

CENBRAP



Transtorno de pânico: diagnóstico diferencial e tratamento inicial

PSIQUIATRIA · CONDUTA INICIAL

Guia clínico do primeiro atendimento: o que afastar antes, como diferenciar ataque de transtorno, e como escolher e titular a primeira linha no adulto.

O que você vai encontrar

- 01 Primeiro: quando não atribuir os sintomas ao pânico
- 02 Ataque de pânico não é sinônimo de transtorno de pânico
- 03 Diferenciais que mudam a conduta
- 04 O que fazer durante uma crise já avaliada
- 05 TCC: tratar o medo das sensações e a esquiva
- 06 Como iniciar o tratamento medicamentoso no adulto
- 07 Benzodiazepínico: alívio rápido não é tratamento de base
- 08 Quando reavaliar e o que medir
- 09 Por quanto tempo manter se houver melhora?
- 10 O essencial para registrar na primeira consulta
- 11 Referências

Material educacional dirigido a profissionais de saúde. Não substitui avaliação clínica, diagnóstico ou prescrição, nem a conferência da bula vigente do produto prescrito.

Palpitações, dispneia e medo de morrer podem ocorrer em um ataque de pânico — mas não dispensam avaliação de uma emergência clínica. Depois de afastar os problemas agudos relevantes, há outra pergunta: foi um ataque isolado ou existe um transtorno de pânico que precisa de tratamento longitudinal?[1][2]

A conduta inicial tem três tarefas: reconhecer o que não pode esperar, caracterizar a recorrência e suas consequências e construir um plano que trate tanto as crises quanto a ansiedade antecipatória e a esquiva. Para o adulto com transtorno de pânico, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma intervenção de primeira linha; quando se opta por farmacoterapia, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) são a escolha inicial habitual. A venlafaxina de liberação prolongada também é uma opção de primeira linha na diretriz canadense. A escolha é compartilhada, não restrita a um único medicamento.[1][2]

01

Primeiro: quando não atribuir os sintomas ao pânico

A história prévia de transtorno de pânico não protege contra infarto, arritmia, doença respiratória ou intoxicação. Avalie sinais vitais, saturação de oxigênio, nível de consciência e exame dirigido ao quadro. Dor torácica persistente ou opressiva, síncope, hipoxemia, dispneia importante, alteração neurológica objetiva, desorientação, febre ou instabilidade hemodinâmica exigem investigação de causa clínica e manejo em ambiente apropriado, não apenas tranquilização.[3]

“Parece ansiedade” não é critério de alta. A intensidade do medo não distingue, por si só, uma crise de pânico de uma emergência. Da mesma forma, melhorar após acolhimento ou sedação não substitui a avaliação das causas possíveis.[1][3]

Os exames devem responder às hipóteses levantadas. Em dor torácica ou palpitações com suspeita cardíaca, o eletrocardiograma integra a avaliação; outros exames e observação dependem do risco e do protocolo da apresentação clínica. Glicemia, hemograma, eletrólitos e função tireoidiana podem ser úteis em cenários selecionados. Não existe um painel laboratorial que confirme pânico, nem indicação de solicitar indiscriminadamente todos os exames a cada recorrência típica já avaliada. O NICE recomenda a investigação mínima necessária para excluir problemas físicos agudos — “mínima” significa suficiente para aquele paciente, não ausência de investigação.[1][2][3]

Uma apresentação inédita, uma mudança do padrão habitual ou o início em contexto clínico atípico devem reduzir a confiança em atribuir os sintomas ao diagnóstico anterior. Quando a avaliação sugere crise de pânico sem emergência associada, ofereça explicação compreensível, orientação escrita e seguimento; internação não é a regra, mas risco clínico ou psiquiátrico modifica essa decisão.[1][3]

02

Ataque de pânico não é sinônimo de transtorno de pânico

O ataque consiste em uma elevação abrupta de medo ou desconforto intenso, com pico em minutos e combinação de sintomas físicos e cognitivos. A definição diagnóstica inclui pelo menos quatro manifestações entre palpitações, sudorese, tremores, falta de ar, sensação de sufocamento, desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, tontura ou sensação de desmaio, calafrios ou

calor, parestesias, desrealização ou despersonalização, medo de perder o controle e medo de morrer. Episódios com menos sintomas também merecem avaliação; não devem ser ignorados apenas por não preencherem o limiar formal.[2][3]

Para caracterizar transtorno de pânico, é necessário documentar **ataques recorrentes e inesperados**, com pelo menos um deles seguido de **um mês ou mais de preocupação persistente com novos ataques ou suas consequências e/ou mudança comportamental desadaptativa relacionada às crises**. O quadro não deve ser explicado por substância, medicamento, condição médica ou outro transtorno mental.[2]

Na entrevista, substitua “você tem ansiedade?” por perguntas que esclareçam o curso:

- As crises aparecem sem um desencadeante evidente ou apenas diante de uma situação específica?
- O que acontece primeiro, quanto tempo leva para atingir a maior intensidade e como o episódio termina?
- Entre as crises, há medo de morrer, enlouquecer ou perder o controle em um novo episódio?
- O paciente deixou de trabalhar, dirigir, fazer exercício ou sair sozinho por medo das sensações?
- Houve início, aumento ou retirada de medicamentos, estimulantes, álcool ou outras substâncias?

