou antecipada) a estímulos fóbicos.
- É o sintoma do pânico relatado com maior frequência.

resultado positivo para rastreamento do pânico da Avaliação de Transtornos Mentais na Atenção Primária (PRIME-MD) (comuns)

- O rastreamento do pânico da Avaliação de Transtornos Mentais na Atenção Primária (PRIME-MD) contém 4 questões com respostas "sim ou não" para avaliar a presença de ataques de pânico nas 4 últimas semanas. É provável a presença de transtorno de pânico, se as respostas a todas as 4 perguntas forem positivas. O rastreamento do pânico também inclui 11 sintomas somáticos e cognitivos; a confirmação de, pelo menos, 4 deles indica provavelmente transtorno de pânico.[66]

escala de gravidade do transtorno de pânico (EGTP) (comuns)

- Uma medida de 7 itens que avalia a frequência, evitação, grau de sofrimento e comprometimento funcional dos ataques de pânico. Os itens são classificados em uma escala de 0 a 4, sendo os escores mais altos indicativos de maior gravidade de pânico. Naqueles pacientes com transtornos de pânico sem agorafobia, os escores de 0 a 1 são considerados normais; os de 2 a 5, limítrofes para doença; de 6 a 9, doença leve; de 10 a 13, doença moderada; de 14 a 16, doença acentuada; de 17 ou superior, doença grave.[67]

pontuação de corte do GAD-7 ≥ 10 (comuns)

- O GAD-7 é uma medida breve de autorrelato que avalia a gravidade da ansiedade na atenção primária. Um total de 7 itens é pontuado numa escala de 0 a 3, com uma pontuação de corte de ≥ 10 para indicar um provável transtorno de ansiedade.[10] [68] Embora criado para medir a ansiedade generalizada, o GAD-7 é sensível para detecção de sintomas relacionados ao pânico.

Outros fatores diagnósticos**palpitações, dor e desconforto torácicos (comuns)**

- Podem apresentar-se com dor torácica atípica e frequência cardíaca acelerada.
- A investigação cardiológica não apresenta nada digno de nota.

náuseas e dor abdominal (comuns)

- Os sintomas gastrointestinais são relatados, com maior frequência, em homens.

tontura (comuns)

- O paciente pode sentir tontura, vertigem, desequilíbrio e sensação de desmaio.

anormalidades das percepções (comuns)

- Sentimentos de desrealização (isto é, sentir-se desconectado do mundo ao redor) e de despersonalização (isto é, sentir-se desconectado de si mesmo).

sintomas respiratórios (comuns)

- Hiperventilação, dispneia, sensação de sufocamento e asfixia.

dependência de pistas indicativas de segurança (comuns)

- Aventurar-se com companhias de confiança, segurar objetos que estabilizam o paciente, carregar sempre o celular, ter medicação de resgate prontamente disponível ou usar medicamentos ao participar de situações sociais.

parestesias (comuns)

- Sensação de dormência ou formigamento nos membros.
- Tipicamente, é mais comum com sensações de pânico mais intensas.

tremor muscular (comuns)

- Tremor muscular ou dos membros.
- Pode contribuir para o medo de desequilíbrio.

sudorese (incomuns)

- Pode ser localizada (palmas das mãos) ou difusa.

desmaios (incomuns)

- É comum ter medo de desmaiar durante ataques de pânico.
- Não são comuns episódios de desmaios reais.

calafrios ou fogachos (incomuns)

- O paciente pode se queixar de calafrios e fogachos independentes ou concomitantes.

Fatores de risco

Fortes

história em parentes de primeiro grau

- A hereditariedade familiar em parentes de primeiro grau que sofrem de transtorno de pânico eleva o risco em cinco vezes.
- A genética compartilhada é responsável por 30% a 50% da hereditariedade entre gêmeos.[22] [24]
- É provável que vários genes contribuam para a vulnerabilidade ao pânico.[24] [25]

idade 18 a 39 anos

- Os ataques de pânico se desenvolvem mais provavelmente por volta dos 20, com as maiores taxas entre 30 e 39 anos de idade, podendo ser precedidos de eventos vitais negativos importantes.[2] [29]

sexo feminino

- A frequência em mulheres é aproximadamente de 2 a 3 vezes maior que nos homens.[7] [8]

etnia branca e índios norte-americanos

- Em relação a pessoas de cor branca, há maior risco em populações indígenas norte-americanas e menor entre os asiáticos, hispânicos e negros.[7] [8]

eventos vitais importantes

- Cerca de 80% dos pacientes descrevem a ocorrência de eventos vitais negativos importante antes do início do pânico.[29]
- Uma história de trauma é comum, principalmente nas mulheres.[30]

transtornos comórbidos

- Altamente comórbido com outros transtornos de ansiedade, de humor e de uso de substâncias.[8] [16] [15] Comorbidade com depressão pode significar um ciclo da doença mais grave e prolongado, com ataques de pânico associados de maneira independente ao aumento do risco de pensamentos suicidas e tentativas de suicídio.[20] [21]

fatores psicológicos

- A sensibilidade à ansiedade pode predispor os indivíduos a monitorarem exageradamente o seu funcionamento somático e interpretar erroneamente e catastroficamente as suas sensações físicas como perigosas.[32]
- A fuga aprendida e os comportamentos evitativos e de segurança colaboram para o aumento da ansiedade antecipada e do comprometimento funcional.[34]
- Fatores de temperamento precoces, como inibição comportamental, e transtornos de ansiedade na infância estão associados a um maior risco de pânico na idade adulta.[35] [36]

asma e variabilidade respiratória

- A gravidade da asma pode associar-se a um risco adicional de transtorno de pânico.[5] A variabilidade respiratória, ainda, pode aumentar o risco do início tardio do transtorno de pânico.[31]

tabagismo

- O uso e a dependência da nicotina são desproporcionalmente altos entre pacientes com transtorno de pânico e podem estar relacionados temporalmente a um risco elevado de desenvolver transtorno de pânico.[6]

consumo de cafeína

- O consumo de cafeína está associado positivamente ao aumento de sintomas de ansiedade e ao risco de induzir ataques de pânico em pacientes com transtorno de pânico.[46]

Investigações

Primeiro exame a ser solicitado

Exame	Resultado
avaliação clínica <ul style="list-style-type: none"> • Exames laboratoriais ou estudos de imagem não são indicados, geralmente, na avaliação do transtorno de pânico. 	a autoavaliação, a entrevista clínica e a observação do comportamento são suficientes para estabelecer o diagnóstico; o diagnóstico atende aos critérios clínicos de transtorno de pânico (por exemplo, DSM-5-TR)

Outros exames a serem considerados

Exame	Resultado
eletrocardiograma (ECG) <ul style="list-style-type: none"> • É necessário em todos os pacientes que apresentam dor torácica ou outros sintomas cardíacos (por exemplo, arritmia), para descartar causas cardíacas. 	normal
glicose sanguínea <ul style="list-style-type: none"> • Para descartar a hipoglicemia como fator que contribui para o quadro clínico. 	normal; baixa em hipoglicemia
testes da função tireoidiana <ul style="list-style-type: none"> • Para descartar o hipertireoidismo como fator que contribui para o quadro clínico. 	normal; T4 elevado, hormônio estimulante da tireoide reduzido no hipertireoidismo
perfil metabólico <ul style="list-style-type: none"> • Para investigar uma potencial causa subjacente orgânica, um conjunto básico razoável inclui hemograma completo, ureia e eletrólitos. 	normal
análise toxicológica <ul style="list-style-type: none"> • Para determinar se substâncias ilícitas estão contribuindo para o quadro clínico. 	negativa; positiva com o uso de substâncias ilícitas

Diagnósticos diferenciais

Condição	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Agorafobia	<ul style="list-style-type: none"> • Evitação de, pelo menos, 2 situações com base no medo de que a fuga possa ser difícil. • Pode sofrer sensações de pânico, mas essas sensações são esperadas, e não inesperadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica estruturada.
Fobias específicas	<ul style="list-style-type: none"> • Medo excessivo ou irreal de objetos ou situações específicas. Identifique os fatores desencadeantes dos ataques de pânico; as sensações de pânico são ativadas pela exposição real ou antecipada a estímulos fóbicos, em vez de maneira inesperada. Pode haver ausência de preocupação persistente ou mudança de comportamento devido ao medo de um novo ataque de pânico, diferentemente do transtorno de pânico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica estruturada.
Transtorno da ansiedade social	<ul style="list-style-type: none"> • O foco do medo envolve preocupações em passar vergonha ou ser julgado negativamente pelos outros. Identifique os fatores desencadeantes dos ataques de pânico; as sensações de pânico são ativadas pela exposição real e antecipada a situações sociais e avaliativas, em vez de maneira inesperada. Pode haver ausência de preocupação persistente ou mudança de comportamento devido ao medo de um novo ataque de pânico, diferentemente do transtorno de pânico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica estruturada.
Transtorno de ansiedade de doença	<ul style="list-style-type: none"> • No transtorno de ansiedade de doença, os pacientes se preocupam em excesso com os sintomas somáticos e focam em seu corpo. Pode haver ausência de 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica estruturada.

Condição	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
	hiperatividade autonômica. É provável que os medos sejam relativos a algo mais distante (por exemplo, câncer), em comparação com o transtorno de pânico, em que os medos geralmente são imediatos (por exemplo, ataque cardíaco).	
Transtorno do estresse pós-traumático	<ul style="list-style-type: none"> • Inicia-se após um fator estressor com potencial risco de vida. Outros sintomas diferenciais incluem anestesia emocional e nova revivência do trauma. • Identifique os fatores desencadeantes dos ataques de pânico; as sensações de pânico são ativadas pela exposição real e antecipada a estímulos que lembram o trauma, em vez de maneira inesperada. Pode haver ausência de preocupação persistente ou mudança de comportamento devido ao medo de um novo ataque de pânico, diferentemente do transtorno de pânico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica estruturada.
Transtorno de ansiedade de separação	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas precipitados pela separação percebida ou real de membros da família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica estruturada.
Transtorno de ansiedade induzido por substâncias	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas causados por efeitos fisiológicos diretos do uso de substâncias ou como resultado da sua abstinência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica estruturada e análise toxicológica.

Critérios

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: 5ª edição, revisão de texto (DSM-5-TR)[1]

O diagnóstico de transtorno de pânico é feito com base na experiência de ataques de pânico recorrentes e inesperados. Pelo menos um desses ataques foi acompanhado de um período de 1 mês no qual o indivíduo se preocupa com a possibilidade de sofrer ataques adicionais ou suas consequências (por exemplo, ataque cardíaco), e/ou o indivíduo mudou seu comportamento de maneira mal-adaptativa (por exemplo, evitação de

situações que podem causar sensações de pânico). O paciente pode sofrer ataques de pânico esperados e inesperados, com frequência e intensidade variáveis.

Ataques de pânico são caracterizados pelo início abrupto de medo intenso ou desconforto físico que atinge intensidade máxima em poucos minutos, com a presença de pelo menos 4 dos seguintes 13 sintomas:

- Palpitações, frequência cardíaca acelerada
- Sudorese
- Tremor
- Sensação de dispneia ou sufocamento
- Sensação de asfixia
- Dor torácica ou desconforto
- Náuseas ou desconforto abdominal
- Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio
- Sensação de calafrios ou calor
- Parestesia (sensação de dormência ou formigamento)
- Desrealização (sensação de irrealidade) ou despersonalização (sentir-se desconectado de si mesmo)
- Medo de perder o controle ou de "enlouquecer"
- Medo de morrer.

Para atender aos critérios de diagnóstico para transtorno de pânico, os sintomas não devem ser atribuídos a efeitos relacionados a substâncias (por exemplo, uso indevido de substâncias ou medicamento), outras doenças (por exemplo, hipertireoidismo, distúrbios cardiopulmonares) ou outros transtornos psiquiátricos (por exemplo, transtorno da ansiedade social, fobias específicas, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade de separação ou doença).

Ataques de pânico não são uma condição codificada de forma independente, mas podem ser listados como especificadores para qualquer outro transtorno do DSM-5-TR e são especialmente comuns em pacientes com transtornos relacionados a ansiedade, humor e substâncias.

No DSM-5-TR, a agorafobia é considerada um transtorno à parte, geralmente comórbido, mas independente do transtorno de pânico. A agorafobia é caracterizada por medo acentuado ou ansiedade em 2 ou mais situações e medo associado ou evitação dessas situações devido a pensamentos de que a fuga pode ser difícil ou de que auxílio pode não estar disponível no caso de desenvolvimento de sintomas similares a pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores.

Rastreamento

As diretrizes de rastreamento para o transtorno de pânico variam de acordo com o país. A Preventive Services Task Force (USPSTF) dos EUA recomenda o rastreamento dos transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes de 8 a 18 anos e em adultos entre 19 e 64 anos, inclusive gestantes e mulheres em período pós-parto. A USPSTF concluiu que as evidências atuais são insuficientes para avaliar o equilíbrio entre benefícios e malefícios do rastreamento para transtornos de ansiedade em crianças com 7 anos ou menos e em idosos acima de 65 anos.^[69] ^[70] A Women's Preventive Services Initiative (WPSI) dos EUA recomenda o rastreamento na atenção primária para ansiedade em mulheres e meninas adolescentes com ≥ 13 anos, inclusive gestantes e mulheres em período pós-parto. A WPSI declara que os intervalos ideais de rastreamento são desconhecidos, e o julgamento clínico deve ser usado para determinar a frequência.^[71]

Por outro lado, o National Institute for Health and Care Excellence (NICE) do Reino Unido não oferece orientações específicas sobre o rastreamento da ansiedade. O NICE declara que não há evidências suficientes para recomendar um instrumento de rastreamento bem validado de autorrelato para o transtorno

de pânico, e recomenda que se confie nas habilidades de anamnese para se obterem todas as informações necessárias.[62]

O rastreamento do pânico da Avaliação de Transtornos Mentais na Atenção Primária (PRIME-MD) contém 4 questões com respostas "sim ou não" para avaliar a presença de ataques de pânico nas 4 últimas semanas. É provável a presença de transtorno de pânico, se as respostas a todas as 4 perguntas forem positivas. O rastreamento do pânico também inclui 11 sintomas somáticos e cognitivos; a confirmação de, pelo menos, 4 deles indica provavelmente transtorno de pânico.[66]

A escala de gravidade do transtorno de pânico (EGTP) é uma medida de 7 itens que avalia a frequência, evitação, grau de sofrimento e comprometimento funcional dos ataques de pânico. Os itens são classificados em uma escala de 0 a 4, sendo os escores mais altos indicativos de maior gravidade de pânico. Naqueles pacientes com transtornos de pânico sem agorafobia, os escores de 0 a 1 são considerados normais; os de 2 a 5, limítrofes para doença; de 6 a 9, doença leve; de 10 a 13, doença moderada; de 14 a 16, doença acentuada; de 17 ou superior, doença grave.[67]

O GAD-7 é uma medida breve de autorrelato que avalia a gravidade da ansiedade na atenção primária. Um total de 7 itens é pontuado numa escala de 0 a 3, com uma pontuação de corte de ≥ 10 para indicar um provável transtorno de ansiedade.[10] [68] Embora criado para medir a ansiedade generalizada, o GAD-7 é sensível para detecção de sintomas relacionados ao pânico.

Abordagem

Ataques de pânico são comuns em diversos transtornos relacionados a ansiedade, humor e substâncias, sem necessidade de tratamento específico. O transtorno de pânico se apresenta com frequência em centros de atenção primária e pode estar associado a alta utilização de serviços e custos elevados, se não for diagnosticado ou tratado de forma adequada.[11] [72] O objetivo principal do tratamento é reduzir a intensidade, a frequência e a duração dos episódios de pânico, bem como reduzir o comportamento de evitação, limitar a dependência excessiva de segurança e melhorar a capacidade funcional.

Considerações gerais

Devido a limitações da atual base de evidências, não é possível afirmar se as terapias psicológicas ou intervenções farmacológicas são mais eficazes para o transtorno de pânico em geral.[73] Ao construir uma abordagem de tratamento, considere os potenciais efeitos adversos, a história de tratamento anterior, as preferências do paciente, os transtornos comórbidos e a disponibilidade de tratamento.

As opções de tratamento para transtorno de pânico incluem:[4]

- Terapia cognitivo-comportamental (TCC)
- Medicação
- A combinação de TCC e medicação.

As diretrizes de tratamento variam internacionalmente e devem ser individualizados para o paciente, mas como um guia geral, para aqueles com transtorno de pânico leve, considere oferecer autoajuda ou TCC inicialmente. Para pacientes com transtorno de pânico de gravidade moderada, considere oferecer TCC, medicamento (ou seja, um inibidor seletivo de recaptção de serotonina [ISRS] ou um inibidor de recaptção de serotonina-noradrenalina [IRSN]), ou uma combinação de TCC e medicamento. Para aqueles com transtorno de pânico grave, considere oferecer TCC e ISRS/ISRN desde o início.[4] Observe que, em algumas áreas, como o Reino Unido, um modelo de cuidados em etapas é recomendado; o tratamento psicológico é recomendado como primeira linha pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE) para pacientes com transtorno de pânico, independente da gravidade (a menos que o transtorno seja de longa duração ou o paciente não tenha sido beneficiado ou tenha recusado o tratamento psicológico).[62]

Pode ser necessário encaminhar a um psiquiatra, para oferecer opções adicionais de farmacoterapia, bem como a um profissional da saúde mental especializado no tratamento cognitivo-comportamental de transtornos de pânico, caso o paciente não responda adequadamente ao tratamento inicial na atenção primária.[62] As estratégias de tratamento também podem incluir os membros familiares para ajudar a maximizar a adesão do paciente às intervenções recomendadas.[62] Monitore rotineiramente o estado funcional e o comportamento de evitação em longo prazo para evitar a recidiva.[4]

O cuidado colaborativo, envolvendo a integração da terapia cognitivo-comportamental (TCC) baseada em evidências e a farmacoterapia no contexto da atenção primária, é uma abordagem eficaz no tratamento de transtornos de ansiedade. Um ensaio clínico multicêntrico, randomizado, controlado e de larga escala denominado Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM) demonstrou que intervenções baseadas em evidências (como a TCC e/ou a farmacoterapia) reduzem de forma significativa os sintomas de ansiedade e comprometimento funcional, além de melhorar a qualidade do atendimento, em pacientes com transtornos de ansiedade na atenção primária.[74] [75] Demonstrou-se que o CALM é superior ao tratamento usual nos transtornos de pânico em intervalos de acompanhamento de 6 e 12 meses.[76] Da mesma forma, os estudos de modelos de cuidados colaborativos que usaram a

coordenação de cuidados baseados no telefone e a TCC computadorizada com opções de cuidados escalonados foram considerados superiores aos cuidados habituais.[77] [78]

Psicoeducação e orientação de estilo de vida

Ofereça psicoeducação assim que o diagnóstico for feito.[12] A parte mais importante da abordagem de tratamento é a informação e educação sobre a natureza do pânico e ansiedade.[62] Em especial, o pânico é uma reação compreensível a perigos percebidos (a reação de lutar ou fugir). Os ataques de pânico, embora desconfortáveis, não são perigosos. O medo surge de interpretações errôneas de sensações corporais normais. Desenhar um diagrama simples junto com o paciente – conectando os sintomas, a interpretação, a ansiedade com setas em um "círculo vicioso" – pode ser útil. É importante que o paciente perceba que a primeira meta do tratamento não é aplacar toda a ansiedade, mas conseguir controlá-la. Algumas tentativas do paciente de lidar com o problema (por exemplo, evitação ou busca por segurança) são compreensíveis, mas acabam inadvertidamente mantendo o problema.