Esse roteiro organiza a investigação; não constitui uma escala diagnóstica. É a relação entre episódios, contexto e mudança de vida que permite formular o diagnóstico.[1][2]

Agorafobia deve ser avaliada separadamente. Não significa apenas “não gostar de sair de casa”: o medo se relaciona a situações em que escapar ou obter ajuda seria difícil se surgissem sintomas incapacitantes. O paciente pode precisar de companhia, evitar transporte e locais cheios ou suportá-los com sofrimento intenso. Ela pode acompanhar o transtorno de pânico ou ocorrer independentemente dele; não deve ser presumida a partir de uma única conduta de esquiva.[2]

03

Diferenciais que mudam a conduta

Doença clínica, medicamentos e substâncias

Arritmias e outras condições cardiovasculares: palpitações, dor, tontura e sensação de morte iminente podem se sobrepôr às manifestações de pânico. Reconstrua a sequência dos sintomas, procure síncope e sintomas de esforço e avalie conforme o risco cardiovascular e o exame. Um diagnóstico psiquiátrico prévio não encerra esse raciocínio.[2][3]

Embolia pulmonar: dispneia, dor torácica ou hemoptise, especialmente em contexto de risco tromboembólico, exigem avaliação própria. Estime a probabilidade clínica e siga o percurso diagnóstico apropriado; não solicite dímero-D como rastreio universal de “ansiedade”, nem descarte embolia porque o paciente está ansioso.[8]

Doenças respiratórias e metabólicas: asma, exacerbação de doença pulmonar, hipoglicemia e distúrbios eletrolíticos podem produzir sintomas semelhantes. Sibilância, alterações da saturação, sinais respiratórios objetivos ou relação com jejum e tratamento do diabetes orientam a investigação. Hipertireoidismo entra no diferencial diante de taquicardia persistente, tremor e outros indícios clínicos;

exames tireoidianos devem se integrar à história, não virar condição obrigatória para reconhecer toda crise.[2][3]

Causas neurológicas e vestibulares: perda de consciência, desorientação, movimentos estereotipados ou achados neurológicos objetivos demandam avaliação específica. Crises epiléticas, inclusive de origem temporal, e síndromes vestibulares não devem ser chamadas de pânico apenas porque o paciente descreve medo intenso.[2][3]

Substâncias e iatrogenia: investigue cafeína e energéticos, cocaína e anfetaminas, descongestionantes e broncodilatadores beta-adrenérgicos. Intoxicação ou abstinência também pode explicar o quadro. Pergunte explicitamente sobre álcool e benzodiazepínicos: interrupção abrupta após uso regular pode exigir manejo de abstinência, e não simplesmente mais um diagnóstico de ansiedade.[2][3]

Outros transtornos mentais

Na ansiedade social, as crises podem ocorrer diante da possibilidade de avaliação negativa; nas fobias específicas, na presença do objeto ou situação temida; no transtorno de estresse pós-traumático, diante de lembranças do trauma. Esses episódios não bastam para estabelecer transtorno de pânico. A presença adicional de crises inesperadas e preocupação persistente deve ser investigada, pois os diagnósticos podem coexistir.[2]

Preocupações difusas e persistentes sugerem ansiedade generalizada, enquanto obsessões e rituais direcionam a avaliação para transtorno obsessivo-compulsivo. Investigue também depressão e uso problemático de substâncias. Antes de prescrever antidepressivo, pergunte sobre episódios de mania ou hipomania e história familiar de transtorno bipolar: aumento de energia, menor necessidade de sono e comportamento de risco não devem ser reduzidos a “ansiedade forte”. [1][2][6]

Avalie diretamente ideação suicida, intenção, acesso a meios e capacidade de manter segurança e autocuidado. Risco imediato, psicose, suspeita de mania ou incapacidade grave de autocuidado exigem avaliação urgente e definição de um ambiente seguro, independentemente da frequência das crises.[1][2][3]

04

O que fazer durante uma crise já avaliada

Após avaliação suficiente para afastar a emergência relevante, acolha o paciente em ambiente com menos estímulos e explique que as sensações são reais, podem fazer parte de uma crise de pânico e tendem a ceder. Evite o comentário “não é nada”. Orientar respiração mais lenta e confortável pode ajudar quando há hiperventilação; isso é uma medida de apoio, não um teste para confirmar o diagnóstico.[3]

O atendimento não deve terminar com o desaparecimento das palpitações. Esclareça quais sinais exigem retorno, quem acompanhará o caso e como procurar ajuda se houver nova deterioração. Não transforme a orientação em “qualquer dor futura é ansiedade”: sintomas novos, persistentes ou diferentes precisam ser reavaliados.[1][3]

05

TCC: tratar o medo das sensações e a esquiva

A TCC para pânico é mais específica do que aconselhamento genérico. Seus componentes podem incluir psicoeducação, identificação de interpretações catastróficas das sensações corporais, exposição interoceptiva e exposição gradual a situações evitadas. A exposição interoceptiva trabalha, de forma planejada e clinicamente adequada, o medo das próprias sensações; não é uma orientação para o paciente provocar sintomas por conta própria durante uma avaliação inconclusiva.[2]

Ao encaminhar, procure um profissional treinado em protocolo para pânico e agorafobia. O NICE recomenda TCC com duração total de 7 a 14 horas, geralmente em sessões semanais, concluída em até quatro meses. Esse referencial não corresponde a uma dose universal: gravidade, acesso e comorbidades interferem na organização do cuidado.[1]

Em quadros leves a moderados, intervenções estruturadas de autoajuda podem ser consideradas. Em maior gravidade ou prejuízo funcional, discuta TCC e farmacoterapia conforme preferências, tratamentos prévios, disponibilidade e comorbidades. A combinação pode ser útil, mas não é obrigatória para todo adulto; ausência de acesso imediato à psicoterapia também não justifica deixá-lo sem tratamento e acompanhamento.[1][2]

06

Como iniciar o tratamento medicamentoso no adulto

Quando a decisão compartilhada é usar medicamento, prefira uma opção com evidência para pânico e perfil adequado ao paciente. A diretriz canadense inclui como primeira linha os ISRS citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina (incluindo liberação controlada) e sertralina, além da venlafaxina de liberação prolongada, um inibidor da recaptção de serotonina e noradrenalina (IRSN). O NICE prioriza inicialmente um ISRS licenciado para pânico. Essas posições não tornam todos os antidepressivos intercambiáveis: duloxetina, por exemplo, não deve ser promovida a primeira linha para pânico apenas por ser um IRSN.[1][2]

A escolha não depende só da intensidade dos ataques. Considere resposta anterior, efeitos sexuais, sintomas gastrointestinais, interações, pressão arterial, função renal e hepática, risco de overdose, custo e possibilidade de adesão. Explique antes da primeira dose que pode ocorrer aumento transitório da ansiedade e que benefício terapêutico não é imediato. **Iniciar baixo e titular devagar reduz a chance de confundir efeitos iniciais com piora inevitável da doença.**[1][4][5]

Sertralina e venlafaxina de liberação prolongada são detalhadas adiante como dois exemplos de prescrição, não como as únicas opções nem como uma associação recomendada. Os esquemas aplicam-se a adultos, por via oral, sem condições que exijam ajuste; não são protocolos para gestantes, crianças ou pacientes com doença orgânica descompensada. Para os demais medicamentos, consulte sua própria bula e as evidências para pânico antes de definir dose, titulação e intervalos de troca; não transfira os esquemas dos exemplos entre moléculas ou formulações.

Como escolher entre as opções de primeira linha

Não há superioridade universal estabelecida de um desses antidepressivos para todo paciente com pânico. Uma metanálise em rede encontrou um balanço favorável de remissão e eventos adversos para sertralina e escitalopram, mas a certeza das evidências variou de moderada a muito baixa. Rankings não

justificam excluir outros ISRS ou venlafaxina nem atribuir a cada molécula um “tipo de pânico” em que seria superior.[2][14]

A resposta prévia e a preferência do paciente devem ser ponderadas junto com acesso, custo, tolerabilidade e interações. Por exemplo, risco de QT longo pesa contra citalopram ou escitalopram; interações por CYP2D6 merecem atenção com paroxetina e fluoxetina, e por CYP1A2/CYP2C19 com fluvoxamina. Retirada e adesão pesam especialmente com paroxetina e venlafaxina. A meia-vida longa da fluoxetina também prolonga a persistência de interações após a suspensão. São fatores de segurança e viabilidade, não demonstrações de maior eficácia antipânico em subgrupos.[1][5][9][10][11][12][13]

Tabela 1. Panorama de primeira linha no adulto. Os medicamentos abaixo constam como primeira linha na diretriz canadense; o NICE prefere iniciar com um ISRS licenciado para pânico. O benefício esperado é reduzir ataques e gravidade do transtorno ao longo das semanas, não abortar imediatamente uma crise. A TCC também trabalha medo das sensações e esquiva. A coluna de bula brasileira identifica somente os produtos consultados, não uma aprovação automática de toda marca ou apresentação.