A orientação sobre fatores de estilo de vida inclui:[4]

- Sono de qualidade
- Exercícios regulares
- Consumo reduzido de cafeína, tabaco e bebidas alcoólicas
- Dieta saudável
- Envolver-se em atividades significativas e apoio social saudável.

Para alguns pacientes, por exemplo, aqueles com transtorno de pânico leve sem comorbidades, uma abordagem de vigilância ativa após a psicoeducação e orientações de estilo de vida pode ser adequada, seguida por tratamentos específicos, caso necessário.[4]

Ataques de pânico sem transtorno de pânico

Se os pacientes apresentarem um ataque de pânico agudo, forneça tranquilização de que os sintomas não são perigosos e de que o ataque cederá em breve. Os pacientes, geralmente, hiperventilam durante o ataque porém, subjetivamente, vivenciam isso como dispneia. É necessário explicar isto ao paciente, enfatizando-se que ele deve respirar devagar. É útil usar uma sala silenciosa e contar com a ajuda de uma pessoa de confiança do paciente. No contexto de pronto-socorro, os benzodiazepínicos podem, às vezes, ser considerados como o fim de um ataque agudo, por exemplo se a agitação ou ansiedade do paciente for particularmente grave.[4]

Explique aos pacientes com novos episódios de ataque de pânico que estes ataques são comuns e afetam até um terço dos indivíduos ao longo de sua vida.[2] [3] Embora esses ataques sejam desconfortáveis, não são perigosos e são temporalmente limitados.

Nenhum tratamento específico é indicado para apresentações que não atendem aos critérios estabelecidos para transtorno de pânico, por exemplo, DSM-5-TR. Apesar de seu uso inerente no tratamento de sintomas relacionados ao pânico, estudos controlados com placebo não encontraram evidência da efetividade do propranolol.[79] Materiais de autoajuda fundamentados nos princípios da TCC são benéficos. A disponibilização de materiais escritos para uso independente ou em conjunto com contatos telefônicos breves pode ajudar a reduzir sintomas relacionados com o pânico.[80] [81] A biblioterapia pode ser especialmente útil, se for acompanhada de um monitoramento profissional da resposta ao tratamento.[82] [83] Intervenções de autoajuda têm efeitos significativos, embora o tratamento administrado pelo terapeuta pareça ser superior aos resultados da autoajuda.[84] As vantagens das intervenções de autoajuda incluem custo, disponibilidade, facilidade de administração e

praticidade. As desvantagens incluem a abordagem terapêutica genérica, a falta de responsabilidade e as potenciais dificuldades de entender e implementar devidamente os princípios do tratamento.

Ataques de pânico são comuns a outros transtornos de ansiedade, humor e de uso de substâncias; portanto, recomenda-se um rastreamento adicional para essas condições.

Incentive os pacientes a monitorarem a intensidade, a frequência e a duração dos ataques, bem como se estes episódios são esperados ou inesperados. Marque uma avaliação de acompanhamento ou uma ligação telefônica de checagem em até 2 semanas para reavaliar os sintomas do paciente. Veja abaixo o tratamento recomendado para pacientes que atendem aos critérios do DSM-5-TR para transtorno de pânico.

Transtorno de pânico sem comorbidade

As evidências apoiam a autoajuda, a TCC e ISRSs/IRSNs como opções de primeira linha igualmente válidas de acordo com a gravidade dos sintomas do paciente e de sua preferência individual.[4] [62] [85] A TCC pode ser usada isoladamente, sem farmacoterapia, ou como adjuvante, combinada com qualquer tipo de farmacoterapia.[86]

Antidepressivos tricíclicos (ADTs) (por exemplo, imipramina ou clomipramina) são considerados opções de segunda linha. Benzodiazepínicos podem ser usados quando indicados especificamente para crises de ansiedade de curta duração, ou como adjuvantes para potencializar ISRSs, IRSNs e ADTs no tratamento de pacientes com transtorno de pânico resistente ao tratamento, ou no início da terapia com antidepressivos para prevenir o agravamento dos sintomas em decorrência dos efeitos colaterais dos antidepressivos.[63] Uma resposta inadequada ao tratamento inicial deve demandar a reavaliação imediata do diagnóstico ou indicar comorbidade com outros transtornos de ansiedade, humor ou relacionados ao uso de substâncias.

Terapia cognitivo-comportamental (TCC):

- A TCC é uma abordagem limitada no tempo, fundamentada em capacidades e desenhada para modificar pensamentos, comportamentos e contingências ambientais que mantêm ou exacerbam os sintomas e os prejuízos, representando um tratamento efetivo de primeira linha.[87] [88] [89] [90] [Evidence C] Pode ser feita de maneira presencial (individual ou em grupo) ou como TCC digital (TCCd) acessada por computador, tablet ou aplicativo de smartphone. As evidências a favor da TCCd estão aumentando, e ela parece ser igualmente benéfica, em comparação com a TCC presencial, para o manejo do transtorno de pânico, com reduções similares nos sintomas e melhora na qualidade de vida.[78] [91] [92] [93] [94] [95] [96] [97] Portanto, a TCCd pode ser considerada uma opção de primeira linha igual à TCC presencial.[4]
- As sessões de tratamento podem continuar por 12 a 14 consultas, embora 6 a 7 sessões também mostrem eficácia.[98] Recomenda-se o encaminhamento a um profissional de saúde mental especializado em TCC. O médico e o profissional de saúde mental devem manter uma rotina de colaboração. Evidências também sugerem efeitos benéficos do cuidado colaborativo em ambientes de atenção primária, incluindo o uso de programas computadorizados de TCC e de coordenação de cuidados.[74] [77] [78] [99]
- O objetivo da terapia cognitivo-comportamental para pânico é permitir que a pessoa sinta os sintomas de pânico sem sentir-se assustada, além de eliminar a dependência da evitação e busca por segurança a fim de aprender que nada de perigoso vai acontecer com ela durante um ataque de pânico. Aumentar temporariamente a ansiedade por meio de enfrentamento de sensações e

situações de medo de forma previsível e controlada em geral pode ser necessário para aprender a se autocontrolar e superar o pânico.

- A TCC para transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento de relaxamento (incluindo retreinamento respiratório), enfrentamento de pensamentos negativos, treinamento com exposição a situações aversivas e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis. Essa última envolve exposição a gatilhos de sensações corporais internas (como 'experimentos comportamentais') e externos (caso o paciente também tenha agorafobia). A exposição gradual, repetitiva e controlada a sensações físicas relevantes e desconfortáveis (por exemplo, tonturas, hiperventilação e taquicardia) pode, com o tempo, diminuir as crenças temidas e aumentar a tolerância a essas situações. Por exemplo, o indivíduo e o terapeuta podem hiperventilar juntos para demonstrar que isso não causa perda da consciência, ou podem concordar em se exercitar em uma sala abafada a fim de provar que taquicardia não causa ataque cardíaco. A exposição graduada externa envolve o aumento gradual da tolerância do paciente a situações anteriormente evitadas (por exemplo, multidões, lojas, filas, transporte público) sem depender de sinais de segurança (por exemplo, cônjuge, medicação). Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais. Embora se deva evitar certas atividades (tais como fazer exercícios ou tomar café) durante os estágios iniciais da terapia de exposição, pois podem provocar sensações físicas semelhantes àquelas vivenciadas durante os episódios de pânico, elas podem ser incorporadas à hierarquia da exposição em estágios posteriores do tratamento.
- Ciclos de TCCd podem ser integrados à terapia presencial e podem ser supervisionados por um médico ou concluídos em forma de autoajuda. A TCCd guiada geralmente é mais eficaz que a TCCd não guiada; isso envolve ajuda e contato regulares para completar o ciclo, embora isso não precise, necessariamente ser feito por um médico.[4]
- Materiais de autoajuda fundamentados nos princípios da TCC são benéficos. A biblioterapia tanto independente ou combinada com contatos telefônicos breves pode ajudar a reduzir sintomas relacionados com o pânico.[80] [81] Intervenções de autoajuda têm efeitos significativos, embora o tratamento administrado pelo terapeuta pareça ser superior aos resultados da autoajuda.[84] A exposição assistida pelo terapeuta tende a obter reduções maiores da esQUIVA agorafóbica e gravidade do pânico nos pacientes, em comparação com aqueles que realizam autoexposição sem assistência de um terapeuta.[100] A biblioterapia pode ser especialmente útil, se for acompanhada de um monitoramento profissional da resposta ao tratamento.[82] As vantagens das intervenções de autoajuda incluem custo, disponibilidade, facilidade de administração e praticidade. As desvantagens incluem a abordagem terapêutica genérica, a falta de responsabilidade e as potenciais dificuldades de entender e implementar devidamente os princípios do tratamento.
- A TCC adjuvante à farmacoterapia pode aumentar a adesão ao medicamento, melhorar a taxa de resposta e reduzir a quantidade de medicamento necessária para controlar os sintomas.[88] [99] [101] [102] [103] [104] [105] [106] Em especial, os pacientes que tenham descontinuado o uso de benzodiazepínicos podem beneficiar-se da TCC adjuvante.[107] [108]

ISRSs/IRSNs:

- Farmacoterapia de primeira linha para o tratamento do transtorno de pânico.[11] [25] [109] [110] [111] [112] [113] [114] [115]
- Também são efetivos para o manejo de diversos outros sintomas, como transtornos do sono e outros transtornos de ansiedade e humor que ocorrem concomitantemente.[116]

- Paroxetina, sertralina, fluoxetina, fluvoxamina, citalopram, escitalopram, e venlafaxina demonstraram eficácia, apresentando início de eficácia tardio (2 a 12 semanas).[110] [117] [118] [119] [120] [121] [122] [123]
- A escolha do antidepressivo depende da disponibilidade, dos efeitos adversos, risco de sintomas de abstinência (por exemplo, tontura, irritabilidade, náuseas ou ansiedade rebote) e facilidade de titulação. A paroxetina e a venlafaxina apresentam um risco maior de desenvolver sintomas de abstinência que a fluoxetina.
- Os pacientes com transtornos de ansiedade podem ser mais suscetíveis aos efeitos adversos do medicamento; portanto, recomenda-se iniciar com a dose mais baixa e aumentar a dose com precaução ("comece devagar, avance devagar").[12]

Benzodiazepínicos:

- Existem evidências de baixa qualidade sugerindo que os benzodiazepínicos são superiores ao placebo no manejo em curto prazo do transtorno do pânico; faltam dados sobre a eficácia em longo prazo e os riscos do tratamento, o que fornece uma orientação limitada para a prática clínica.[124] Alguns médicos consideram os benzodiazepínicos como parte útil do arsenal para o tratamento para uma subseção de pacientes com tratamentos de ansiedade.[125] [126] No entanto, seu uso na prática clínica é frequentemente limitado devido à preocupação com seus efeitos adversos associados (por exemplo, comprometimento cognitivo, quedas e sedação), tolerância, dependência e potencial para uso indevido.[4]
- Os benzodiazepínicos às vezes são usados para uma crise de ansiedade de curto prazo ou como adjuvantes para potencializar ISRSs, IRSNs e ADTs no tratamento dos casos de transtorno de pânico resistentes, ou no início da terapia com antidepressivos para prevenir uma piora dos sintomas em decorrência de efeitos colaterais dos antidepressivos.[63] Eles são recomendados apenas para uso em curto prazo (por exemplo, 2 a 4 semanas).[127]
- As diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido não recomendam o uso de benzodiazepínicos para pacientes com transtorno do pânico, afirmando que eles estão associados a desfechos menos positivos no longo prazo.[62] No entanto, outras diretrizes de prática internacional recomendam que o uso cauteloso de benzodiazepínicos em curto prazo pode ser considerado uma opção alternativa para pacientes selecionados com transtorno de pânico, por exemplo, para pacientes cujos sintomas não tenham respondido a outros tratamentos ou para o controle de agitação ou ansiedade grave durante o início de um ISRS.[4] [63]
- Todos os benzodiazepínicos estão associados a uma potencial tolerância, dependência e a uso indevido. Agentes de curta duração podem necessitar de consideração especial dos riscos, sem benefícios adicionais demonstrados.[128] [129] Em caso de indicação de benzodiazepínicos, podem-se preferir agentes programados e de ação mais prolongada, para que o uso do medicamento dependa mais do tempo que da resposta/episódios de pânico. O uso "conforme necessário" de benzodiazepínicos de ação curta pode resultar no desenvolvimento de dependência psicológica pelo paciente desses medicamentos, o que pode diminuir a capacidade de um indivíduo em desenvolver um locus interno de controle sobre esses sintomas e, portanto, se necessários, os benzodiazepínicos devem ser administrados regularmente e não "conforme necessário".
- Evite prescrever benzodiazepínicos para os pacientes com história prévia ou vigente de uso indevido de substâncias.[4]
- Eles apresentam um rápido início de ação e são geralmente bem tolerados. Pode ocorrer dependência fisiológica mesmo em curtos períodos, como de 2 a 4 semanas. A descontinuidade abrupta ou esquemas acelerados de redução podem aumentar o risco de sintomas de abstinência

(por exemplo, tontura, irritação, náuseas, sudorese, tremores, ansiedade causada por efeito rebote e convulsões). Agentes de ação mais longa (por exemplo, clonazepam) podem ser preferíveis para minimizar a ansiedade rebote entre as doses.

- O tratamento com benzodiazepínicos em longo prazo deve ser raro, supervisionado, feito com cautela e baseado na consideração cuidadosa dos riscos e benefícios previstos dos benzodiazepínicos para o paciente individual; a opinião de um especialista (por exemplo, de um psiquiatra ou especialista em dependência) é aconselhável. Deve-se oferecer regularmente aos pacientes em uso de benzodiazepínicos por longos prazos a oportunidade de interromperem gradualmente esse uso; recomenda-se o tratamento com a menor dose que for efetiva.[127] [130]
- Pacientes em uso de doses diárias médias mais altas (geralmente acima das diretrizes recomendadas) apresentam maior probabilidade de uso indevido de substâncias, diagnósticos comórbidos e prescrições concomitantes com medicamentos psicoativos, que sugerem um manejo mais complexo.[131] [132]

Antidepressivos tricíclicos (ADTs):

- Os ADTs são indicados em pacientes com falha terapêutica com pelo menos um ou mais ISRS ou em pacientes com dor neuropática. Pacientes com transtorno de pânico com alta probabilidade de se queixarem de dor também podem beneficiar-se do tratamento com ADT.[133]
- Tanto a imipramina como a clomipramina têm eficácia demonstrada.[88] [134] No entanto, são menos favoráveis em termos de efeitos adversos, podendo não ser tão bem tolerados quanto os ISRSs e IRSNs.[116]
- Para que o indivíduo desenvolva um locus interno de controle desses sintomas, se necessário, os benzodiazepínicos devem ser dosados regularmente e não "conforme a necessidade".

Transtorno de pânico com comorbidades

Transtornos depressivos e de ansiedade podem anteceder, coexistir ou suceder o início do transtorno de pânico. Indica-se o encaminhamento a psiquiatra de pacientes com ansiedade e depressão graves.

Depressão comórbida:

- Inicialmente, os pacientes são tratados com TCC ou ISRS/IRSN; caso não respondam a pelo menos um ISRS/IRSN ou à TCC, os pacientes são tratados com ADTs. Os benzodiazepínicos são relativamente contraindicados em indivíduos com depressão comórbida.[116]
- Às vezes, os benzodiazepínicos são considerados relativamente contraindicados para indivíduos com depressão comórbida. No entanto, há evidências de qualidade moderada de que a adição de um benzodiazepínico a um esquema antidepressivo pode ser útil para melhorar a gravidade da depressão, a resposta ao tratamento e a remissão durante a fase inicial do tratamento. Esses benefícios não são observados durante as fases aguda e contínua.[135]
- As diretrizes do estudo da STAR*D da depressão comórbida resistente ao tratamento recomendam uma farmacoterapia dupla em pacientes que não respondem ao tratamento, caso demonstrem uma resposta parcial (25% de melhora dos sintomas) com dose máxima de 1 antidepressivo.[136] Pode-se considerar o uso de uma combinação de 2 medicamentos de grupos com mecanismos de ação diferentes. Estes grupos são os ISRSs (paroxetina, sertralina, fluoxetina, fluvoxamina, citalopram e escitalopram), os IRSNs (venlafaxina), a mirtazapina e os ADTs (imipramina e clomipramina). Verifique cuidadosamente as interações medicamentosas e considere consultar um psiquiatra antes de iniciar a terapia combinada.
- A TCC no transtorno de pânico é eficaz em pacientes com depressão grave e/ou transtorno relacionado ao uso de substâncias comórbido.[137] No transtorno de pânico, a TCC baseada em

exposição é efetiva na redução da ansiedade e dos sintomas da depressão, independentemente da gravidade da depressão.[138] Recomenda-se o uso da TCC adjuvante em pacientes recebendo farmacoterapia.

Ansiedade comórbida (por exemplo, agorafobia, transtorno da ansiedade social, transtorno do estresse pós-traumático):

- O tratamento pode ser iniciado com farmacoterapia (a saber, ISRS, IRSN, benzodiazepínicos ou ADTs) com ou sem TCC ou apenas com TCC. Os benzodiazepínicos e os ADTs são considerados farmacoterapia de segunda linha.
- Os ISRSs podem ser aumentados com benzodiazepínicos de alta potência para alguns pacientes em curtos prazos, especialmente se sintomas de ansiedade persistentes e intensos estiverem interferindo na adesão e no engajamento ao tratamento, e se for necessário controle rápido dos sintomas de ansiedade.[63] [139]

Duração e interrupção do tratamento

A farmacoterapia para transtorno de pânico deve continuar durante, no mínimo, 1 ano após o ponto de resposta ao tratamento para garantir a redução dos sintomas e proteger contra a recidiva.[140] [141]

As vantagens e desvantagens da resposta ao medicamento atual devem ser revisadas; a duração da estabilidade dos sintomas deve ser discutida; e os fatores estressores que podem afetar a recidiva devem ser antecipados e solucionados, caso seja considerado reduzir um medicamento. Devido a uma taxa significativa de recidiva, assegure-se de que o paciente alcance o funcionamento máximo antes de descontinuar os medicamentos.[142] [143] Há evidências limitadas sobre o efeito e a segurança de diferentes estratégias de descontinuação de medicamentos, o que significa que não há evidências sobre taxas ideais de descontinuação, bem como a presença de apoio psicológico durante a descontinuação[144] Descontinue gradativamente o medicamento por um período prolongado para minimizar o risco de sintomas de abstinência e monitore o paciente frequentemente durante esse período.[62]

Há evidências que sugerem que a TCC tem um efeito positivo duradouro de pelo menos 12 meses após a conclusão do tratamento, em comparação com as condições de controle.[145] Uma grande metanálise de estudos de acompanhamento comparou os efeitos duradouros de diferentes tratamentos para transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) durante um período de 24 meses, uma vez que o tratamento foi descontinuado. Os pacientes tratados com TCC apresentaram uma melhora significativa nos sintomas ao longo do tempo, enquanto os pacientes no grupo da medicação permaneceram estáveis no período após a descontinuação do tratamento. Os pacientes do grupo placebo não apresentaram agravamento dos sintomas ao longo do tempo, mas mostraram resultados significativamente piores do que aqueles tratados com TCC.[146]

Visão geral do algoritmo de tratamento

Observe que as formulações/vias e doses podem diferir entre nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. As recomendações de tratamento são específicas para os grupos de pacientes: [consulte o aviso legal](#)

Aguda	(Resumo)
ataque de pânico agudo	
1a. tranquilização	

Contínua

(Resumo)

transtorno de pânico

■ **sem comorbidade**

1a. **terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

1a. **ISRSs ou IRSNs**

associado a psicoeducação e orientação de estilo de vida

adjunta terapia cognitivo-comportamental (TCC)

adjunta benzodiazepínicos

2a. **antidepressivos tricíclicos (ADTs)**

associado a psicoeducação e orientação de estilo de vida

adjunta terapia cognitivo-comportamental (TCC)

3a. **benzodiazepínicos**

associado a psicoeducação e orientação de estilo de vida

adjunta terapia cognitivo-comportamental (TCC)

■ **com depressão comórbida**

1a. **terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

1a. **ISRSs ou IRSNs**

associado a psicoeducação e orientação de estilo de vida

adjunta terapia cognitivo-comportamental (TCC)

2a. **antidepressivos tricíclicos (ADTs)**

associado a psicoeducação e orientação de estilo de vida

adjunta terapia cognitivo-comportamental (TCC)

3a. **farmacoterapia dupla**

associado a psicoeducação/orientação de estilo de vida

adjunta terapia cognitivo-comportamental (TCC)

■ **com ansiedade comórbida**

1a. **terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

1a. **ISRSs ou IRSNs**

associado a psicoeducação e orientação de estilo de vida

adjunta terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Contínua	(Resumo)
	<p>adjunta benzodiazepínicos</p> <p>2a. antidepressivos tricíclicos (ADTs)</p> <p>associado a psicoeducação e orientação de estilo de vida</p> <p>adjunta terapia cognitivo-comportamental (TCC)</p> <p>3a. benzodiazepínicos</p> <p>associado a psicoeducação e orientação de estilo de vida</p> <p>adjunta terapia cognitivo-comportamental (TCC)</p>
ataques de pânico sem transtorno de pânico	
	<p>1a. aconselhamento e monitoramento</p> <p>associado a psicoeducação e orientação de estilo de vida</p>

Algoritmo de tratamento

Observe que as formulações/vias e doses podem diferir entre nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. As recomendações de tratamento são específicas para os grupos de pacientes: [consulte o aviso legal](#)

Aguda

ataque de pânico agudo

1a. tranquilização

- » Forneça tranquilização de que os sintomas não são perigosos e que o ataque irá diminuir em breve.
- » Os pacientes, geralmente, hiperventilam durante o ataque, porém, subjetivamente, vivenciam isso como dispneia. É necessário explicar isto ao paciente, enfatizando que ele deve respirar devagar.
- » É útil usar uma sala silenciosa e contar com a ajuda de uma pessoa de confiança do paciente.
- » Nos contextos de emergências, os benzodiazepínicos podem, às vezes, ser considerados para interromper um ataque agudo, por exemplo se a agitação ou ansiedade do paciente for particularmente grave.[4]

Contínua

transtorno de pânico

■ sem comorbidade

1a. terapia cognitivo-comportamental (TCC)

» O tratamento é individualizado e leva em consideração a gravidade, os potenciais efeitos adversos, a história de tratamento prévio, as preferências do paciente, transtornos comórbidos e a disponibilidade de tratamento. Com guia geral, para indivíduos com transtorno de pânico leve, considere oferecer autoajuda ou TCC isolada inicialmente. Para pacientes com transtorno de pânico de gravidade moderada, considere oferecer TCC, um ISRS/IRSN ou uma combinação de TCC e medicamento. Para aqueles com transtorno de pânico grave, considere oferecer TCC e ISRS/IRSN desde o início.[4]

» A TCC pode ser feita de maneira presencial (individual ou em grupo) ou como TCC digital (TCCd) acessada por computador, tablet ou aplicativo de smartphone. A TCCd pode ser considerada uma opção de primeira linha igual à TCC presencial.[4] Ciclos de TCCd podem ser integrados à terapia presencial e podem ser supervisionados por um médico ou concluídos em forma de autoajuda. A TCCd guiada geralmente é mais eficaz que a TCCd não guiada; isso envolve ajuda e contato regulares para completar o ciclo, embora isso não precise, necessariamente ser feito por um médico.[4]

» A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis. A TCC pode ser usada isoladamente, sem farmacoterapia, ou como adjuvante, combinada com qualquer tipo de farmacoterapia.[86]

» Representa tratamento efetivo de primeira linha.[88] [89] [90] [Evidence C] Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.[146] As sessões de tratamento podem continuar por 12 a 14 consultas, embora 6 a 7 sessões também mostrem eficácia.[98] Recomenda-se o encaminhamento a um

Contínua

profissional de saúde mental especializado em TCC. O médico e o profissional de saúde mental devem manter uma rotina de colaboração. Também há evidências que sugerem que a TCC traz efeitos benéficos em ambientes de atenção primária.[74] [99]

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente aborde situações e sensações que provocam medo sem tentar escapar da situação ou demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

1a. ISRSs ou IRSNs**Opções primárias**

» **paroxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

ou

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

ou

» **fluoxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

ou

» **fluvoxamina**: 25-50 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 4-7 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

ou

» **citalopram**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

Contínua

ou

» **escitalopram**: 5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 5-10 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

ou

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 37.5 a 75 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

» Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) são considerados a classe ideal de antidepressivos, graças a seu amplo espectro de ação, além da segurança e tolerância aprimorada.[109] [111] [116]

» A paroxetina é o ISRS menos estimulante e mais sedativo. A fluoxetina apresenta meia-vida longa; portanto, o risco de sintomas de abstinência é mais baixo. Ela é, porém, mais estimulante, exigindo titulação mais lenta.

» Os IRSNs, como a venlafaxina, também são eficazes.

» Os pacientes com transtornos de ansiedade podem ser mais suscetíveis aos efeitos adversos do medicamento; portanto, recomenda-se iniciar com a dose mais baixa e aumentar a dose com precaução ("comece devagar, avance devagar").[12] A maioria dos efeitos adversos limita-se ao período de titulação da dose e deve ser discutida com o paciente antecipadamente, além do monitoramento rigoroso para garantir a adesão à terapia.

associado a psicoeducação e orientação de estilo de vida

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Ofereça psicoeducação assim que o diagnóstico for feito.[12] A parte mais importante da abordagem de tratamento é a informação e educação sobre a natureza do pânico e ansiedade. Em especial, o pânico é uma reação compreensível a perigos percebidos (a reação de lutar ou fugir). O medo surge de interpretações errôneas de sensações corporais normais. Desenhar um diagrama simples junto com a pessoa - conectando os

Contínua

sintomas, a interpretação, a ansiedade com setas em um 'círculo vicioso' - pode ser útil. É importante que a pessoa perceba que a primeira meta do tratamento não é aplacar toda a ansiedade, mas conseguir controlá-la. Algumas tentativas da pessoa de lidar com o problema (por exemplo, evitação ou busca por segurança) são compreensíveis, mas acabam inadvertidamente mantendo o problema.

» A orientação sobre fatores de estilo de vida inclui: sono de boa qualidade; exercícios regulares; consumo reduzido de cafeína, tabaco e bebidas alcoólicas; dieta saudável e envolver-se em atividades significativas e apoio social saudável.[4]

adjunta **terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Com a TCC adjuvante, observa-se aumento da adesão à medicação e das taxas de resposta, com redução da dose do medicamento necessária para assumir o controle dos sintomas.[86] [88] [99] [101] [102] [103]

Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.[146]

» A TCC pode ser feita de maneira presencial (individual ou em grupo) ou como TCC digital (TCCd) acessada por computador, tablet ou aplicativo de smartphone. A TCCd pode ser considerada uma opção de primeira linha igual à TCC presencial.[4] Ciclos de TCCd podem ser integrados à terapia presencial e podem ser supervisionados por um médico ou concluídos em forma de autoajuda. A TCCd guiada geralmente é mais eficaz que a TCCd não guiada; isso envolve ajuda e contato regulares para completar o ciclo, embora isso não precise, necessariamente ser feito por um médico.[4]

» A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações

Contínua

anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha numa situação temida pelo tempo necessário para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação, demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

adjunta **benzodiazepínicos**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **clonazepam**: 0.25 mg por via oral duas vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 0.25 a 0.5 mg/dia a cada 3 dias de acordo com a resposta, máximo de 4 mg/dia

Opções secundárias

» **alprazolam**: 0.25 a 0.5 mg por via oral (liberação imediata) quatro vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 1 mg/dia a cada 3-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 6 mg/dia

ou

» **lorazepam**: 0.5 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 6 mg/dia

ou

» **diazepam**: 2.5 mg por via oral (liberação imediata) duas vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

» Os benzodiazepínicos não são recomendados para pacientes com transtorno de pânico por algumas diretrizes internacionais, por exemplo, aquelas do National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido, devido a preocupações com desfechos negativos de longo prazo.[62] No entanto, o uso cauteloso em curto prazo de benzodiazepínicos é recomendado por outras diretrizes como uma opção de segunda linha para pacientes selecionados com transtornos de pânico.[4] [63] As evidências sobre os benzodiazepínicos para transtornos de pânico geralmente são de

Contínua

baixa qualidade e cobrem apenas o uso de curto prazo, fornecendo orientação limitada para a prática clínica.[124]

» Os benzodiazepínicos são recomendados apenas para uso em curto prazo (por exemplo, 2 a 4 semanas).[127]

» Os benzodiazepínicos podem ser usados por alguns pacientes como tratamento adjuvante para se obter uma redução rápida dos ataques de pânico, durante a titulação inicial de um inibidor seletivo de recaptação da serotonina.[4] [11] [63] [147]

» Eles têm um rápido início de ação e geralmente são bem tolerados, embora a dependência fisiológica possa ocorrer em apenas 2 a 4 semanas.[139] [148] [149] [150] Evite benzodiazepínicos em pacientes com história prévia ou atual de uso indevido de substâncias.[4]

» Em caso de indicação de benzodiazepínicos, pode-se preferir agentes programados e de ação mais prolongada, para que o uso do medicamento dependa mais do tempo que da resposta/episódio de pânico. O uso de benzodiazepínicos de curta duração, "se necessário", pode gerar dependência psicológica desses medicamentos nos pacientes, restringido a capacidade do paciente de desenvolver um espaço interno de controle sobre esses sintomas.

» O tratamento com benzodiazepínicos em longo prazo deve ser raro, supervisionado, feito com cautela e baseado na consideração cuidadosa dos riscos e benefícios previstos dos benzodiazepínicos para o paciente individual; a opinião de um especialista (por exemplo, de um psiquiatra ou especialista em dependência) é aconselhável. Deve-se oferecer regularmente aos pacientes em uso de benzodiazepínicos por longos prazos a oportunidade de interromperem gradualmente esse uso; recomenda-se o tratamento com a menor dose que for efetiva.[127] [130]

» A descontinuação abrupta ou esquemas acelerados de redução podem aumentar o risco de sintomas de abstinência.

2a. antidepressivos tricíclicos (ADTs)

Opções primárias

» **imipramina:** 10-25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em

Contínua

incrementos de 10 mg/dia a cada 2-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

ou

» **clomipramina:** 12.5 a 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 250 mg/dia

» Os ADTs são indicados em pacientes com falha terapêutica com pelo menos um inibidor seletivo de recaptção de serotonina (ISRS) ou em pacientes com dor neuropática.

» São menos favoráveis em termos de efeitos adversos, podendo não ser tão bem tolerados quanto os ISRSs.[116]

» Os níveis da imipramina devem ser monitorados rigorosamente, devido a seu índice terapêutico relativamente restrito.

associado a psicoeducação e orientação de estilo de vida

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Ofereça psicoeducação assim que o diagnóstico for feito.[12] A parte mais importante da abordagem de tratamento é a informação e educação sobre a natureza do pânico e ansiedade. Em especial, o pânico é uma reação compreensível a perigos percebidos (a reação de lutar ou fugir). O medo surge de interpretações errôneas de sensações corporais normais. Desenhar um diagrama simples junto com a pessoa - conectando os sintomas, a interpretação, a ansiedade com setas em um 'círculo vicioso' - pode ser útil. É importante que a pessoa perceba que a primeira meta do tratamento não é aplacar toda a ansiedade, mas conseguir controlá-la. Algumas tentativas da pessoa de lidar com o problema (por exemplo, evitação ou busca por segurança) são compreensíveis, mas acabam inadvertidamente mantendo o problema.

» A orientação sobre fatores de estilo de vida inclui: sono de boa qualidade; exercícios regulares; consumo reduzido de cafeína, tabaco e bebidas alcoólicas; dieta saudável e envolver-se em atividades significativas e apoio social saudável.[4]

adjunta terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Contínua

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Com a TCC adjuvante, observa-se aumento da adesão à medicação e das taxas de resposta, com redução da dose do medicamento necessária para assumir o controle dos sintomas.[86] [88] [99] [101] [102] [103]

Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.[146]

» A TCC pode ser feita de maneira presencial (individual ou em grupo) ou como TCC digital (TCCd) acessada por computador, tablet ou aplicativo de smartphone. A TCCd pode ser considerada uma opção de primeira linha igual à TCC presencial.[4] Ciclos de TCCd podem ser integrados à terapia presencial e podem ser supervisionados por um médico ou concluídos em forma de autoajuda. A TCCd guiada geralmente é mais eficaz que a TCCd não guiada; isso envolve ajuda e contato regulares para completar o ciclo, embora isso não precise, necessariamente ser feito por um médico.[4]

» A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha numa situação temida pelo tempo necessário para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação, demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

3a. benzodiazepínicos

Opções primárias

» **clonazepam**: 0.25 mg por via oral duas vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 0.25 a 0.5 mg/dia a cada 3 dias de acordo com a resposta, máximo de 4 mg/dia

Contínua

Opções secundárias

» **alprazolam**: 0.25 a 0.5 mg por via oral (liberação imediata) quatro vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 1 mg/dia a cada 3-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 6 mg/dia

ou

» **lorazepam**: 0.5 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 6 mg/dia

ou

» **diazepam**: 2.5 mg por via oral (liberação imediata) duas vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

» Alguns médicos podem considerar a oferta de monoterapia com benzodiazepínicos aos pacientes com transtorno de pânico com histórico de intolerância ou resposta insatisfatória aos antidepressivos.

» Os benzodiazepínicos não são recomendados para o transtorno de pânico por algumas diretrizes internacionais, por exemplo, aquelas do National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido, devido a preocupações com desfechos de longo prazo negativos.[62] No entanto, o uso cauteloso em curto prazo de benzodiazepínicos é recomendado por outras diretrizes como uma opção alternativa para pacientes selecionados com transtorno de pânico, por exemplo, para pacientes cujos sintomas não responderam a outros tratamentos.[4] [63] As evidências sobre os benzodiazepínicos para transtornos de pânico geralmente são de baixa qualidade e cobrem apenas o uso de curto prazo, fornecendo orientação limitada para a prática clínica.[124] Os benzodiazepínicos são recomendados apenas para uso em curto prazo (por exemplo, 2 a 4 semanas).[127]

» Os benzodiazepínicos têm um rápido início de ação e geralmente são bem tolerados, embora a dependência fisiológica possa ocorrer em apenas 2 a 4 semanas.[139] [148] [149] [150] Evite benzodiazepínicos em pacientes com história prévia ou atual de uso indevido de substâncias.[4]

Contínua

» Em caso de indicação de benzodiazepínicos, pode-se preferir agentes programados e de ação mais prolongada, para que o uso do medicamento dependa mais do tempo que da resposta/episódio de pânico. O uso de benzodiazepínicos de curta duração, "se necessário", pode gerar dependência psicológica desses medicamentos nos pacientes, restringido a capacidade do paciente de desenvolver um espaço interno de controle sobre esses sintomas.

» O tratamento com benzodiazepínicos em longo prazo deve ser raro, supervisionado, feito com cautela e baseado na consideração cuidadosa dos riscos e benefícios previstos dos benzodiazepínicos para o paciente individual; a opinião de um especialista (por exemplo, de um psiquiatra ou especialista em dependência) é aconselhável. Deve-se oferecer regularmente aos pacientes em uso de benzodiazepínicos por longos prazos a oportunidade de interromperem gradualmente esse uso; recomenda-se o tratamento com a menor dose que for efetiva.[127] [130]

» A descontinuação abrupta ou esquemas acelerados de redução podem aumentar o risco de sintomas de abstinência.

associado a psicoeducação e orientação de estilo de vida

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Ofereça psicoeducação assim que o diagnóstico for feito.[12] A parte mais importante da abordagem de tratamento é a informação e educação sobre a natureza do pânico e ansiedade. Em especial, o pânico é uma reação compreensível a perigos percebidos (a reação de lutar ou fugir). O medo surge de interpretações errôneas de sensações corporais normais. Desenhar um diagrama simples junto com a pessoa - conectando os sintomas, a interpretação, a ansiedade com setas em um 'círculo vicioso' - pode ser útil. É importante que a pessoa perceba que a primeira meta do tratamento não é apagar toda a ansiedade, mas conseguir controlá-la. Algumas tentativas da pessoa de lidar com o problema (por exemplo, evitação ou busca por segurança) são compreensíveis, mas acabam inadvertidamente mantendo o problema.