INTERVENÇÃO	EVIDÊNCIA E BULA BRASILEIRA	FATORES QUE PESAM NA ESCOLHA
TCC específica para pânico	Primeira linha; pode ser oferecida sem medicamento ou em combinação, conforme avaliação.	Preferência, acesso a profissional treinado e possibilidade de realizar exposições e tarefas terapêuticas.
Sertralina (ISRS)	Primeira linha. Zoloft: pânico com ou sem agorafobia consta em bula.	Resposta prévia, tolerabilidade gastrointestinal e sexual; interações e função hepática. Dose detalhada adiante.
Escitalopram (ISRS)	Primeira linha. Genérico Geolab, comprimidos: pânico com ou sem agorafobia consta em bula.	Contraindicado em QT prolongado conhecido ou síndrome congênita do QT longo e com medicamentos que prolongam QT; corrigir distúrbios eletrolíticos pertinentes.
Citalopram (ISRS)	Primeira linha. Genérico EMS, comprimidos: pânico com ou sem agorafobia consta na bula consultada.	Prolongamento de QT dose-dependente; condições cardíacas, eletrólitos e interações modificam a segurança.
Paroxetina (ISRS)	Primeira linha, inclusive formulação de liberação controlada na diretriz. Aropax, comprimidos: pânico consta em bula.	Retirada, disfunção sexual e interações por CYP2D6, inclusive com tamoxifeno. Formulações exigem esquemas próprios.
Fluoxetina (ISRS)	Primeira linha na diretriz. Pânico não consta na versão Geolab consultada; a classificação regulatória atual do produto exige conferência da bula vigente.	Meia-vida longa e interações por CYP2D6: efeitos e interações podem persistir após suspensão.
Fluvoxamina (ISRS)	Primeira linha na diretriz. Pânico não consta na versão Luvox consultada; a classificação regulatória atual do produto exige conferência da bula vigente.	Revisar cuidadosamente interações, sobretudo por inibição de CYP1A2/CYP2C19; não pressupor equivalência regulatória.
Venlafaxina de liberação prolongada (IRSN)	Primeira linha na diretriz canadense. Efexor XR: pânico com ou sem agorafobia consta em bula.	Pressão arterial, retirada e necessidade de ajuste renal/hepático. Dose detalhada adiante.

Referências: TCC e posição nas diretrizes, [1][2]; sertralina, [4]; venlafaxina, [5]; escitalopram, [9]; citalopram, [10]; paroxetina, [11]; fluoxetina, [12]; fluvoxamina, [13].

Sertralina: uma opção prática de ISRS

A bula brasileira de Zoloft descreve indicação para transtorno de pânico com ou sem agorafobia. O início é **25 mg uma vez ao dia por uma semana**, seguido de **50 mg/dia**, se tolerado. A administração pode ser pela manhã ou à noite, com ou sem alimentos.[4]

Se a resposta for insuficiente, pode-se aumentar gradualmente dentro da faixa de **50 a 200 mg/dia**, respeitando intervalo mínimo de uma semana entre alterações. A bula dos EUA especifica incrementos de **25 a 50 mg/dia**; essa precisão do tamanho do incremento vem da fonte estrangeira, enquanto início, intervalo mínimo e teto também estão descritos na bula brasileira consultada. Não há obrigação de

aumentar toda semana nem de atingir 200 mg: a meta é a menor dose eficaz e tolerável, com tempo suficiente para avaliar o resultado.[1][4][6]

Náusea, diarreia, alterações do sono, tremor, sudorese e disfunção sexual podem comprometer adesão. Investigue-os ativamente. A sertralina é contraindicada com IMAO e com pimizida, além de hipersensibilidade ao produto; interações serotoninérgicas e risco de sangramento também precisam ser revisados.[4]

Na insuficiência renal, a bula brasileira não exige ajuste pela função renal isoladamente. Na doença hepática, recomenda cautela e consideração de dose menor ou menos frequente. A bula dos EUA é mais específica: metade das doses inicial e máxima na insuficiência hepática leve e uso não recomendado na moderada ou grave. Não aplique o esquema padrão de adulto saudável a hepatopatas nem trate a regra estrangeira como transcrição da Anvisa.[4][6]

Venlafaxina de liberação prolongada: alternativa com atenção à pressão e à retirada

A bula brasileira de Efexor XR inclui transtorno de pânico com ou sem agorafobia. Recomenda **37,5 mg uma vez ao dia por sete dias**, depois **75 mg/dia**. Conforme resposta e tolerabilidade, a dose pode chegar a **225 mg/dia**. Administrar com alimentos e em horário regular; não triturar nem mastigar a formulação de liberação prolongada.[5]

Para os aumentos posteriores, a bula dos EUA estabelece incrementos de até **75 mg/dia**, em intervalos não inferiores a **sete dias**, especificamente para pânico. Um percurso possível é 75 → 150 → 225 mg/dia, sempre condicionado à resposta e à tolerabilidade; não é um cronograma automático. A bula brasileira consultada informa início e teto para pânico, sem detalhar nessa seção o mesmo intervalo de titulação da fonte norte-americana.[5][7]

Além de náusea, sudorese, insônia e disfunção sexual, observe aumento de pressão arterial e frequência cardíaca. Controle hipertensão preexistente e acompanhe a pressão antes e durante o tratamento, especialmente após ajustes. A medicação exige redução de dose na insuficiência renal ou hepática, com individualização conforme gravidade e bula; hemodiálise e hepatopatia importante não devem receber o esquema padrão acima.[5]