» A orientação sobre fatores de estilo de vida inclui: sono de boa qualidade; exercícios regulares; consumo reduzido de caféina, tabaco

Contínua

adjunta

e bebidas alcoólicas; dieta saudável e envolver-se em atividades significativas e apoio social saudável.[4]

terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

- » Em especial, os pacientes que tenham descontinuado o uso de benzodiazepínicos podem beneficiar-se da TCC adjuvante.[107] [108]
- » Com a TCC adjuvante, observa-se aumento da adesão à medicação e das taxas de resposta, com redução da dose do medicamento necessária para assumir o controle dos sintomas.[86] [88] [99] [101] [102] [103] Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.[146]
- » A TCC pode ser feita de maneira presencial (individual ou em grupo) ou como TCC digital (TCCd) acessada por computador, tablet ou aplicativo de smartphone. A TCCd pode ser considerada uma opção de primeira linha igual à TCC presencial.[4] Ciclos de TCCd podem ser integrados à terapia presencial e podem ser supervisionados por um médico ou concluídos em forma de autoajuda. A TCCd guiada geralmente é mais eficaz que a TCCd não guiada; isso envolve ajuda e contato regulares para completar o ciclo, embora isso não precise, necessariamente ser feito por um médico.[4]
- » A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.
- » A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha numa situação temida pelo tempo necessário para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação, demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes,

Contínua

■ com depressão comórbida

1a. **terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

» A TCC no transtorno de pânico é efetiva em pacientes com depressão grave e/ou com uso indevido comórbido de substâncias.[137] No transtorno de pânico, a TCC baseada em exposição é efetiva na redução da ansiedade e dos sintomas da depressão, independentemente da gravidade da depressão.[138] Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.[146]

» A TCC pode ser feita de maneira presencial (individual ou em grupo) ou como TCC digital (TCCd) acessada por computador, tablet ou aplicativo de smartphone. A TCCd pode ser considerada uma opção de primeira linha igual à TCC presencial.[4] Ciclos de TCCd podem ser integrados à terapia presencial e podem ser supervisionados por um médico ou concluídos em forma de autoajuda. A TCCd guiada geralmente é mais eficaz que a TCCd não guiada; isso envolve ajuda e contato regulares para completar o ciclo, embora isso não precise, necessariamente ser feito por um médico.[4]

» A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha numa situação temida pelo tempo necessário para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação, demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

1a. **ISRSs ou IRSNs**

Opções primárias

Contínua

» **paroxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

ou

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

ou

» **fluoxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

ou

» **fluvoxamina**: 25-50 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 4-7 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

ou

» **citalopram**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

ou

» **escitalopram**: 5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 5-10 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

ou

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 37.5 a 75 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

» Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) são considerados a classe ideal de antidepressivos, graças a seu amplo

Contínua

espectro de ação, além da segurança e tolerância aprimorada.[109] [111] [116]

» A paroxetina é o ISRS menos estimulante e mais sedativo. A fluoxetina apresenta meia-vida longa; portanto, o risco de sintomas de abstinência é mais baixo. Ela é, porém, mais estimulante, exigindo titulação mais lenta.

» Os IRSNs, como a venlafaxina, também são eficazes.

» Os pacientes com transtornos de ansiedade podem ser mais suscetíveis aos efeitos adversos do medicamento; portanto, recomenda-se iniciar com a dose mais baixa e aumentar a dose com precaução ("comece devagar, avance devagar").[12] A maioria dos efeitos adversos limita-se ao período de titulação da dose e deve ser discutida com o paciente antecipadamente, além do monitoramento rigoroso para garantir a adesão à terapia.

associado a psicoeducação e orientação de estilo de vida

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Ofereça psicoeducação assim que o diagnóstico for feito.[12] A parte mais importante da abordagem de tratamento é a informação e educação sobre a natureza do pânico e ansiedade. Em especial, o pânico é uma reação compreensível a perigos percebidos (a reação de lutar ou fugir). O medo surge de interpretações errôneas de sensações corporais normais. Desenhar um diagrama simples junto com a pessoa - conectando os sintomas, a interpretação, a ansiedade com setas em um 'círculo vicioso' - pode ser útil. É importante que a pessoa perceba que a primeira meta do tratamento não é aplacar toda a ansiedade, mas conseguir controlá-la. Algumas tentativas da pessoa de lidar com o problema (por exemplo, evitação ou busca por segurança) são compreensíveis, mas acabam inadvertidamente mantendo o problema.

» A orientação sobre fatores de estilo de vida inclui: sono de boa qualidade; exercícios regulares; consumo reduzido de cafeína, tabaco e bebidas alcoólicas; dieta saudável e envolver-se em atividades significativas e apoio social saudável.[4]

adjunta terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Contínua

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Recomenda-se o uso da TCC adjuvante em pacientes recebendo farmacoterapia.

» A TCC pode ser feita de maneira presencial (individual ou em grupo) ou como TCC digital (TCCd) acessada por computador, tablet ou aplicativo de smartphone. A TCCd pode ser considerada uma opção de primeira linha igual à TCC presencial.[4] Ciclos de TCCd podem ser integrados à terapia presencial e podem ser supervisionados por um médico ou concluídos em forma de autoajuda. A TCCd guiada geralmente é mais eficaz que a TCCd não guiada; isso envolve ajuda e contato regulares para completar o ciclo, embora isso não precise, necessariamente ser feito por um médico.[4]

» Com a TCC adjuvante, observa-se aumento da adesão à medicação e das taxas de resposta, com redução da dose do medicamento necessária para assumir o controle dos sintomas.[88] [99] [101] [102] [103] Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.[146]

» A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha numa situação temida pelo tempo necessário para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação, demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

2a. antidepressivos tricíclicos (ADTs)

Opções primárias

» **imipramina:** 10-25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em

Contínua

incrementos de 10 mg/dia a cada 2-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

ou

» **clomipramina:** 12.5 a 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 250 mg/dia

» Os ADTs são indicados em pacientes com falha terapêutica com um ou mais ISRS/IRSN ou TCC, ou em pacientes com dor neuropática.

» São menos favoráveis em termos de efeitos adversos, podendo não ser tão bem tolerados quanto os ISRSs.[116]

» Os níveis da imipramina devem ser monitorados rigorosamente, devido a seu índice terapêutico relativamente restrito.

associado a psicoeducação e orientação de estilo de vida

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Ofereça psicoeducação assim que o diagnóstico for feito.[12] A parte mais importante da abordagem de tratamento é a informação e educação sobre a natureza do pânico e ansiedade. Em especial, o pânico é uma reação compreensível a perigos percebidos (a reação de lutar ou fugir). O medo surge de interpretações errôneas de sensações corporais normais. Desenhar um diagrama simples junto com a pessoa - conectando os sintomas, a interpretação, a ansiedade com setas em um 'círculo vicioso' - pode ser útil. É importante que a pessoa perceba que a primeira meta do tratamento não é aplacar toda a ansiedade, mas conseguir controlá-la. Algumas tentativas da pessoa de lidar com o problema (por exemplo, evitação ou busca por segurança) são compreensíveis, mas acabam inadvertidamente mantendo o problema.

» A orientação sobre fatores de estilo de vida inclui: sono de boa qualidade; exercícios regulares; consumo reduzido de cafeína, tabaco e bebidas alcoólicas; dieta saudável e envolver-se em atividades significativas e apoio social saudável.[4]

adjunta terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

Contínua

» Com a TCC adjuvante, observa-se aumento da adesão à medicação e das taxas de resposta, com redução da dose do medicamento necessária para assumir o controle dos sintomas.[88] [99] [101] [102] [103] Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.[146]

» A TCC pode ser feita de maneira presencial (individual ou em grupo) ou como TCC digital (TCCd) acessada por computador, tablet ou aplicativo de smartphone. A TCCd pode ser considerada uma opção de primeira linha igual à TCC presencial.[4] Ciclos de TCCd podem ser integrados à terapia presencial e podem ser supervisionados por um médico ou concluídos em forma de autoajuda. A TCCd guiada geralmente é mais eficaz que a TCCd não guiada; isso envolve ajuda e contato regulares para completar o ciclo, embora isso não precise, necessariamente ser feito por um médico.[4]

» A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha numa situação temida pelo tempo necessário para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação, demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

3a. farmacoterapia dupla

Opções primárias

» **paroxetina:** 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

-ou-

Contínua

- » **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia
- ou-**
- » **fluoxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia
- ou-**
- » **fluvoxamina**: 25-50 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 4-7 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia
- ou-**
- » **citalopram**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia
- ou-**
- » **escitalopram**: 5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 5-10 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

--E--

- » **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 37.5 a 75 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

ou

- » **paroxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia
- ou-**
- » **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia
- ou-**
- » **fluoxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia
- ou-**
- » **fluvoxamina**: 25-50 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de

Contínua

25-50 mg/dia a cada 4-7 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

-ou-

» **citalopram**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

-ou-

» **escitalopram**: 5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 5-10 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

--E--

» **mirtazapina**: 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente a cada 1-2 semanas de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia

ou

» **paroxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

-ou-

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

-ou-

» **fluoxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

-ou-

» **fluvoxamina**: 25-50 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 4-7 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

-ou-

» **citalopram**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

-ou-

» **escitalopram**: 5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 5-10 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

--E--

» **imipramina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 2-4 dias de

Contínua

acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

-ou-

» **clomipramina**: 12.5 a 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 250 mg/dia

ou

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 37.5 a 75 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

-e-

» **mirtazapina**: 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente a cada 1-2 semanas de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia

ou

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 37.5 a 75 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

--E--

» **imipramina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 2-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

-ou-

» **clomipramina**: 12.5 a 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 250 mg/dia

ou

» **mirtazapina**: 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente a cada 1-2 semanas de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia

--E--

» **imipramina**: 10-25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 2-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

-ou-

» **clomipramina**: 12.5 a 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar

Contínua

gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 250 mg/dia

» As diretrizes do estudo da STAR*D da depressão comórbida resistente ao tratamento recomendam uma farmacoterapia dupla em pacientes que não respondem ao tratamento, caso demonstrem uma resposta parcial (25% de melhora dos sintomas) com dose máxima de 1 antidepressivo.[136]

» Pode-se considerar o uso de uma combinação de 2 medicamentos de grupos com mecanismos de ação diferentes. Estes grupos são os inibidor seletivo de recaptção de serotonina (paroxetina, sertralina, fluoxetina, fluvoxamina, citalopram e escitalopram), os inibidores da recaptção de serotonina-noradrenalina (venlafaxina), a mirtazapina e os antidepressivos tricíclicos (imipramina e clomipramina).

» Os pacientes com transtornos de ansiedade podem ser mais suscetíveis aos efeitos adversos do medicamento; portanto, recomenda-se iniciar com a dose mais baixa e aumentar a dose com precaução ("comece devagar, avance devagar"). [12] Verifique cuidadosamente as interações medicamentosas e considere consultar um psiquiatra antes de iniciar a terapia combinada.

associado a psicoeducação/orientação de estilo de vida

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Ofereça psicoeducação assim que o diagnóstico for feito.[12] A parte mais importante da abordagem de tratamento é a informação e educação sobre a natureza do pânico e ansiedade. Em especial, o pânico é uma reação compreensível a perigos percebidos (a reação de lutar ou fugir). O medo surge de interpretações errôneas de sensações corporais normais. Desenhar um diagrama simples junto com a pessoa - conectando os sintomas, a interpretação, a ansiedade com setas em um 'círculo vicioso' - pode ser útil. É importante que a pessoa perceba que a primeira meta do tratamento não é aplacar toda a ansiedade, mas conseguir controlá-la. Algumas tentativas da pessoa de lidar com o problema (por exemplo, evitação ou busca por segurança) são compreensíveis, mas acabam inadvertidamente mantendo o problema.

» A orientação sobre fatores de estilo de vida inclui: sono de boa qualidade; exercícios

Contínua

regulares; consumo reduzido de cafeína, tabaco e bebidas alcoólicas; dieta saudável e envolver-se em atividades significativas e apoio social saudável.[4]

adjunta terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Com a TCC adjuvante, observa-se aumento da adesão à medicação e das taxas de resposta, com redução da dose do medicamento necessária para assumir o controle dos sintomas.[88] [99] [101] [102] [103] Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.[146]

» A TCC pode ser feita de maneira presencial (individual ou em grupo) ou como TCC digital (TCCd) acessada por computador, tablet ou aplicativo de smartphone. A TCCd pode ser considerada uma opção de primeira linha igual à TCC presencial.[4] Ciclos de TCCd podem ser integrados à terapia presencial e podem ser supervisionados por um médico ou concluídos em forma de autoajuda. A TCCd guiada geralmente é mais eficaz que a TCCd não guiada; isso envolve ajuda e contato regulares para completar o ciclo, embora isso não precise, necessariamente ser feito por um médico.[4]

» A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha numa situação temida pelo tempo necessário para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação, demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

■ com ansiedade comórbida

1a. terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Contínua

» Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.[146]

» A TCC pode ser feita de maneira presencial (individual ou em grupo) ou como TCC digital (TCCd) acessada por computador, tablet ou aplicativo de smartphone. A TCCd pode ser considerada uma opção de primeira linha igual à TCC presencial.[4] Ciclos de TCCd podem ser integrados à terapia presencial e podem ser supervisionados por um médico ou concluídos em forma de autoajuda. A TCCd guiada geralmente é mais eficaz que a TCCd não guiada; isso envolve ajuda e contato regulares para completar o ciclo, embora isso não precise, necessariamente ser feito por um médico.[4]

» A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha numa situação temida pelo tempo necessário para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação, demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

1a. ISRSs ou IRSNs

Opções primárias

» **paroxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

ou

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

Contínua

ou

» **fluoxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

ou

» **fluvoxamina**: 25-50 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 4-7 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

ou

» **citalopram**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

ou

» **escitalopram**: 5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 5-10 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

ou

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 37.5 a 75 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

» Os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) são considerados a classe ideal de antidepressivos, graças a seu amplo espectro de ação, além da segurança e tolerância aprimorada.[109] [111] [116]

» A paroxetina é o ISRS menos estimulante e mais sedativo. A fluoxetina apresenta meia-vida longa; portanto, o risco de sintomas de abstinência é mais baixo. Ela é, porém, mais estimulante, exigindo titulação mais lenta.

» Os IRSNs, como a venlafaxina, também são eficazes.

» Os pacientes com transtornos de ansiedade podem ser mais suscetíveis aos efeitos adversos do medicamento; portanto,

Contínua

recomenda-se iniciar com a dose mais baixa e aumentar a dose com precaução ("comece devagar, avance devagar").[12] A maioria dos efeitos adversos limita-se ao período de titulação da dose e deve ser discutida com o paciente antecipadamente, além do monitoramento rigoroso para garantir a adesão à terapia.

associado a psicoeducação e orientação de estilo de vida

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Ofereça psicoeducação assim que o diagnóstico for feito.[12] A parte mais importante da abordagem de tratamento é a informação e educação sobre a natureza do pânico e ansiedade. Em especial, o pânico é uma reação compreensível a perigos percebidos (a reação de lutar ou fugir). O medo surge de interpretações errôneas de sensações corporais normais. Desenhar um diagrama simples junto com a pessoa - conectando os sintomas, a interpretação, a ansiedade com setas em um 'círculo vicioso' - pode ser útil. É importante que a pessoa perceba que a primeira meta do tratamento não é aplacar toda a ansiedade, mas conseguir controlá-la. Algumas tentativas da pessoa de lidar com o problema (por exemplo, evitação ou busca por segurança) são compreensíveis, mas acabam inadvertidamente mantendo o problema.

» A orientação sobre fatores de estilo de vida inclui: sono de boa qualidade; exercícios regulares; consumo reduzido de cafeína, tabaco e bebidas alcoólicas; dieta saudável e envolver-se em atividades significativas e apoio social saudável.[4]

adjunta terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Com a TCC adjuvante, observa-se aumento da adesão à medicação e das taxas de resposta, com redução da dose do medicamento necessária para assumir o controle dos sintomas.[88] [99] [101] [102] [103] Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.[146]

» A TCC pode ser feita de maneira presencial (individual ou em grupo) ou como TCC digital

Contínua

(TCCd) acessada por computador, tablet ou aplicativo de smartphone. A TCCd pode ser considerada uma opção de primeira linha igual à TCC presencial.[4] Ciclos de TCCd podem ser integrados à terapia presencial e podem ser supervisionados por um médico ou concluídos em forma de autoajuda. A TCCd guiada geralmente é mais eficaz que a TCCd não guiada; isso envolve ajuda e contato regulares para completar o ciclo, embora isso não precise, necessariamente ser feito por um médico.[4]

» A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha numa situação temida pelo tempo necessário para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação, demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

adjunta **benzodiazepínicos**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **clonazepam**: 0.25 mg por via oral duas vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 0.25 a 0.5 mg/dia a cada 3 dias de acordo com a resposta, máximo de 4 mg/dia

Opções secundárias

» **alprazolam**: 0.25 a 0.5 mg por via oral (liberação imediata) quatro vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 1 mg/dia a cada 3-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 6 mg/dia

ou

» **lorazepam**: 0.5 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente

Contínua

de acordo com a resposta, máximo de 6 mg/dia

ou

» **diazepam**: 2.5 mg por via oral (liberação imediata) duas vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

» Os benzodiazepínicos não são recomendados para pacientes com transtorno de pânico por algumas diretrizes internacionais, por exemplo, aquelas do National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido, devido a preocupações com desfechos negativos de longo prazo.[62] No entanto, o uso cauteloso em curto prazo de benzodiazepínicos é recomendado por outras diretrizes como uma opção alternativa para pacientes selecionados com transtorno de pânico, por exemplo, para pacientes cujos sintomas não tenham respondido a outros tratamentos.[4] [63] As evidências sobre os benzodiazepínicos para transtornos de pânico geralmente são de baixa qualidade e cobrem apenas o uso de curto prazo, fornecendo orientação limitada para a prática clínica.[124]

» Os benzodiazepínicos são recomendados apenas para uso em curto prazo (por exemplo, 2 a 4 semanas).[127] Os benzodiazepínicos podem ser usados em curto prazo para alguns pacientes como um tratamento adjuvante para alcançar uma redução rápida dos ataques de pânico durante o ajuste inicial de um ISRS, por exemplo se sintomas de ansiedade persistentes e intensos estiverem interferindo na adesão e engajamento ao tratamento e se for necessário um controle rápido sobre os sintomas de ansiedade.[4] [11] [63] [139] [147]

» Eles têm um rápido início de ação e geralmente são bem tolerados, embora a dependência fisiológica possa ocorrer em apenas 2 a 4 semanas.[139] [148] [149] [150] Evite benzodiazepínicos em pacientes com história prévia ou atual de transtorno relacionado ao uso de substâncias.[4]

» Em caso de indicação de benzodiazepínicos, pode-se preferir agentes programados e de ação mais prolongada, para que o uso do medicamento dependa mais do tempo que da resposta/episódio de pânico. O uso de benzodiazepínicos de curta duração, "se necessário", pode gerar dependência

Contínua

psicológica desses medicamentos nos pacientes, restringido a capacidade do paciente de desenvolver um espaço interno de controle sobre esses sintomas.

» O tratamento com benzodiazepínicos em longo prazo deve ser raro, supervisionado, feito com cautela e baseado na consideração cuidadosa dos riscos e benefícios previstos dos benzodiazepínicos para o paciente individual; a opinião de um especialista (por exemplo, de um psiquiatra ou especialista em dependência) é aconselhável. Deve-se oferecer regularmente aos pacientes em uso de benzodiazepínicos por longos prazos a oportunidade de interromperem gradualmente esse uso; recomenda-se o tratamento com a menor dose que for efetiva.[127] [130]

» A descontinuação abrupta ou esquemas acelerados de redução podem aumentar o risco de sintomas de abstinência.

2a. antidepressivos tricíclicos (ADTs)

Opções primárias

» **imipramina:** 10-25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 2-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

ou

» **clomipramina:** 12.5 a 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 250 mg/dia

» Os ADTs são indicados em pacientes com falha terapêutica com um ou mais ISRS/IRSN ou TCC, ou em pacientes com dor neuropática.

» São menos favoráveis em termos de efeitos adversos, podendo não ser tão bem tolerados quanto os ISRSs.[116]

» Os níveis da imipramina devem ser monitorados rigorosamente, devido a seu índice terapêutico relativamente restrito.

associado a psicoeducação e orientação de estilo de vida

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Ofereça psicoeducação assim que o diagnóstico for feito.[12] A parte mais importante

Contínua

da abordagem de tratamento é a informação e educação sobre a natureza do pânico e ansiedade. Em especial, o pânico é uma reação compreensível a perigos percebidos (a reação de lutar ou fugir). O medo surge de interpretações errôneas de sensações corporais normais. Desenhar um diagrama simples junto com a pessoa - conectando os sintomas, a interpretação, a ansiedade com setas em um 'círculo vicioso' - pode ser útil. É importante que a pessoa perceba que a primeira meta do tratamento não é aplacar toda a ansiedade, mas conseguir controlá-la. Algumas tentativas da pessoa de lidar com o problema (por exemplo, evitação ou busca por segurança) são compreensíveis, mas acabam inadvertidamente mantendo o problema.

» A orientação sobre fatores de estilo de vida inclui: sono de boa qualidade; exercícios regulares; consumo reduzido de cafeína, tabaco e bebidas alcoólicas; dieta saudável e envolver-se em atividades significativas e apoio social saudável.[4]

adjunta **terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Com a TCC adjuvante, observa-se aumento da adesão à medicação e das taxas de resposta, com redução da dose do medicamento necessária para assumir o controle dos sintomas.[88] [99] [101] [102] [103] Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.[146]

» A TCC pode ser feita de maneira presencial (individual ou em grupo) ou como TCC digital (TCCd) acessada por computador, tablet ou aplicativo de smartphone. A TCCd pode ser considerada uma opção de primeira linha igual à TCC presencial.[4] Ciclos de TCCd podem ser integrados à terapia presencial e podem ser supervisionados por um médico ou concluídos em forma de autoajuda. A TCCd guiada geralmente é mais eficaz que a TCCd não guiada; isso envolve ajuda e contato regulares para completar o ciclo, embora isso não precise, necessariamente ser feito por um médico.[4]

» A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento,

Contínua

treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha numa situação temida pelo tempo necessário para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação, demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

3a. benzodiazepínicos**Opções primárias**

» **clonazepam**: 0.25 mg por via oral duas vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 0.25 a 0.5 mg/dia a cada 3 dias de acordo com a resposta, máximo de 4 mg/dia

Opções secundárias

» **alprazolam**: 0.25 a 0.5 mg por via oral (liberação imediata) quatro vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 1 mg/dia a cada 3-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 6 mg/dia

ou

» **lorazepam**: 0.5 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 6 mg/dia

ou

» **diazepam**: 2.5 mg por via oral (liberação imediata) duas vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

» Alguns médicos podem considerar a oferta de monoterapia com benzodiazepínicos aos pacientes com transtorno de pânico e ansiedade comórbida com história de intolerância a antidepressivos. Os benzodiazepínicos não são recomendados para pacientes com transtorno de pânico por algumas diretrizes internacionais, por exemplo aquelas do National Institute for

Contínua

Health and Care Excellence do Reino Unido, devido a preocupações acerca de desfechos negativos no longo prazo.[62] No entanto, o uso cauteloso em curto prazo de benzodiazepínicos é recomendado por outras diretrizes como uma opção alternativa para pacientes selecionados com transtornos de pânico.[4] [63] As evidências sobre os benzodiazepínicos para transtornos de pânico geralmente são de baixa qualidade e cobrem apenas o uso de curto prazo, fornecendo orientação limitada para a prática clínica.[124] Os benzodiazepínicos são recomendados apenas para uso em curto prazo (por exemplo, 2 a 4 semanas).[127]

» Os benzodiazepínicos têm um rápido início de ação e geralmente são bem tolerados, embora a dependência fisiológica possa ocorrer em apenas 2 a 4 semanas.[139] [148] [149] [150] Evite os benzodiazepínicos nos pacientes com história prévia ou vigente de uso indevido de substâncias.[4]

» Em caso de indicação de benzodiazepínicos, pode-se preferir agentes programados e de ação mais prolongada, para que o uso do medicamento dependa mais do tempo que da resposta/episódio de pânico. O uso de benzodiazepínicos de curta duração, "se necessário", pode gerar dependência psicológica desses medicamentos nos pacientes, restringido a capacidade do paciente de desenvolver um espaço interno de controle sobre esses sintomas.

» O tratamento com benzodiazepínicos em longo prazo deve ser raro, supervisionado, feito com cautela e baseado na consideração cuidadosa dos riscos e benefícios previstos dos benzodiazepínicos para o paciente individual; a opinião de um especialista (por exemplo, de um psiquiatra ou especialista em dependência) é aconselhável. Deve-se oferecer regularmente aos pacientes em uso de benzodiazepínicos por longos prazos a oportunidade de interromperem gradualmente esse uso; recomenda-se o tratamento com a menor dose que for efetiva.[127] [130]

» A descontinuação abrupta ou esquemas acelerados de redução podem aumentar o risco de sintomas de abstinência.

associado a psicoeducação e orientação de estilo de vida

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

Contínua

» Ofereça psicoeducação assim que o diagnóstico for feito.[12] A parte mais importante da abordagem de tratamento é a informação e educação sobre a natureza do pânico e ansiedade. Em especial, o pânico é uma reação compreensível a perigos percebidos (a reação de lutar ou fugir). O medo surge de interpretações errôneas de sensações corporais normais. Desenhar um diagrama simples junto com a pessoa - conectando os sintomas, a interpretação, a ansiedade com setas em um 'círculo vicioso' - pode ser útil. É importante que a pessoa perceba que a primeira meta do tratamento não é aplacar toda a ansiedade, mas conseguir controlá-la. Algumas tentativas da pessoa de lidar com o problema (por exemplo, evitação ou busca por segurança) são compreensíveis, mas acabam inadvertidamente mantendo o problema.

» A orientação sobre fatores de estilo de vida inclui: sono de boa qualidade; exercícios regulares; consumo reduzido de cafeína, tabaco e bebidas alcoólicas; dieta saudável e envolver-se em atividades significativas e apoio social saudável.[4]

adjunta **terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Em especial, os pacientes que tenham descontinuado o uso de benzodiazepínicos podem beneficiar-se da TCC adjuvante.[107] [108]

» Com a TCC adjuvante, observa-se aumento da adesão à medicação e das taxas de resposta, com redução da dose do medicamento necessária para assumir o controle dos sintomas.[88] [99] [101] [102] [103] Pacientes com transtornos de ansiedade (incluindo transtorno do pânico) que são tratados com TCC apresentam melhora significativa nos sintomas durante os 24 meses após o término do tratamento.[146]

» A TCC pode ser feita de maneira presencial (individual ou em grupo) ou como TCC digital (TCCd) acessada por computador, tablet ou aplicativo de smartphone. A TCCd pode ser considerada uma opção de primeira linha igual à TCC presencial.[4] Ciclos de TCCd podem ser integrados à terapia presencial e podem ser supervisionados por um médico ou concluídos em forma de autoajuda. A TCCd guiada geralmente é mais eficaz que a TCCd não guiada; isso envolve ajuda e contato

Contínua

regulares para completar o ciclo, embora isso não precise, necessariamente ser feito por um médico.[4]

» A TCC como terapia nos transtornos de pânico envolve uma combinação de atividades educativas, automonitoramento, treinamento sobre relaxamento, enfrentamento de pensamentos de estilos negativos, treinamento com exposição a situações de medo e exposição sistemática a sensações físicas desconfortáveis.

» A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas. O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha numa situação temida pelo tempo necessário para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação, demonstrar comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança. Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais.

ataques de pânico sem transtorno de pânico

1a. aconselhamento e monitoramento

» Explique aos pacientes que os ataques de pânico afetam até um terço dos indivíduos durante a vida, sendo que menos que 10% desses indivíduos sofrem de transtorno de pânico completo e que, embora esses ataques sejam desconfortáveis, não são perigosos e são limitados no tempo.

» Incentive os pacientes a monitorarem a intensidade, a frequência e a duração dos ataques, bem como se estes episódios são esperados ou inesperados.

» Materiais de autoajuda fundamentados nos princípios da terapia cognitivo-comportamental são benéficos. A disponibilização de materiais escritos para uso independente ou em conjunto com contatos telefônicos breves pode ajudar a reduzir sintomas relacionados com o pânico.[80][81]

» Marque uma avaliação de acompanhamento ou uma ligação telefônica de checagem em até 2 semanas para reavaliar os sintomas do paciente. Veja acima o tratamento recomendado para pacientes que atendem aos critérios do DSM-5-TR para transtorno de pânico.

Contínua**associado a psicoeducação e orientação de estilo de vida**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

- » A parte mais importante da abordagem de tratamento é a informação e educação sobre a natureza do pânico e ansiedade. Em especial, o pânico é uma reação compreensível a perigos percebidos (a reação de lutar ou fugir). O medo surge de interpretações errôneas de sensações corporais normais. Desenhar um diagrama simples junto com a pessoa - conectando os sintomas, a interpretação, a ansiedade com setas em um 'círculo vicioso' - pode ser útil. É importante que a pessoa perceba que a primeira meta do tratamento não é aplacar toda a ansiedade, mas conseguir controlá-la. Algumas tentativas da pessoa de lidar com o problema (por exemplo, evitação ou busca por segurança) são compreensíveis, mas acabam inadvertidamente mantendo o problema.
- » A orientação sobre fatores de estilo de vida inclui: sono de boa qualidade; exercícios regulares; consumo reduzido de cafeína, tabaco e bebidas alcoólicas; dieta saudável e envolver-se em atividades significativas e apoio social saudável.[4]

Novidades

Intervenções breves de terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Investigações comprovam o benefício inicial de um protocolo abreviado de TCC (5 sessões) para transtorno de pânico e uma intervenção de 1 sessão com TCC oferecida nos prontos-socorros no transtorno de pânico.[151] [152] Demonstrou-se que um programa de 8 dias de TCC intensiva para adolescentes com transtorno de pânico é eficaz na redução dos sintomas de pânico e do transtorno de ansiedade comórbido.[153]

Aplicativos de saúde mental

Vários aplicativos de saúde mental foram desenvolvidos para condições relacionadas a pânico e ansiedade. As intervenções baseadas em smartphones têm o benefício potencial de disseminação em grande escala com baixo custo. Infelizmente, muitos aplicativos disponíveis não têm evidências empíricas de sua eficácia. Uma metanálise mostrou que os aplicativos podem reduzir os sintomas gerais de ansiedade em relação às condições de controle, mas existe uma má qualidade entre os aplicativos específicos para o pânico.[154] [155]

Anticonvulsivantes

Pode-se usar gabapentina em pacientes com transtorno de pânico clínico.[156] A pregabalina e a lamotrigina também têm sido usadas nos transtornos de ansiedade, embora não se conheça seu papel no tratamento dos transtornos de pânico.[157]

Antidepressivos novos

Em uma metanálise de 2013, a mirtazapina foi mais eficaz para níveis de ansiedade que para sintomas do pânico em pacientes com transtorno de pânico.[85] A mirtazapina tem um perfil único de efeitos colaterais que pode ser desejável em determinadas populações.[158] [159]

Prevenção primária

Para transtornos de ansiedade em geral, as intervenções de prevenção (que envolvem terapia cognitivo-comportamental [TCC], intervenções educativas ou ambas) podem ter um pequeno efeito positivo.[47] No entanto, não está claro como esse achado pode contribuir para o desenvolvimento de programas de prevenção da ansiedade em ambientes clínicos da vida real. Não há medidas primárias estabelecidas que previnam os ataques de pânico ou transtorno de pânico.

Prevenção secundária

Oriente os pacientes a evitarem determinados hábitos como tomar café e fumar, pois produzem sensações físicas semelhantes a episódios de pânico.[6] [46] Incentivar a retomada gradual dos exercícios físicos.[62]

Discussões com os pacientes

Incentive os pacientes a aprenderem mais sobre a natureza e o tratamento da ansiedade e pânico. Programas de tratamento online baseados em habilidades, como aqueles do [Anxieties.com](http://www.anxieties.com), pode ser a opção preferencial para alguns pacientes. [Anxieties.com] (<http://www.anxieties.com>)

Explique aos pacientes que apresentam novos episódios de ataque de pânico que estes ataques são comuns e afetam até um terço dos indivíduos ao longo de suas vidas; menos de 10% desses indivíduos sofrem de transtorno de pânico completo com ataques recorrentes e comportamentos de evitação e, embora esses ataques sejam desconfortáveis, não são perigosos e são limitados no tempo. Incentive

os pacientes a monitorarem a intensidade, a frequência e a duração dos ataques, bem como se estes episódios são esperados ou inesperados.

Explique aos pacientes com transtorno de pânico sobre as opções de terapia baseadas em evidências disponíveis atualmente, especialmente a eficácia e efetividade da farmacoterapia e a terapia cognitivo-comportamental.

A ansiedade, o comportamento de evitação e o uso de substâncias podem manter os ataques e sensações físicas desconfortáveis ao longo do tempo. Normalizar o sofrimento do paciente e a sua ambivalência pelo tratamento do pânico pode ajudar a incentivar a adesão ao tratamento.

Alerte os pacientes de que recomeçar certas atividades, tais como tomar café, consumir bebidas alcoólicas e o tabagismo, pode produzir sensações físicas desconfortáveis similares aos episódios de pânico. Incentivar a retomada gradual dos exercícios físicos.[62]

Após a apresentação inicial, incentive os pacientes a monitorarem a intensidade, a frequência e a duração dos ataques, bem como se estes episódios são esperados ou inesperados. Marque uma avaliação de acompanhamento ou uma ligação telefônica de checagem em até 2 semanas para reavaliar os sintomas do paciente.

Um grande estudo de coorte de base populacional do Reino Unido demonstrou que o uso de antidepressivos pode estar associado a um aumento modesto do risco de ganho de peso em longo prazo em 10 anos, sendo o risco maior no segundo e terceiro anos de tratamento. Embora o número necessário para causar dano pareça ser baixo (supondo que a relação seja causal, 59 pessoas precisariam ser tratadas devido ao desenvolvimento de ganho de peso de 5% ou mais), tal associação poderia ter um impacto significativo no nível da população. Com base nisso, recomenda-se que os profissionais de saúde discutam a possibilidade de ganho de peso com seus pacientes que necessitam de tratamento antidepressivo e forneçam orientações sobre dieta e exercícios.[165]

Monitoramento

Monitoramento

Monitore a possibilidade de retorno dos ataques de pânico e o comportamento de evitação em longo prazo na unidade de saúde.

A farmacoterapia para transtorno de pânico deve continuar durante, no mínimo, 1 ano após o ponto de resposta ao tratamento para garantir a redução dos sintomas e proteger contra a recidiva.^[140] As taxas de recidiva podem ser altas após a descontinuação do medicamento e da psicoterapia. Devido a uma taxa significativa de recidiva, assegure-se de que o paciente alcance o funcionamento máximo antes de descontinuar os medicamentos.^{[142] [143]}

Visitas periódicas de acompanhamento para monitorar a evolução em longo prazo podem favorecer ao médico a oportunidade de reiniciar a farmacoterapia, caso indicada. Antidepressivos de manutenção e sessões de terapia cognitivo-comportamental de reforço podem ser indicados para contrabalançar a recidiva ao longo do tempo.

Ataques de pânico são comuns a outros transtornos de ansiedade, humor e de uso de substâncias; portanto, recomenda-se um rastreamento adicional para essas condições.