A venlafaxina é contraindicada em associação com IMAO e em caso de hipersensibilidade pertinente à formulação. Doses esquecidas e interrupção abrupta podem provocar sintomas de retirada, incluindo tontura, alterações sensoriais, náusea e ansiedade. Se já existe dificuldade importante de adesão, esse aspecto pesa na escolha inicial; informe desde o começo que suspensão e troca precisam de planejamento.[5]

Segurança que vale para as duas opções

A contraindicação com IMAO não se limita ao uso simultâneo: confira também a data da última dose. A bula brasileira da sertralina exige pelo menos 14 dias entre a suspensão do IMAO e seu início, e pelo menos 14 dias entre a suspensão da sertralina e o início de IMAO. Para venlafaxina, a bula brasileira estabelece pelo menos 14 dias após a suspensão do IMAO antes de iniciá-la e pelo menos sete dias após suspender venlafaxina antes de iniciar IMAO. Eventuais exceções para IMAO reversível dependem da bula específica e de avaliação especializada, não de troca direta. Linezolida e azul de metileno também exigem atenção por sua ação inibidora da monoaminoxidase.[4][5]

Antes de iniciar, faça conciliação medicamentosa, incluindo tramadol, outros antidepressivos, produtos fitoterápicos, linezolida e demais agentes serotoninérgicos. A combinação inadequada pode causar **síndrome serotoninérgica**. Febre, alteração do estado mental e sinais neuromusculares, como clônus ou hiperreflexia, durante exposição serotoninérgica exigem avaliação urgente; não devem ser interpretados como simples ativação inicial.[4][5][6]

O uso concomitante de anti-inflamatórios, antiagregantes ou anticoagulantes pode aumentar o risco de sangramento. Idosos, usuários de diuréticos e pacientes com fatores predisponentes merecem atenção à hiponatremia; sódio e outros exames devem ser solicitados conforme risco, sintomas e condições clínicas. Avalie ainda epilepsia, glaucoma de ângulo fechado e risco de arritmia ou prolongamento de QT. Não é necessário transformar toda prescrição em um painel de exames, mas os fatores de risco não podem ficar implícitos.[4][5][6]

Monitore piora importante da agitação, acatisia, surgimento de mania/hipomania e pensamentos suicidas, sobretudo no início e após mudanças de dose. Para pessoas com menos de 30 anos que iniciam ISRS ou IRSN, o NICE recomenda informar o possível aumento de pensamentos suicidas e autoagressão em uma minoria dos pacientes, realizar revisão em até uma semana da primeira prescrição e monitorar esse risco semanalmente no primeiro mês. Essa orientação não substitui avaliação imediata quando há risco identificado, em qualquer idade.[1] Gravidez, planejamento reprodutivo, lactação, fragilidade e polifarmácia pedem decisão individual de benefício e risco; tampouco justificam suspensão abrupta de um tratamento em uso.[4][5][6]

Bula brasileira não é sinônimo de bula estrangeira. Indicação em bula, evidência de eficácia e posição em diretriz são informações diferentes. As situações regulatórias aqui descritas referem-se aos produtos e apresentações das bulas brasileiras identificadas nas referências, disponibilizadas pelo fabricante ou em reprodução documental indicada. NICE, diretriz canadense e DailyMed não comprovam, por si, aprovação pela Anvisa. Na prescrição, confira a versão vigente do produto e da apresentação no Bulário Eletrônico da Anvisa. Quando pânico não consta na bula brasileira vigente do produto, o uso para essa indicação é fora de bula (off-label), ainda que respaldado por diretriz; isso exige justificativa clínica e discussão informada com o paciente.[4][5][9][10][11][12][13]

Resumo de doses: dois exemplos entre as opções iniciais

Tabela 2. Dois exemplos em monoterapia, por via oral, para adultos sem necessidade de ajuste; não esgotam as opções de primeira linha da Tabela 1. Não é um esquema para crianças, adolescentes, gestantes ou lactantes, nem um protocolo geriátrico; idosos frágeis e pacientes com disfunção renal ou hepática exigem individualização. Ambas têm indicação brasileira para pânico com ou sem agorafobia. A tabela não substitui as precauções e contraindicações descritas acima.

FÁRMACO	DOSE E TITULAÇÃO	BENEFÍCIO CLÍNICO ESPERADO	EFEITOS ADVERSOS E CAUTELAS
Sertralina (ISRS; Zoloft)	Início: 25 mg 1 vez/dia por 7 dias; depois, 50 mg/dia. Faixa terapêutica: 50–200 mg/dia. Se necessário, aumentar 25–50 mg/dia por etapa, com intervalo mínimo de 7 dias (incremento conforme bula dos EUA).	Redução da frequência dos ataques e melhora da gravidade global do pânico; benefício gradual, não alívio imediato de uma crise.	Náusea, diarreia, alterações do sono e disfunção sexual. Contraindicada com IMAO ou pimozida; respeitar os intervalos de troca descritos no texto. Cautela na doença hepática.
Venlafaxina de liberação prolongada (IRSN; Efexor XR)	Início: 37,5 mg 1 vez/dia por 7 dias; depois, 75 mg/dia. Faixa: 75–225 mg/dia. Se necessário, aumentar até 75 mg/dia por etapa, com intervalo mínimo de 7 dias (titulação conforme bula dos EUA). Tomar com alimentos.	Redução dos ataques e da gravidade global do pânico; benefício gradual, não alívio imediato de uma crise.	Náusea, sudorese, insônia e disfunção sexual. Monitorar pressão arterial. Contraindicada com IMAO; respeitar os intervalos de troca. Requer ajuste renal/hepático e retirada planejada.