Complicações

Complicações	Período de ocorrência	Probabilidade
síndrome de abstinência serotoninérgica	curto prazo	Médias
<p>A retirada repentina de agentes serotoninérgicos com meia-vida mais curta (por exemplo, a paroxetina ou a venlafaxina) pode causar sintomas de agudos de abstinência (por exemplo, tontura, irritabilidade, náuseas e ansiedade causada por efeito rebote).</p> <p>Recomenda-se que o paciente retome o tratamento com o agente inibidor seletivo de recaptção de serotonina e cumpra um esquema lento e gradual de redução, sob supervisão médica rigorosa.</p>		
transtorno relacionado ao uso de substâncias	variável	Médias
<p>O transtorno relacionado ao uso de substâncias pode se desenvolver como uma forma de controlar a ansiedade geral e sintomas desconfortáveis de pânico.</p> <p>Várias substâncias também podem mimetizar sensações relacionadas com pânico, em especial em momentos de abstinência aguda, complicando desta forma o tratamento.</p> <p>O uso e a dependência da nicotina é desproporcionalmente alto entre pacientes com transtorno de pânico.[6]</p> <p>Pode-se indicar o encaminhamento a programas de tratamento para o uso de substâncias.</p>		
ambivalência quanto ao encaminhamento de saúde mental ou medo excessivo da psicoterapia cognitiva-comportamental	variável	Médias
<p>Conversar sobre as preocupações e a resistência, utilizando técnicas motivacionais.</p> <p>Pode-se consultar um profissional da saúde mental local para obter orientações adicionais ou opções de encaminhamento. Os pacientes podem beneficiar-se de materiais educativos via Internet disponibilizados pela Anxiety and Depression Association of America. [Anxiety and Depression Association of America] (http://www.adaa.org)</p>		
Disfunção sexual pós-ISRS/IRSN	variável	Médias
<p>A disfunção sexual pode ocorrer durante o tratamento com inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRSs) e inibidores da recaptção da serotonina-noradrenalina (IRSNs) e há alguma evidência de que ela pode persistir após a descontinuação do tratamento em alguns pacientes.[163] Os sintomas incluem dormência genital, diminuição do desejo sexual, disfunção erétil, secura vaginal, incapacidade de excitação ou de orgasmo e ejaculação precoce. A prevalência e a incidência não são claras, assim como a causa e os possíveis mecanismos da disfunção sexual pós-ISRS.[164]</p>		

Prognóstico

O transtorno de pânico é um quadro clínico comum relacionado com alta utilização de serviços de saúde. Estudos naturalísticos longitudinais indicam que o curso do transtorno de pânico não tratado pode se mostrar crônico e incapacitante.^[29] Taxas de recidiva são maiores em mulheres que em homens.

O manejo efetivo do transtorno de pânico requer detecção precoce, educação e a recomendação de farmacoterapia baseada em evidências e/ou terapia cognitiva comportamental (TCC). Em um estudo longitudinal da TCC, 87% dos pacientes não apresentavam sintomas de pânico ao final do tratamento, 96% continuavam em remissão ao acompanhamento de 2 anos, 77% ao acompanhamento de 5 anos e 67% ao acompanhamento de 7 anos.^[160] Outros estudos longitudinais da TCC sugerem que muitos pacientes ainda sentem sintomas de pânico com o passar do tempo, necessitando, portanto, de monitoramentos adicionais.^[161] A probabilidade de recidiva pode ser reduzida por sessões de reforço baseadas em exposição.

A farmacoterapia para transtorno de pânico deve continuar durante, no mínimo, 1 ano após o ponto de resposta ao tratamento para garantir a redução dos sintomas e proteger contra a recidiva.^{[140] [141]} As taxas de recidiva após a retirada dos medicamentos é de cerca 55% a 70%.^[162] A descontinuação dos medicamentos antidepressivos está associada a taxas moderadas de recidiva, ao passo que a descontinuação dos benzodiazepínicos está associada a um maior risco de recaída. Há evidências que sugerem que a TCC tem um efeito positivo duradouro de pelo menos 12 meses após a conclusão do tratamento, em comparação com as condições de controle.^[145] O manejo em longo prazo do transtorno de pânico requer dosagem adequada e segurança de que o funcionamento máximo seja obtido para permitir a descontinuação dos medicamentos.^[142] Pode-se indicar uma combinação de antidepressivos com TCC no manejo da recaída; alguns pacientes precisam continuar recebendo farmacoterapia de manutenção e sessões de TCC de reforço com vistas à proteção contra recidiva a longo prazo.^{[104] [105] [106] [142]}

Diretrizes diagnósticas

Reino Unido

Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management (<https://www.nice.org.uk/guidance/CG113>)

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação: 2020

América do Norte

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: 5th edition, text revision (DSM-5-TR) (<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>)

Publicado por: American Psychiatric Association

Última publicação: 2022

Diretrizes de tratamento

Reino Unido

Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>)

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação: 2020

Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines (<http://www.bap.org.uk/docsbycategory.php?docCatID=2>)

Publicado por: British Association for Psychopharmacology

Última publicação: 2014

América do Norte

Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress, and obsessive compulsive disorders (<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/S1/S1>)

Publicado por: Anxiety Disorders Association of Canada

Última publicação: 2014

Oceania

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder (<https://www.ranzcp.org/Resources/Statements-Guidelines.aspx>)

Publicado por: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists

Última publicação: 2018

Recursos online

1. [Anxiety and Depression Association of America \(http://www.adaa.org\)](http://www.adaa.org) (*external link*)
 2. [Anxieties.com \(http://www.anxieties.com\)](http://www.anxieties.com) (*external link*)
-

Tabelas de evidência

Quais são os benefícios e malefícios das psicoterapias em adultos com transtorno de pânico?

 Esta tabela é um sumário da análise relatada em uma Resposta Clínica Cochrane que enfoca a importante questão clínica acima.



Cochrane
Clinical Answers

Ver a Resposta Clínica Cochrane fonte completa (<https://www.cochranelibrary.com/cca/doi/10.1002/cca.1378/full>)

Evidência C *

A confiança nas evidências é muito baixa ou baixa quando GRADE foi realizado, e a intervenção pode ser mais eficaz/benéfica que a comparação para os desfechos principais. No entanto, isso é incerto, e novas evidências podem mudar esse cenário no futuro.

População: Adultos com transtorno de pânico com ou sem agorafobia

Intervenção: Psicoterapias (psicoeducação; psicoterapia de suporte; psicoterapias; terapias comportamentais; terapia cognitiva; terapia cognitivo-comportamental (TCC); TCC da terceira onda; psicoterapia psicodinâmica)

Comparação: Ausência de tratamento; lista de espera; atenção/placebo psicológico; psicoterapia alternativa da lista acima

Desfecho	Eficácia (classificação do BMJ) [†]	Confiança na evidência (GRADE) [‡]
Remissão (curto prazo, média de 3 meses)	Favorece a psicoterapia de suporte (classificada em primeiro) a b	Baixo
Resposta (curto prazo, média de 3 meses)	Favorece a TCC (classificada em primeiro) ^a	Baixo
Melhora do transtorno de pânico (curto prazo, média de 3 meses)	Favorece psicoterapias psicodinâmicas (classificadas em primeiro) ^a	Baixo
Remissão/resposta (longo prazo, média de 12 meses)	Favorece a TCC (classificada em primeiro) ^a	Baixo
Supressão (curto prazo, média de 3 meses)	Favorece a ausência de tratamento (classificada em primeiro) ^a	Baixo

Nota

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Jul 14, 2023resistente.

Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos). © BMJ Publishing Group Ltd 2025. Todos os direitos reservados.

A revisão Cochrane que respalda esses resultados conclui que a TCC - a psicoterapia mais estudada - geralmente foi superior a outras terapias, embora o tamanho do efeito tenha sido pequeno e o nível de precisão costume ser insuficiente ou clinicamente irrelevante. Recomenda-se precaução ao interpretar a classificação das intervenções, pois GRADE é baixo para todos os desfechos.

^a A Resposta Clínica Cochrane (RCC) baseia-se em uma metanálise em rede em que intervenções da mesma classe de tratamentos são comparadas com múltiplas opções por meio de comparações diretas e indiretas que buscam determinar a melhor opção geral daquele grupo. Ela classifica a intervenção com melhor desempenho para cada desfecho, e incluímos nesta tabela as intervenções classificadas nos primeiros lugares para cada desfecho (consulte a RCC para obter mais informações).

^b Para este desfecho, a psicoterapia de suporte foi classificada em primeiro, à frente da TCC, das terapias psicodinâmicas, do treinamento cognitivo, da terapia comportamental, das psicoterapias, da ausência de tratamento e da lista de espera. No entanto, a RCC observa que, como a psicoterapia de suporte foi relacionada com uma análise de rede mais ampla por meio de um único grupo de comparação e foi comparada apenas com a TCC nos ensaios clínicos avaliados pelos revisores, esse resultado deve ser interpretado com precaução.

*** Níveis de evidência**

O nível de Evidência é uma classificação interna aplicada pelo BMJ Best Practice. Consulte a seção [Kit de ferramentas em MBE \(https://bestpractice.bmj.com/info/evidence-tables/\)](https://bestpractice.bmj.com/info/evidence-tables/) para obter detalhes.

Confiança na evidência

- A** - Alta ou moderada a alta
- B** - Moderada ou baixa a moderada
- C** - Muito baixa ou baixa

† Eficácia (classificação do BMJ)

Baseada na significância estatística, a qual demonstra que os resultados têm pouca probabilidade de serem devidos ao acaso, mas a qual não necessariamente se traduz em uma significância clínica.

‡ Classificações de certeza da GRADE

Alto	Os autores estão muito confiantes de que o efeito real seja similar ao efeito estimado.
Moderado	Os autores estão moderadamente confiantes de que o efeito real seja próximo ao efeito estimado.
Baixo	Os autores têm confiança limitada na estimativa do efeito, e o efeito real pode ser substancialmente diferente.
Muito baixo	Os autores têm muito pouca confiança na estimativa do efeito, e o efeito real provavelmente é substancialmente diferente.

[Kit de Ferramentas em MBE do BMJ Best Practice: O que é o GRADE? \(https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/learn-ebm/what-is-grade/\)](https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/learn-ebm/what-is-grade/)

Principais artigos

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., text revision, (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
- Andrews G, Bell C, Boyce P, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2018;52(12):1109-172. [Texto completo \(https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0004867418799453\)](https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0004867418799453)
- Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, et al. Anxiety disorders. Lancet. 2021 Mar 6;397(10277):914-27. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9248771\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9248771) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33581801?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33581801?tool=bestpractice.bmj.com)
- Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry. 2014;14 Suppl 1:S1. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1\)](https://www.doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25081580?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25081580?tool=bestpractice.bmj.com)
- Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, et al. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. JAMA. 2010 May 19;303(19):1921-8. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20483968?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20483968?tool=bestpractice.bmj.com)

Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., text revision, (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
2. Olaya B, Moneta MV, Miret M, et al. Epidemiology of panic attacks, panic disorder and the moderating role of age: results from a population-based study. J Affect Disord. 2018 Dec 1;241:627-33. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30172214?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30172214?tool=bestpractice.bmj.com)
3. de Jonge P, Roest AM, Lim CC, et al. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. Depress Anxiety. 2016 Dec;33(12):1155-77. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5143159\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5143159) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27775828?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27775828?tool=bestpractice.bmj.com)
4. Andrews G, Bell C, Boyce P, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2018;52(12):1109-172. [Texto completo \(https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0004867418799453\)](https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0004867418799453)
5. Goodwin RD, Eaton WW. Asthma and the risk of panic attacks among adults in the community. Psychol Med. 2003;33:879-885. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12877402?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12877402?tool=bestpractice.bmj.com)

6. Zvolensky MJ, Feldner MT, Leen-Feldner EW, et al. Smoking and panic attacks, panic disorder, and agoraphobia: a review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev*. 2005;25:761-789. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15975699?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15975699?tool=bestpractice.bmj.com)
7. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Apr;63(4):415-24. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1958997\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1958997) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16585471?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16585471?tool=bestpractice.bmj.com)
8. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al. The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2006 Mar;67(3):363-74. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16649821?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16649821?tool=bestpractice.bmj.com)
9. Goodwin RD, Faravelli C, Rosi S, et al. The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005 Aug;15(4):435-43. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15925492?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15925492?tool=bestpractice.bmj.com)
10. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med*. 2007 Mar 6;146(5):317-25. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17339617?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17339617?tool=bestpractice.bmj.com)
11. Roy-Byrne PP, Wagner AW, Schraufnagel TJ. Understanding and treating panic disorder in the primary care setting. *J Clin Psychiatry*. 2005;66 Suppl 4:16-22. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15842183?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15842183?tool=bestpractice.bmj.com)
12. Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, et al. Anxiety disorders. *Lancet*. 2021 Mar 6;397(10277):914-27. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9248771\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9248771) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33581801?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33581801?tool=bestpractice.bmj.com)
13. Clayton AH, Stewart RS, Fayyad R, et al. Sex differences in clinical presentation and response in panic disorder: pooled data from sertraline treatment studies. *Arch Womens Ment Health*. 2006 May;9(3):151-7. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16292466?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16292466?tool=bestpractice.bmj.com)
14. Hammerness P, Harpold T, Petty C, et al. Characterizing non-OCD anxiety disorders in psychiatrically referred children and adolescents. *J Affect Disord*. 2008 Jan;105(1-3):213-9. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17572506?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17572506?tool=bestpractice.bmj.com)
15. Goodwin RD, Lieb R, Hoefler M, et al. Panic attack as a risk factor for severe psychopathology. *Am J Psychiatry*. 2004 Dec;161(12):2207-14. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15569891?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15569891?tool=bestpractice.bmj.com)
16. Lamers F, van Oppen P, Comijs HC, et al. Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Clin Psychiatry*. 2011 Mar;72(3):341-8. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21294994?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21294994?tool=bestpractice.bmj.com)

17. Cosci F, Knuts IJ, Abrams K, et al. Cigarette smoking and panic: a critical review of the literature. *J Clin Psychiatry*. 2010 May;71(5):606-15. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19961810?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19961810?tool=bestpractice.bmj.com)
18. Rodriguez BF, Bruce SE, Pagano ME, et al. Relationships among psychosocial functioning, diagnostic comorbidity, and the recurrence of generalized anxiety disorder, panic disorder, and major depression. *J Anxiety Disord*. 2005;19(7):752-66. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16076422?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16076422?tool=bestpractice.bmj.com)
19. Roy-Byrne PP, Stein MB, Russo J, et al. Panic disorder in the primary care setting: comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *J Clin Psychiatry*. 1999 Jul;60(7):492-9. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10453807?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10453807?tool=bestpractice.bmj.com)
20. Penninx BW, Nolen WA, Lamers F, et al. Two-year course of depressive and anxiety disorders: results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord*. 2011 Sep;133(1-2):76-85. [Texto completo \(https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032711001108?via%3Dihub\)](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032711001108?via%3Dihub) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21496929?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21496929?tool=bestpractice.bmj.com)
21. Teismann T, Lukaschek K, Hiller TS, et al. Suicidal ideation in primary care patients suffering from panic disorder with or without agoraphobia. *BMC Psychiatry*. 2018 Sep 24;18(1):305. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6154913\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6154913) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30249220?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30249220?tool=bestpractice.bmj.com)
22. Hettema JM, Neale NC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2001 Oct;158(10):1568-78. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11578982?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11578982?tool=bestpractice.bmj.com)
23. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, et al. Panic disorder in women: a population-based twin study. *Psychol Med*. 1993 May;23(2):397-406. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8332656?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8332656?tool=bestpractice.bmj.com)
24. Meier SM, Deckert J. Genetics of anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2019 Mar 2;21(3):16. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30826936?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30826936?tool=bestpractice.bmj.com)
25. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein M. Panic disorder. *Lancet*. 2006 Sep 16;368(9540):1023-32. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16980119?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16980119?tool=bestpractice.bmj.com)
26. Howe AS, Buttenschøn HN, Bani-Fatemi A, et al. Candidate genes in panic disorder: meta-analyses of 23 common variants in major anxiogenic pathways. *Mol Psychiatry*. 2016 May;21(5):665-79. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26390831?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26390831?tool=bestpractice.bmj.com)
27. Deckert J, Weber H, Villmann C, et al. GLRB allelic variation associated with agoraphobic cognitions, increased startle response and fear network activation: a potential neurogenetic pathway to panic disorder. *Mol Psychiatry*. 2017 Oct;22(10):1431-9. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28167838?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28167838?tool=bestpractice.bmj.com)
28. Schartner C, Ziegler C, Schiele MA, et al. CRHR1 promoter hypomethylation: An epigenetic readout of panic disorder? *Eur Neuropsychopharmacol*. 2017 Apr;27(4):360-71. [Texto completo](#)

(<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924977X17300184>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28233670?tool=bestpractice.bmj.com>)

29. Barlow DH. Anxiety and its disorders. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
30. Leskin GA, Sheikh JI. Lifetime trauma history and panic disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *J Anxiety Disord.* 2002;16(6):599-603. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12405520?tool=bestpractice.bmj.com>)
31. Niccolai V, van Duinen MA, Griez EJ. Respiratory patterns in panic disorder reviewed: a focus on biological challenge tests. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;120:167-177. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19548964?tool=bestpractice.bmj.com>)
32. Schmidt NB, Lerew DR, Jackson RJ. Prospective evaluation of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: replication and extension. *J Abnorm Psych.* 1999;108:532-537. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10466277?tool=bestpractice.bmj.com>)
33. LeDoux J, Daw ND. Surviving threats: neural circuit and computational implications of a new taxonomy of defensive behaviour. *Nat Rev Neurosci.* 2018 May;19(5):269-82. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29593300?tool=bestpractice.bmj.com>)
34. Clark DA, Beck AT. Cognitive therapy of anxiety disorders: science and practice. New York, NY: The Guilford Press; 2010.
35. Hirshfeld DR, Smoller JW, Fredman SJ, et al. Early antecedents of panic disorder: genes, childhood, and the environment. In: Rosenbaum JF, Pollack MH, eds. *Panic disorder and its treatment.* New York, NY: Marcel Dekker Inc; 1998:93-152.
36. Pine DS, Fox NA. Childhood antecedents and risk for adult mental disorders. *Annu Rev Psychol.* 2015 Jan 3;66:459-85. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25559116?tool=bestpractice.bmj.com>)
37. Naragon-Gainey K. Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychol Bull.* 2010 Jan;136(1):128-50. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20063929?tool=bestpractice.bmj.com>)
38. Gorman JM, Kent JM, Sullivan GM, et al. Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *Am J Psychiatry.* 2000 Apr;157(4):493-505. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10739407?tool=bestpractice.bmj.com>)
39. Roy-Byrne PP, Cowley DS. Search for pathophysiology of panic disorder. *Lancet.* 1998 Nov 21;352(9141):1646-7. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9853434?tool=bestpractice.bmj.com>)
40. Wu Y, Zhong Y, Ma Z, et al. Gray matter changes in panic disorder: A voxel-based meta-analysis and meta-analytic connectivity modeling. *Psychiatry Res Neuroimaging.* 2018 Dec 30;282:82-89. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30340800?tool=bestpractice.bmj.com>)
41. Abelson JL, Khan S, Liberzon I, et al. HPA axis activity in patients with panic disorder: review and synthesis of four studies. *Depress Anxiety.* 2007;24(1):66-76. Texto completo (<https://>)

- deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/55906) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16845643?tool=bestpractice.bmj.com>)
-
42. Marin MF, Hammoud MZ, Klumpp H, et al. Multimodal categorical and dimensional approaches to understanding threat conditioning and its extinction in individuals with anxiety disorders. *JAMA Psychiatry*. 2020 Jun 1;77(6):618-27. Texto completo (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7042941>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32022832?tool=bestpractice.bmj.com>)
-
43. Janiri D, Moser DA, Doucet GE, et al. Shared neural phenotypes for mood and anxiety disorders: a meta-analysis of 226 task-related functional imaging studies. *JAMA Psychiatry*. 2020 Feb 1;77(2):172-9. Texto completo (<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2753513>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31664439?tool=bestpractice.bmj.com>)
-
44. Kircher T, Arolt V, Jansen A, et al. Effect of cognitive-behavioral therapy on neural correlates of fear conditioning in panic disorder. *Biol Psychiatry*. 2013 Jan 1;73(1):93-101. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22921454?tool=bestpractice.bmj.com>)
-
45. Reinecke A, Thilo K, Filippini N, et al. Predicting rapid response to cognitive-behavioural treatment for panic disorder: the role of hippocampus, insula, and dorsolateral prefrontal cortex. *Behav Res Ther*. 2014 Nov;62:120-8. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25156399?tool=bestpractice.bmj.com>)
-
46. Vilarim MM, Rocha Araujo DM, Nardi AE. Caffeine challenge test and panic disorder: a systematic literature review. *Expert Rev Neurother*. 2011 Aug;11(8):1185-95. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21797659?tool=bestpractice.bmj.com>)
-
47. Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Rubio-Valera M, et al. Effectiveness of psychological and/or educational interventions in the prevention of anxiety: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA Psychiatry*. 2017 Oct 1;74(10):1021-9. Texto completo (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5710546>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28877316?tool=bestpractice.bmj.com>)
-
48. Craske MG, Tsao JC. Assessment and treatment of nocturnal panic attacks. *Sleep Med Rev*. 2005 Jun;9(3):173-84. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15893248?tool=bestpractice.bmj.com>)
-
49. Isensee B, Wittchen HU, Stein MB, et al. Smoking increases the risk of panic: findings from a prospective community study. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Jul;60(7):692-700. Texto completo (<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=207565>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12860773?tool=bestpractice.bmj.com>)
-
50. Lewis-Fernández R, Hinton DE, Laria AJ, et al. Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010 Feb;27(2):212-29. Texto completo (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4337390>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20037918?tool=bestpractice.bmj.com>)
-
51. Hollifield M, Finley MR, Skipper B. Panic disorder phenomenology in urban self-identified Caucasian-Non-Hispanics and Caucasian-Hispanics. *Depress Anxiety*. 2003;18(1):7-17. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12900948?tool=bestpractice.bmj.com>)
-

52. Hinton DE, Chhean D, Pich V, et al. Neck-focused panic attacks among Cambodian refugees: a logistic and linear regression analysis. *J Anxiety Disord*. 2006;20(2):119-38. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16464700?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16464700?tool=bestpractice.bmj.com)
53. Hinton DE, Chhean D, Fama JM, et al. Gastrointestinal-focused panic attacks among Cambodian refugees: associated psychopathology, flashbacks, and catastrophic cognitions. *J Anxiety Disord*. 2007;21(1):42-58. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16650726?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16650726?tool=bestpractice.bmj.com)
54. Smith LC, Friedman S, Nevid J. Clinical and sociocultural differences in African American and European American patients with panic disorder and agoraphobia. *J Nerv Ment Dis*. 1999 Sep;187(9):549-60. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10496510?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10496510?tool=bestpractice.bmj.com)
55. Seguí J, Salvador-Carulla I, García I, et al. Semiology and subtyping of panic disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 1998 Apr;97(4):272-7. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9570487?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9570487?tool=bestpractice.bmj.com)
56. Neerakal I, Srinivasan K. A study of the phenomenology of panic attacks in patients from India. *Psychopathology*. 2003 Mar-Apr;36(2):92-7. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12766319?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12766319?tool=bestpractice.bmj.com)
57. Shiori T, Someya T, Murashita S, et al. The symptom structure of panic disorder: a trial using factor and cluster analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 1996 Feb;93(2):80-6. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8686487?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8686487?tool=bestpractice.bmj.com)
58. Deacon B, Lickel J, Abramowitz JS. Medical utilization across the anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2008;22(2):344-50. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17420113?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17420113?tool=bestpractice.bmj.com)
59. Comer JS, Blanco C, Hasin DS, et al. Health-related quality of life across the anxiety disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*. 2011 Jan;72(1):43-50. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3000882\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3000882)
[Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20816036?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20816036?tool=bestpractice.bmj.com)
60. Nepon J, Belik SL, Bolton J, et al. The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depress Anxiety*. 2010 Sep;27(9):791-8. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2940247\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2940247)
[Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20217852?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20217852?tool=bestpractice.bmj.com)
61. de Graaf R, Tuithof M, van Dorsselaer S, et al. Comparing the effects on work performance of mental and physical disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Nov;47(11):1873-83. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22434047?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22434047?tool=bestpractice.bmj.com)
62. National Institute for Health and Care Excellence. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. Jun 2020 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/CG113\)](https://www.nice.org.uk/guidance/CG113)

63. Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14 Suppl 1:S1. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1\)](https://www.doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25081580?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25081580?tool=bestpractice.bmj.com)
64. Weber BE, Kapoor WN. Evaluation and outcomes of patients with palpitations. *Am J Med*. 1996 Feb;100(2):138-48. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8629647?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8629647?tool=bestpractice.bmj.com)
65. Katerndahl DA. Chest pain and its importance in patients with panic disorder: an updated literature review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2008;10(5):376-83. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2629063\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2629063) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19158976?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19158976?tool=bestpractice.bmj.com)
66. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB; Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA*. 1999 Nov 10;282(18):1737-44. [Texto completo \(http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=192080\)](http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=192080) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10568646?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10568646?tool=bestpractice.bmj.com)
67. Furukawa TA, Katherine Shear M, Barlow DH, ET AL. Evidence-based guidelines for interpretation of the Panic Disorder Severity Scale. *Depress Anxiety*. 2009;26(10):922-9. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2760657\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2760657) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19006198?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19006198?tool=bestpractice.bmj.com)
68. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006 May 22;166(10):1092-7. [Texto completo \(https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410326\)](https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410326) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16717171?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16717171?tool=bestpractice.bmj.com)
69. US Preventive Services Task Force, Barry MJ, Nicholson WK, et al. Screening for anxiety disorders in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2023 Jun 27;329(24):2163-70. [Texto completo \(https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2806250\)](https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2806250) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37338866?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37338866?tool=bestpractice.bmj.com)
70. US Preventive Services Task Force, Mangione CM, Barry MJ, et al. Screening for anxiety in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2022 Oct 11;328(14):1438-44. [Texto completo \(https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2797219\)](https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2797219) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36219403?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36219403?tool=bestpractice.bmj.com)
71. Gregory KD, Chelmos D, Nelson HD, et al. Screening for anxiety in adolescent and adult women: a recommendation from the Women's Preventive Services Initiative. *Ann Intern Med*. 2020 Jul 7;173(1):48-56. [Texto completo \(https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-0580\)](https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-0580) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32510990?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32510990?tool=bestpractice.bmj.com)
72. Barsky AJ, Delamater BA, Orav JE. Panic disorder patients and their medical care. *Psychosomatics*. 1999 Jan-Feb;40(1):50-6. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9989121?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9989121?tool=bestpractice.bmj.com)

73. Imai H, Tajika A, Chen P, et al. Psychological therapies versus pharmacological interventions for panic disorder with or without agoraphobia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Oct 12;10(10):CD011170. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011170.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011170.pub2/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27730622?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27730622?tool=bestpractice.bmj.com)
74. Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, et al. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2010 May 19;303(19):1921-8. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20483968?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20483968?tool=bestpractice.bmj.com)
75. Sullivan G, Craske MG, Sherbourne C, et al. Design of the Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM) study: innovations in collaborative care for anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007 Sep-Oct;29(5):379-87. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2095116\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2095116) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17888803?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17888803?tool=bestpractice.bmj.com)
76. Craske MG, Stein MB, Sullivan G, et al. Disorder-specific impact of coordinated anxiety learning and management treatment for anxiety disorders in primary care. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Apr;68(4):378-88. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074172\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074172) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21464362?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21464362?tool=bestpractice.bmj.com)
77. Rollman BL, Belnap BH, Mazumdar S, et al. Telephone-delivered stepped collaborative care for treating anxiety in primary care: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2017 Mar;32(3):245-55. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5330997\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5330997) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27714649?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27714649?tool=bestpractice.bmj.com)
78. Rollman BL, Herbeck Belnap B, Abebe KZ, et al. Effectiveness of online collaborative care for treating mood and anxiety disorders in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2018 Jan 1;75(1):56-64. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5833533\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5833533) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29117275?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29117275?tool=bestpractice.bmj.com)
79. Munjack DJ, Crocker B, Cabe D, et al. Alprazolam, propranolol, and placebo in the treatment of panic disorder and agoraphobia with panic attacks. *J Clin Psychopharmacol*. 1989 Feb;9(1):22-7. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2651490?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2651490?tool=bestpractice.bmj.com)
80. Sharp DM, Power KG, Swanson V. Reducing therapist contact in cognitive behaviour therapy for panic disorder and agoraphobia in primary care: global measures of outcome in a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2000 Dec;50(461):963-8. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313882\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313882) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11224967?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11224967?tool=bestpractice.bmj.com)
81. Febbraro GA. An investigation into the effectiveness of bibliotherapy and minimal contact interventions in the treatment of panic attacks. *J Clin Psychol*. 2005 Jun;61(6):763-79. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15546141?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15546141?tool=bestpractice.bmj.com)
82. Febbraro GA, Clum GA, Roodman AA, et al. The limits of bibliotherapy: a study of the differential effectiveness of self-administered interventions in individuals with panic attacks. *Beh Ther*. 1999;30(2):209-22.

83. The Reading Agency (UK). Reading Well Books on Prescription scheme. 2018 [internet publication]. [Texto completo \(http://readingagency.org.uk/adults/quick-guides/reading-well/#reading-well-books-on-prescription\)](http://readingagency.org.uk/adults/quick-guides/reading-well/#reading-well-books-on-prescription)
84. Lewis C, Pearce J, Bisson JI. Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2012 Jan;200(1):15-21. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22215865?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22215865?tool=bestpractice.bmj.com)
85. Andrisano C, Chiesa A, Serretti A. Newer antidepressants and panic disorder: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol*. 2013 Jan;28(1):33-45. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23111544?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23111544?tool=bestpractice.bmj.com)
86. Hofmann SG, Sawyer AT, Korte KJ, et al. Is it beneficial to add pharmacotherapy to cognitive-behavioral therapy when treating anxiety disorders? A meta-analytic review. *Int J Cogn Ther*. 2009 Jan 1;2(2):160-75. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2732196\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2732196) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19714228?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19714228?tool=bestpractice.bmj.com)
87. Bandelow B, Reitt M, Röver C, et al. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol*. 2015 Jul;30(4):183-92. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1097/YIC.000000000000078\)](https://www.doi.org/10.1097/YIC.000000000000078) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25932596?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25932596?tool=bestpractice.bmj.com)
88. Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, et al. Cognitive-behavioral therapy, imiprimine, or their combination for panic disorder: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2000 May 17;283(19):2529-36. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10815116?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10815116?tool=bestpractice.bmj.com)
89. Otto MW, Deveney C. Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: efficacy and strategies. *J Clin Psychiatry*. 2005;66 Suppl 4:28-32. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15842185?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15842185?tool=bestpractice.bmj.com)
90. Sánchez-Meca J, Rosa-Alcázar AI, Marín-Martínez F, et al. Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2010 Feb;30(1):37-50. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19775792?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19775792?tool=bestpractice.bmj.com)
91. Carlbring P, Bohman S, Brunt S, et al. Remote treatment of panic disorder: a randomized trial of internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls. *Am J Psychiatry*. 2006;163:2119-2125. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17151163?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17151163?tool=bestpractice.bmj.com)
92. Cuijpers P, Marks IM, van Straten A, et al. Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta-analytic review. *Cogn Behav Ther*. 2009;38:66-82. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20183688?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20183688?tool=bestpractice.bmj.com)
93. Hedman E, Ljótsson B, Lindfors N. Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2012;12:745-764. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23252357?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23252357?tool=bestpractice.bmj.com)

94. Andrews G, Basu A, Cuijpers P, et al. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *J Anxiety Disord.* 2018 Apr;55:70-8. [Texto completo \(https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618517304474?via%3Dihub\)](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618517304474?via%3Dihub) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29422409?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29422409?tool=bestpractice.bmj.com)
95. Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, et al. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS One.* 2010 Oct 13;5(10):e13196. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2954140\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2954140) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20967242?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20967242?tool=bestpractice.bmj.com)
96. Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, et al. Therapist-supported internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(3):CD011565. [Texto completo \(http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011565/full\)](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011565/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25742186?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25742186?tool=bestpractice.bmj.com)
97. Ruwaard J, Broeksteeg J, Schrieken B, et al. Web-based therapist-assisted cognitive behavioral treatment of panic symptoms: a randomized controlled trial with a three-year follow-up. *J Anxiety Disord.* 2010 May;24(4):387-96. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20227241?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20227241?tool=bestpractice.bmj.com)
98. Marchand A, Roberge P, Primiano S, et al. A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: a two-year follow-up. *J Anxiety Disord.* 2009 Dec;23(8):1139-47. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19709851?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19709851?tool=bestpractice.bmj.com)
99. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB, et al. A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 Mar;62(3):290-8. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1237029\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1237029) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15753242?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15753242?tool=bestpractice.bmj.com)
100. Gloster AT, Wittchen HU, Einsle F, et al. Psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: a randomized controlled trial to examine the role of therapist-guided exposure in situ in CBT. *J Consult Clin Psychol.* 2011 Jun;79(3):406-20. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21534651?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21534651?tool=bestpractice.bmj.com)
101. de Beurs E, van Balkom AJ, Lange A, et al. Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo, and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. *Am J Psychiatry.* 1995 May;152(5):683-91. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7726307?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7726307?tool=bestpractice.bmj.com)
102. van Apeldoorn FJ, van Hout WJ, Mersch PP, et al. Is a combined therapy more effective than either CBT or SSRI alone? Results of a multicenter trial on panic disorder with or without agoraphobia. *Acta Psychiatr Scand.* 2008 Apr;117(4):260-70. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18307586?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18307586?tool=bestpractice.bmj.com)
103. Rosenbaum JF, Fredman SJ, Pollack MH. The pharmacotherapy of panic disorder. In: Rosenbaum JF, Pollack MH, eds. *Panic disorder and its treatment.* New York, NY: Marcel Dekker Inc.; 1998:153-80.

104. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2006 Apr;188:305-12. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16582055?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16582055?tool=bestpractice.bmj.com)
105. Bandelow B, Seidler-Brandler U, Becker A, et al. Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2007;8(3):175-87. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654408?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654408?tool=bestpractice.bmj.com)
106. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 24;(1):CD004364. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004364.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004364.pub2/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17253502?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17253502?tool=bestpractice.bmj.com)
107. Otto MW, Pollack MH, Sachs GS, et al. Discontinuation of benzodiazepine treatment: efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1993 Oct;150(10):1485-90. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8379551?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8379551?tool=bestpractice.bmj.com)
108. Spiegel DA, Bruce TJ. Benzodiazepines and exposure-based cognitive-behavior therapies for panic disorder: conclusions from combined treatment trials. *Am J Psychiatry*. 1997 Jun;154(6):773-81. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9167504?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9167504?tool=bestpractice.bmj.com)
109. Bakker A, van Balkom AJ, Stein DJ. Evidence-based pharmacotherapy of panic disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2005 Sep;8(3):473-82. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15804373?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15804373?tool=bestpractice.bmj.com)
110. Bradwejn J, Ahokas A, Stein DJ, et al. Venlafaxine extended-release capsules in panic disorder: flexible-dose, double-blind, placebo-controlled study. *Br J Psychiatry*. 2005 Oct;187:352-9. [Texto completo \(http://bjp.rcpsych.org/content/187/4/352.full\)](http://bjp.rcpsych.org/content/187/4/352.full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16199795?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16199795?tool=bestpractice.bmj.com)
111. Batelaan NM, Van Balkom AJ, Stein DJ. Evidence-based pharmacotherapy of panic disorder: an update. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2012 Apr;15(3):403-15. [Texto completo \(https://academic.oup.com/ijnp/article/15/3/403/721159\)](https://academic.oup.com/ijnp/article/15/3/403/721159) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21733234?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21733234?tool=bestpractice.bmj.com)
112. Freire RC, Hallak JE, Crippa JA, et al. New treatment options for panic disorder: clinical trials from 2000 to 2010. *Expert Opin Pharmacother*. 2011 Jun;12(9):1419-28. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21342080?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21342080?tool=bestpractice.bmj.com)
113. Bighelli I, Castellazzi M, Cipriani A, et al. Antidepressants versus placebo for panic disorder in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Apr 5;4(4):CD010676. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010676.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010676.pub2/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29620793?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29620793?tool=bestpractice.bmj.com)
114. Chawla N, Anothaisintawee T, Charoenrungrueangchai K, et al. Drug treatment for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled

trials. *BMJ*. 2022 Jan 19;376:e066084. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8767458\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8767458) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35045991?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35045991?tool=bestpractice.bmj.com)

115. Bighelli I, Trespido C, Castellazzi M, et al. Antidepressants and benzodiazepines for panic disorder in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Sep 12;9(9):CD011567. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011567.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011567.pub2/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27618521?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27618521?tool=bestpractice.bmj.com)
116. Kimmel RJ, Roy-Byrne PP, Cowley DS. Pharmacological treatments for panic disorder, generalized anxiety disorder, specific phobia, and social anxiety disorder. In: Nathan PE, Gorman JM, eds. *A guide to treatments that work*. 4th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2015:463-506.
117. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, et al. Consensus statement on panic disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 8:47-54. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9707162?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9707162?tool=bestpractice.bmj.com)
118. Pollack MH, Otto MW, Worthington JJ, et al. Sertraline in the treatment of panic disorder: a flexible-dose multicenter trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 Nov;55(11):1010-6. [Texto completo \(http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=204431\)](http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=204431) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9819070?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9819070?tool=bestpractice.bmj.com)
119. Michelson D, Allgulander C, Dantendorfer K, et al. Efficacy of usual antidepressant dosing regimens of fluoxetine in panic disorder: randomized, placebo-controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2001 Dec;179:514-8. [Texto completo \(http://bjp.rcpsych.org/content/179/6/514.full\)](http://bjp.rcpsych.org/content/179/6/514.full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11731354?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11731354?tool=bestpractice.bmj.com)
120. Backish D, Hooper CL, Filteau MJ, et al. A double-blind placebo-controlled trial comparing fluvoxamine and imipramine in the treatment of panic disorder with or without agoraphobia. *Psychopharmacol Bull*. 1996;32(1):135-41. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8927663?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8927663?tool=bestpractice.bmj.com)
121. Leinonen E, Lepola U, Koponen H, et al. Citalopram controls phobic symptoms in patients with panic disorder: randomized controlled trial. *J Psychiatry Neurosci*. 2000 Jan;25(1):24-32. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1407706\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1407706) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10721681?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10721681?tool=bestpractice.bmj.com)
122. Stahl SM, Gergel I, Li D. Escitalopram in the treatment of panic disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2003 Nov;64(11):1322-7. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14658946?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14658946?tool=bestpractice.bmj.com)
123. Mochcovitch MD, Nardi AE. Selective serotonin-reuptake inhibitors in the treatment of panic disorder: a systematic review of placebo-controlled studies. *Expert Rev Neurother*. 2010 Aug;10(8):1285-93. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20662754?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20662754?tool=bestpractice.bmj.com)
124. Breilmann J, Girlanda F, Guaiana G, et al. Benzodiazepines versus placebo for panic disorder in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Mar 28;3:CD010677. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1002/14651858.CD010677.pub2\)](https://www.doi.org/10.1002/14651858.CD010677.pub2) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30921478?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30921478?tool=bestpractice.bmj.com)

125. Balon R, Chouinard G, Cosci F, et al. International task force on benzodiazepines. *Psychother Psychosom.* 2018;87(4):193-4. [Texto completo \(https://www.karger.com/Article/FullText/489538\)](https://www.karger.com/Article/FullText/489538) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29788029?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29788029?tool=bestpractice.bmj.com)
126. Silberman E, Balon R, Starcevic V, et al. Benzodiazepines: it's time to return to the evidence. *Br J Psychiatry.* 2021 Mar;218(3):125-7. [Texto completo \(https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/benzodiazepines-its-time-to-return-to-the-evidence/B4DBF992E78EBCC53DC15930829B79E6\)](https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/benzodiazepines-its-time-to-return-to-the-evidence/B4DBF992E78EBCC53DC15930829B79E6) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33040746?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33040746?tool=bestpractice.bmj.com)
127. Royal Australian College of General Practitioners. Prescribing drugs of dependence in general practice, Part B - benzodiazepines. Jun 2015 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Clinical%20Resources/Guidelines/Drugs%20of%20dependence/Prescribing-drugs-of-dependence-in-general-practice-Part-B-Benzodiazepines.pdf\)](https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Clinical%20Resources/Guidelines/Drugs%20of%20dependence/Prescribing-drugs-of-dependence-in-general-practice-Part-B-Benzodiazepines.pdf)
128. Moylan S, Giorlando F, Nordfjærn T, et al. The role of alprazolam for the treatment of panic disorder in Australia. *Aust N Z J Psychiatry.* 2012 Mar;46(3):212-24. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22391278?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22391278?tool=bestpractice.bmj.com)
129. Moylan S, Staples J, Ward SA, et al. The efficacy and safety of alprazolam versus other benzodiazepines in the treatment of panic disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2011 Oct;31(5):647-52. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21869686?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21869686?tool=bestpractice.bmj.com)
130. Kennedy KM, O'Riordan J. Prescribing benzodiazepines in general practice. *Br J Gen Pract.* 2019 Mar;69(680):152-153. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.3399/bjgp19X701753\)](https://www.doi.org/10.3399/bjgp19X701753) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30819759?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30819759?tool=bestpractice.bmj.com)
131. Worthington JJ 3rd, Pollack MH, Otto MW, et al. Long-term experience with clonazepam in patients with a primary diagnosis of panic disorder. *Psychopharmacol Bull.* 1998;34:199-205. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9641001?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9641001?tool=bestpractice.bmj.com)
132. Hermos JA, Young MM, Lawler EV, et al. Characterizations of long-term anxiolytic benzodiazepine prescriptions in veteran patients. *J Clin Psychopharmacol.* 2005;25:600-604. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16282847?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16282847?tool=bestpractice.bmj.com)
133. Means-Christensen AJ, Roy-Byrne PP, Sherbourne CD, et al. Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care. *Depress Anxiety.* 2008;25(7):593-600. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17932958?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17932958?tool=bestpractice.bmj.com)
134. Caillard V, Rouillon F, Viel JF, et al. Comparative effects of low and high doses of clomipramine and placebo in panic disorder: a double-blind controlled study. *Acta Psychiatr Scand.* 1999 Jan;99(1):51-8. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10066007?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10066007?tool=bestpractice.bmj.com)
135. Ogawa Y, Takeshima N, Hayasaka Y, et al. Antidepressants plus benzodiazepines for adults with major depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Jun 3;6(6):CD001026. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001026.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001026.pub2/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31158298?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31158298?tool=bestpractice.bmj.com)

136. Rush AJ. STAR*D: what have we learned? *Am J Psychiatry*. 2007 Feb;164(2):201-4. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17267779?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17267779?tool=bestpractice.bmj.com)
137. Rathgeb-Fuetsch M, Kempter G, Feil A, et al. Short- and long- term efficacy of cognitive behavioral therapy for DSM-IV panic disorder in patients with and without severe psychiatric comorbidity. *J Psychiatr Res*. 2011 Sep;45(9):1264-8. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21536308?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21536308?tool=bestpractice.bmj.com)
138. Emmrich A, Beesdo-Baum K, Gloster AT, et al. Depression does not affect the treatment outcome of CBT for panic and agoraphobia: results from a multicenter randomized trial. *Psychother Psychosom*. 2012;81(3):161-72. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22399019?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22399019?tool=bestpractice.bmj.com)
139. Bystritsky A. Treatment-resistant anxiety disorders. *Mol Psychiatry*. 2006 Sep;11(9):805-14. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16847460?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16847460?tool=bestpractice.bmj.com)
140. Batelaan NM, Bosman RC, Muntingh A, et al. Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials. *BMJ*. 2017 Sep 13;358:j3927. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5596392\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5596392) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28903922?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28903922?tool=bestpractice.bmj.com)
141. DeGeorge KC, Grover M, Streeter GS. Generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *Am Fam Physician*. 2022 Aug;106(2):157-64. [Texto completo \(https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/0800/generalized-anxiety-disorder-panic-disorder.html\)](https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/0800/generalized-anxiety-disorder-panic-disorder.html) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35977134?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35977134?tool=bestpractice.bmj.com)
142. Doyle A, Pollack MH. Long-term management of panic disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl. 5:24-28. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15078115?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15078115?tool=bestpractice.bmj.com)
143. Cloos JM. The treatment of panic disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2005;18:45-50. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16639183?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16639183?tool=bestpractice.bmj.com)
144. Van Leeuwen E, van Driel ML, Horowitz MA, et al. Approaches for discontinuation versus continuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Apr 15;4(4):CD013495. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013495.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013495.pub2/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33886130?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33886130?tool=bestpractice.bmj.com)
145. van Dis EAM, van Veen SC, Hagenaaers MA, et al. Long-term outcomes of Cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2020 Mar 1;77(3):265-73. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6902232\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6902232) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31758858?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31758858?tool=bestpractice.bmj.com)
146. Bandelow B, Sagebiel A, Belz M, et al. Enduring effects of psychological treatments for anxiety disorders: meta-analysis of follow-up studies. *Br J Psychiatry*. 2018 Jun;212(6):333-8. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29706139?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29706139?tool=bestpractice.bmj.com)

147. Goddard AW, Brouette T, Almai A, et al. Early coadministration of clonazepam with sertraline for panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 Jul;58(7):681-6. [Texto completo \(http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=481803\)](http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=481803) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11448376?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11448376?tool=bestpractice.bmj.com)
148. Sheehan DV, Raj AB, Harnett-Sheehan K, et al. The relative efficacy of high-dose buspirone and alprazolam in the treatment of panic disorder: a double-blind placebo-controlled study. *Acta Psychiatr Scand*. 1993 Jul;88(1):1-11. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8372689?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8372689?tool=bestpractice.bmj.com)
149. Moroz G, Rosenbaum JF. Efficacy, safety, and gradual discontinuation of clonazepam in panic disorder: a placebo-controlled, multicenter study using optimized dosages. *J Clin Psychiatry*. 1999 Sep;60(9):604-12. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10520979?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10520979?tool=bestpractice.bmj.com)
150. Schweizer E, Fox I, Case G, et al. Lorazepam vs. alprazolam in the treatment of panic disorder. *Psychopharmacol Bull*. 1988;24(2):224-7. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3212153?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3212153?tool=bestpractice.bmj.com)
151. Otto MW, Tolin DF, Nations KR, et al. Five sessions and counting: considering ultra-brief treatment for panic disorder. *Depress Anxiety*. 2012 Jun;29(6):465-70. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22730311?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22730311?tool=bestpractice.bmj.com)
152. Lessard MJ, Marchand A, Pelland MÈ, et al. Comparing two brief psychological interventions to usual care in panic disorder patients presenting to the emergency department with chest pain. *Behav Cogn Psychother*. 2012 Mar;40(2):129-47. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21929830?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21929830?tool=bestpractice.bmj.com)
153. Gallo KP, Chan PT, Buzzella BA, et al. The impact of an 8-day intensive treatment for adolescent panic disorder and agoraphobia on comorbid diagnoses. *Behav Ther*. 2012 Mar;43(1):153-9. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3510263\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3510263) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22304887?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22304887?tool=bestpractice.bmj.com)
154. Firth J, Torous J, Nicholas J, et al. Can smartphone mental health interventions reduce symptoms of anxiety? A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord*. 2017 Aug 15;218:15-22. [Texto completo \(https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032717300150\)](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032717300150) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28456072?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28456072?tool=bestpractice.bmj.com)
155. Van Singer M, Chatton A, Khazaal Y. Quality of smartphone apps related to panic disorder. *Front Psychiatry*. 2015 Jul 14;6:96. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4500864\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4500864) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26236242?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26236242?tool=bestpractice.bmj.com)
156. Pande AC, Pollack MH, Crockatt J, et al. Placebo-controlled study of gabapentin treatment of panic disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2000 Aug;20(4):467-71. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10917408?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10917408?tool=bestpractice.bmj.com)

157. Mula M, Pini S, Cassano GB. The role of anticonvulsant drugs in anxiety disorders: a critical review of the evidence. *J Clin Psychopharmacol*. 2007 Jun;27(3):263-72. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17502773?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17502773?tool=bestpractice.bmj.com)

158. Croom KF, Perry CM, Plosker GL. Mirtazapine: a review of its use in major depression and other psychiatric disorders. *CNS Drugs*. 2009;23(5):427-52. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19453203?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19453203?tool=bestpractice.bmj.com)

159. Serretti A, Chiesa A, Calati R, et al. Novel antidepressants and panic disorder: evidence beyond current guidelines. *Neuropsychobiology*. 2011;63(1):1-7. [Texto completo \(http://www.karger.com/Article/Pdf/321831\)](http://www.karger.com/Article/Pdf/321831) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20962541?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20962541?tool=bestpractice.bmj.com)

160. Fava GA, Zielesny M, Savron G, et al. Long-term effects of behavioural treatment for panic disorder with agoraphobia. *Br J Psychiatry*. 1995 Jan;166(1):87-92. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7894882?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7894882?tool=bestpractice.bmj.com)

161. Brown TA, Barlow DH. Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: clinical predictors and alternative strategies for assessment. *J Consult Clin Psychol*. 1995 Oct;63(5):754-65. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7593868?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7593868?tool=bestpractice.bmj.com)

162. Ballenger JC, Pecknold J, Rickels K, et al. Medication discontinuation in panic disorder. *J Clin Psychiatry*. 1993 Oct;54 Suppl:15-21. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8262887?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8262887?tool=bestpractice.bmj.com)

163. Reisman Y. Post-SSRI sexual dysfunction. *BMJ*. 2020 Feb 27;368:m754. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32107204?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32107204?tool=bestpractice.bmj.com)

164. Reisman Y. Sexual Consequences of Post-SSRI Syndrome. *Sex Med Rev*. 2017 Oct;5(4):429-433. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28642048?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28642048?tool=bestpractice.bmj.com)

165. Serretti A, Porcelli S. Antidepressant induced weight gain. *BMJ*. 2018 May 23;361:k2151. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29792297?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29792297?tool=bestpractice.bmj.com)

Aviso legal

O BMJ Best Practice destina-se a profissionais da área médica licenciados. A BMJ Publishing Group Ltd (BMJ) não defende nem apoia o uso de qualquer medicamento ou terapia contidos nesta publicação, nem diagnóstica pacientes. Como profissional da área médica, são de sua inteira responsabilidade a assistência e o tratamento dos seus pacientes, e você deve usar seu próprio julgamento clínico e sua experiência ao utilizar este produto.

Este documento não tem a pretensão de cobrir todos os métodos diagnósticos, tratamentos, acompanhamentos, medicamentos e contraindicações ou efeitos colaterais possíveis. Além disso, como os padrões e práticas na medicina mudam à medida que são disponibilizados novos dados, você deve consultar várias fontes. Recomendamos que você verifique de maneira independente os diagnósticos, tratamentos e acompanhamentos específicos para verificar se são a opção adequada para seu paciente em sua região. Além disso, em relação aos medicamentos que exijam prescrição médica, você deve consultar a bula do produto, que acompanha cada medicamento, para verificar as condições de uso e identificar quaisquer alterações na posologia ou contraindicações, principalmente se o medicamento administrado for novo, usado com pouca frequência ou tiver uma faixa terapêutica estrita. Você deve sempre verificar se os medicamentos referenciados estão licenciados para o uso especificado e às doses especificadas na sua região.

As informações incluídas no BMJ Best Practice são fornecidas "na maneira em que se encontram", sem nenhuma declaração, condição ou garantia de serem precisas ou atualizadas. A BMJ, suas licenciadoras ou licenciadas não assumem nenhuma responsabilidade por nenhum aspecto do tratamento administrado a qualquer paciente com o auxílio dessas informações. Nos limites da lei, a BMJ e suas licenciadoras e licenciadas não deverão incorrer em qualquer responsabilização, incluindo, mas não limitada a, responsabilização por eventuais danos decorrentes do conteúdo. São excluídas todas as condições, garantias e outros termos que possam estar implícitos por lei, incluindo, entre outros, garantias de qualidade satisfatória, adequação a um fim específico, uso de assistência e habilidade razoáveis e não violação de direitos de propriedade.

Caso o BMJ Best Practice tenha sido traduzido a outro idioma diferente do inglês, a BMJ não garante a precisão e a confiabilidade das traduções ou do conteúdo fornecido por terceiros (incluindo, mas não limitado a, regulamentos locais, diretrizes clínicas, terminologia, nomes de medicamentos e dosagens de medicamentos). A BMJ não se responsabiliza por erros e omissões decorrentes das traduções e adaptações ou de outras ações. Quando o BMJ Best Practice apresenta nomes de medicamentos, usa apenas a Denominação Comum Internacional (DCI) recomendada. É possível que alguns formulários de medicamentos possam referir-se ao mesmo medicamento com nomes diferentes.

Observe que as formulações e doses recomendadas podem ser diferentes entre os bancos de dados de medicamentos, nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. Deve-se sempre consultar o formulário de medicamentos local para obter informações completas sobre a prescrição.

As recomendações de tratamento presentes no BMJ Best Practice são específicas para cada grupo de pacientes. Recomenda-se cautela ao selecionar o formulário de medicamento, pois algumas recomendações de tratamento destinam-se apenas a adultos, e os links externos para formulários pediátricos não necessariamente recomendam o uso em crianças (e vice-versa). Sempre verifique se você selecionou o formulário de medicamento correto para o seu paciente.

Quando sua versão do BMJ Best Practice não estiver integrada a um formulário de medicamento local, você deve consultar um banco de dados farmacêutico local para obter informações completas sobre o medicamento, incluindo as contraindicações, interações medicamentosas e dosagens alternativas antes de fazer a prescrição.

Interpretação dos números

Independentemente do idioma do conteúdo, os numerais são exibidos de acordo com o padrão de separador numérico do documento original em inglês. Por exemplo, os números de 4 dígitos não devem incluir vírgula ou ponto; os números de 5 ou mais dígitos devem incluir vírgulas; e os números menores que 1 devem incluir pontos decimais. Consulte a Figura 1 abaixo para ver uma tabela explicativa.

A BMJ não se responsabiliza pela interpretação incorreta de números que estejam em conformidade com o padrão de separador numérico mencionado.

Esta abordagem está alinhada com a orientação do [Bureau Internacional de Pesos e Medidas](#).

Figura 1 – Padrão numérico do BMJ Best Practice

numerais de 5 dígitos: 10,000

numerais de 4 dígitos: 1000

numerais < 1: 0.25

Nosso site completo e os termos e condições de inscrição podem ser encontrados aqui: [Termos e Condições do site](#).

Fale conosco

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Craig N. Sawchuk, PhD

Professor

Department of Psychiatry and Psychology, Mayo Clinic, Rochester, MN

Declarações: CNS declares that he has no competing interests.

Jason P. Veitengruber, MD

Associate Professor

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA

Declarações: JPV declares that he has no competing interests.

// Pares revisores:

Tanveer A. Padder, MD

Chairman

Department of Psychiatry, Trinity School of Medicine, Warner Robins, GA

Declarações: TAP declares that he has no competing interests.

Paul Blenkiron, BM BCh, MA

Consultant Psychiatrist

Leeds and York Partnership NHS Foundation Trust, Bootham Park Hospital, York, UK

Declarações: PB declares that he has no competing interests.

Philip J. Cowen, MD, FRCPsych, FMedSci

Professor of Psychopharmacology

Warneford Hospital, Oxford, UK

Declarações: PJC declares that he has no competing interests.

Toshiaki A. Furukawa, MD, PhD

Professor and Chair

Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Graduate School of Medical Sciences, Nagoya City University, Nagoya, Japan

Declarações: TAF has received research funds and speaking fees from Astellas, Dai-Nippon, Sumitomo, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Janssen, Meiji, Otsuka, Schering-Plough, and Yoshitomi. He was on a research advisory board for Meiji and Mochida, and is currently on research advisory boards for Sekisui chemicals and Takeda Science Foundation. He has received royalties from Igaku-Shion and Seiwa-Shoten Publishers. The Japanese Ministry of Education, Science, and Technology and the Japanese Ministry of Health, Labor, and Welfare have also funded his research.