Referências: sertralina, 1, 2, 4, 6; venlafaxina de liberação prolongada, 1, 2, 5, 7.

O objetivo é a menor dose eficaz e tolerável, não alcançar automaticamente o teto. Reavalie ataques, esquiva e funcionamento ao longo das semanas, além de adesão e segurança. Aumento transitório da ansiedade pode ocorrer no início; ausência de benefício imediato não indica falha. Não interromper abruptamente.[1][2][4][5]

07

Benzodiazepínico: alívio rápido não é tratamento de base

Há divergência relevante entre diretrizes. O NICE recomenda não prescrever benzodiazepínicos para tratar transtorno de pânico, por resultados menos favoráveis no longo prazo. A diretriz canadense os coloca em segunda linha e admite uso breve em situações selecionadas, inclusive no início do antidepressivo. Isso não equivale a recomendar benzodiazepínico de rotina para toda primeira consulta. [1][2]

Neste recorte de tratamento inicial ambulatorial, a estratégia preferencial é TCC e, quando indicada, farmacoterapia antidepressiva. Se uma situação excepcional exigir benzodiazepínico, a decisão deve incluir justificativa, duração delimitada, revisão próxima e plano de retirada. Sedação, prejuízo cognitivo, quedas e dependência pesam contra uso continuado; álcool, opioides e outras substâncias depressoras do sistema nervoso central tornam a avaliação de segurança ainda mais importante.[2]

O paciente que já usa benzodiazepínico regularmente não deve recebê-lo indefinidamente por inércia, mas também não deve interrompê-lo abruptamente. Abstinência pode ser grave. Da mesma forma, buspirona, propranolol, anti-histamínicos sedativos e antipsicóticos não devem ocupar automaticamente o lugar de TCC ou antidepressivo no tratamento inicial do pânico.[1][2][3]

08

Quando reavaliar e o que medir

O NICE recomenda revisar eficácia e efeitos adversos em até **duas semanas**, e novamente em **quatro, seis e doze semanas** após iniciar um medicamento. Esses marcos não autorizam esperar diante de risco ou intolerância importante: contatos anteriores podem ser necessários.[1]

Na primeira revisão, confirme dose realmente tomada, efeitos iniciais, sono, agitação e segurança. Nas seguintes, acompanhe frequência e intensidade dos ataques, ansiedade antecipatória, esquiva, funcionamento e adesão à TCC. Uma escala como a Panic Disorder Severity Scale pode ajudar a comparar o paciente consigo mesmo; não substitui entrevista nem estabelece o diagnóstico isoladamente.[1][2]

“Não teve crise” não basta para afirmar recuperação. Pergunte se voltou a sair, trabalhar ou usar transporte, ou se apenas deixou de se expor a qualquer situação temida. Redução dos ataques com manutenção de grande esquiva ainda exige intervenção.[1][2]

Resposta parcial: revise dose, duração, adesão, comorbidades e efetiva participação na psicoterapia antes de modificar o tratamento. Pode ser apropriado ajustar a dose, intensificar TCC ou combiná-las, sem presumir que mais medicamento sempre produzirá mais benefício.[1][2]

Ausência de melhora após um curso de doze semanas: reavalie o diagnóstico e a adequação da tentativa, documentando o tempo em doses terapêuticas. O NICE recomenda considerar outra classe de antidepressivo ou outra forma de terapia. Intolerância importante justifica mudar antes desse prazo; uma titulação incompleta não demonstra resistência.[1]

Imipramina e clomipramina são alternativas de etapa posterior, não equivalentes automáticos de segurança aos ISRS: efeitos anticolinérgicos, tolerabilidade e risco em overdose pesam na decisão. Esquemas com tricíclicos, trocas complexas ou persistência de sintomas importantes após duas intervenções adequadas favorecem avaliação especializada. A escolha de uma alternativa exige sua própria checagem de bula e de interações.[1][2]

A diretriz canadense também coloca mirtazapina e reboxetina em segunda linha; para mirtazapina, a base é menor, com estudos abertos e um pequeno ensaio randomizado. São possibilidades para situações selecionadas após reavaliação, não substitutas equivalentes de primeira linha nem uma escolha automática baseada em insônia ou fadiga. IMAO e outras estratégias de evidência limitada pertencem ao manejo especializado de casos refratários. Essas recomendações internacionais não estabelecem indicação brasileira para pânico: produto, disponibilidade, interações e eventual uso off-label precisam de conferência própria.[2]

09

Por quanto tempo manter se houver melhora?

Não retire o antidepressivo assim que os ataques cessarem. Para quem melhora, o NICE recomenda manter por pelo menos **seis meses após alcançar a dose ótima**, e então avaliar redução gradual. Esse marco não significa “seis meses contados da primeira receita”, nem obriga retirar se persistirem esquiva, comorbidades ou risco de recaída.[1]

O plano de redução deve considerar duração do uso, medicamento e sintomas durante cada etapa. A retirada pode precisar ser lenta e individualizada; ansiedade e tontura logo após reduzir ou esquecer doses não são necessariamente recaída do transtorno. Diferenciar retirada de retorno da doença evita tanto suspensão acelerada quanto escalada desnecessária.[1][5]

10

O essencial para registrar na primeira consulta

Ao final, o prontuário deve permitir entender por que o caso foi tratado como transtorno de pânico e como será acompanhado: avaliação de segurança e diferenciais relevantes; recorrência e caráter inesperado dos ataques; preocupação ou mudança comportamental persistente; agorafobia e comorbidades; substâncias e medicamentos em uso; intervenção escolhida; dose e critérios de titulação, se houver; orientações sobre efeitos adversos e sinais de alerta; e retorno pactuado.

O objetivo inicial não é apenas interromper crises. É permitir que o paciente recupere atividades e autonomia sem deixar de investigar riscos reais, sem medicalizar automaticamente um ataque isolado e sem transformar uma prescrição de alívio em tratamento indefinido.[1][2]

Reconhecer o que não pode esperar, caracterizar a recorrência e sustentar um plano ao longo das semanas são competências que se constroem com casos, supervisão e leitura de diretriz. Na Pós-graduação em Psiquiatria

<https://cenbrap.edu.br/PosGraduacoesEaD/PSEAD/>

do CENBRAP, os transtornos de ansiedade e a condução inicial da farmacoterapia são trabalhados dentro da rotina do consultório e da emergência.

Conteúdo educacional CENBRAP para médicos, com foco no tratamento inicial de adultos. Não substitui avaliação individual nem a conferência da bula do produto prescrito.

11

Referências

1. NICE. *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management* (CG113). Seção 1.3 e recomendação 1.2.30, referida em 1.3.23. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/Recommendations)
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/Recommendations>
2. Katzman MA et al. *Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders*. BMC Psychiatry. 2014;14(Suppl 1):S1. Seções 2–3. PubMed Central
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4120194>
3. Raju NN, Kumar KSVRNP, Nihal G. *Clinical Practice Guidelines for Assessment and Management of Anxiety and Panic Disorders in Emergency Setting*. Indian J Psychiatry. 2023;65(2):181–185. Avaliação e diferenciais. PubMed Central
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10096212>
4. Viatris/Mylan. **Zoloft** (cloridrato de sertralina), comprimidos 50 e 100 mg. Bula brasileira do profissional, ZFTCOR_34_VPS, 06/03/2023. Seções 1, 4–6 e 8. Bula do fabricante
https://www.viatris.com.br/-/media/project/common/viatriscombr/pdf/leaflets_legacy_myl_brazil/zoloft_bula_profissional_.pdf
5. Viatris. **Efexor XR** (cloridrato de venlafaxina), liberação prolongada, 37,5, 75 e 150 mg. Bula brasileira do profissional, EFXCAP_30_VPS. Seções 1, 4–6 e 8. Bula do fabricante

https://www.viatris.com.br/-/media/project/common/viatriscombr/pdf/leaflets_legacy_myl_brazil/efexor-xr_bula_profissional.pdf

6. DailyMed. *Zoloft (sertraline hydrochloride)*, prescribing information dos EUA. Revisão 08/2023, seções 2 e 5. DailyMed

<https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/getFile.cfm?setid=fda754f6-d0f3-4dce-a17a-927d64f912f7&type=pdf>

7. DailyMed. *Effexor XR (venlafaxine hydrochloride), extended-release capsules*, prescribing information dos EUA. Seção 2.5 (pânico). DailyMed

<https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/fda/fdaDrugXsl.cfm?setid=c848a5d8-ba94-4c84-80e3-0bf35fb8e32e&type=display>

8. NICE. *Venous thromboembolic diseases: diagnosis, management and thrombophilia testing* (NG158). Recomendações 1.1.15–1.1.21. nice.org.uk

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng158/chapter/Recommendations>

9. Geolab. **Oxalato de escitalopram**, comprimidos revestidos 10 e 20 mg. Bula brasileira do profissional, V.10_06/2026. Seções 1, 4–6. Acesso em 10/09/2026. Bula do fabricante

https://www.geolab.com.br/wp-content/uploads/2026/08/Bula-do-Profissional-de-Saude-Oxa-de-escitalopram-comp_.pdf

10. EMS. **Bromidrato de citalopram**, comprimidos revestidos 20 mg. Bula brasileira do profissional, reprodução documental em repositório de bulas. Seções 1, 4–6. Acesso em 10/09/2026. Bula

<https://pill-dev-site-pro-bula-pro.s3.us-east-2.amazonaws.com/7896004730981.pdf>

11. GSK. **Aropax** (cloridrato de paroxetina), comprimidos revestidos 20 mg. Bula brasileira do profissional. Seções 1, 4–6 e 9. Acesso em 10/09/2026. Bula do fabricante

<https://br.gsk.com/media/i53n3s0b/aropax.pdf>

12. Geolab. **Cloridrato de fluoxetina**, cápsulas 20 e 10 mg. Bula brasileira do profissional, seção de 20 mg V.01_06/2018. Seções 1, 3 e 6. Acesso em 10/09/2026. Bula

https://uploads.consultaremedios.com.br/drug_leaflet/pro/Bula-Cloridrato-de-Fluoxetina-Geolab-Profissional-Consulta-Remedios.pdf

13. Abbott. **Luvox** (maleato de fluvoxamina), comprimidos revestidos 50 e 100 mg. Bula brasileira do profissional, BU 33. Seções 1, 3 e 6. Acesso em 10/09/2026. Bula do fabricante

<https://dam.abbott.com/pt-br/documents/pdfs/nossas-bulas/I/BU-33-Luvox-bula-profissional-Final.pdf>

14. Chawla N et al. *Drug treatment for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials*. BMJ. 2022;376:e066084. bmj.com

<https://www.bmj.com/content/376/bmj-2021-066084>

Perguntas frequentes

Ataque de pânico e transtorno de pânico são a mesma coisa?

Não. O ataque é uma elevação abrupta de medo ou desconforto intenso, com pico em minutos e pelo menos quatro sintomas físicos e cognitivos. O transtorno exige ataques recorrentes e inesperados, com pelo menos um deles seguido de um mês ou mais de preocupação persistente com novos ataques ou de mudança comportamental desadaptativa, sem que o quadro seja explicado por substância, medicamento, condição médica ou outro transtorno mental.

O que precisa ser afastado antes de atribuir os sintomas ao pânico?

Arritmias e outras condições cardiovasculares, embolia pulmonar, asma e outras doenças respiratórias, hipoglicemia e distúrbios eletrolíticos, hipertireoidismo, causas neurológicas e vestibulares, além de substâncias e iatrogenia, como cafeína, cocaína, anfetaminas, descongestionantes, broncodilatadores beta-adrenérgicos e abstinência de álcool ou benzodiazepínicos. Um diagnóstico psiquiátrico prévio não encerra esse raciocínio, e melhorar após acolhimento ou sedação não substitui a avaliação.

Qual é o tratamento inicial do transtorno de pânico no adulto?

A terapia cognitivo-comportamental específica para pânico é intervenção de primeira linha e pode ser oferecida isolada ou combinada. Quando se opta por farmacoterapia, os ISRS são a escolha inicial habitual; a diretriz canadense também traz a venlafaxina de liberação prolongada como primeira linha, e o NICE prioriza iniciar com um ISRS licenciado para pânico. A decisão é compartilhada e considera resposta anterior, tolerabilidade, interações, acesso e custo.

Como iniciar e titular a sertralina no transtorno de pânico?

Pela bula brasileira de Zoloft, 25 mg uma vez ao dia por uma semana e depois 50 mg/dia, se tolerado, dentro de uma faixa de 50 a 200 mg/dia, respeitando intervalo mínimo de uma semana entre alterações; a bula dos EUA especifica incrementos de 25 a 50 mg/dia. A meta é a menor dose eficaz e tolerável, com tempo suficiente para avaliar o resultado, não alcançar o teto.

Benzodiazepínico deve fazer parte do tratamento inicial?

Não como tratamento de base. O NICE recomenda não prescrever benzodiazepínicos para transtorno de pânico, e a diretriz canadense os coloca em segunda linha, admitindo uso breve em situações selecionadas. Se uma situação excepcional exigir, a decisão deve incluir justificativa, duração delimitada, revisão próxima e plano de retirada. Quem já usa de forma regular não deve interromper abruptamente.

Por quanto tempo manter o antidepressivo depois da melhora?

O NICE recomenda manter por pelo menos seis meses após alcançar a dose ótima e só então avaliar a redução gradual. O marco não é contado da primeira receita e não obriga a retirar quando persistem esquivas, comorbidades ou risco de recaída. A redução considera duração do uso, medicamento e sintomas a cada etapa, e sintomas de retirada não devem ser confundidos com recaída.

Quando reavaliar o paciente que iniciou medicamento?

O NICE recomenda revisar eficácia e efeitos adversos em até duas semanas e novamente em quatro, seis e doze semanas. Em menores de 30 anos que iniciam ISRS ou IRSN, a revisão é em até uma semana e o risco deve ser monitorado semanalmente no primeiro mês. Risco identificado ou intolerância importante exigem contato antes desses marcos.

Continue estudando com o CENBRAP

A Pós-graduação em Psiquiatria do CENBRAP trabalha os transtornos de ansiedade, a condução inicial da farmacoterapia e a discussão de casos dentro da rotina do consultório e da emergência, com preceptoria e material clínico atualizado.

cenbrap.edu.br/PosGraduacoesEaD/PSEAD