



# PROTOCOLO MUNICIPAL PARA TRATAMENTO DE PACIENTES COM QUADRO DE ANSIEDADE

*Secretaria da  
Saúde*



**Prefeitura de  
SOROCABA**

CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA

**COMISSÃO DE ELABORAÇÃO**

**Dra Hellora Grillo Junqueira  
Núcleo de Políticas de Saúde**

**Eline Araújo Vitor  
Coordenação de Saúde Mental**

**Livia Pero S. Canavezi  
Coordenação de Saúde Mental**

**Isabelle Cobianchi Pereira Ferreira  
Assistência Farmacêutica**

**Dr Guilherme Tayar de Camargo  
Médico Psiquiatra - Responsável Técnico do CAPS III Viver em Liberdade**

**Patrícia Fernandes Brandão  
Médica Psiquiatra - Responsável Técnica do CAPS III Arte do Encontro**

## Índice

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. EPIDEMIOLOGIA.....	5
3. DIAGNÓSTICO.....	6
3.1. Quadro Clínico.....	6
3.2. Como avaliar e abordar.....	6
3.3. Diagnósticos Diferenciais.....	7
4. TRATAMENTO.....	8
4.1. Manejo geral.....	8
4.1.1. Manejo imediato da ansiedade (pode ser realizado por todos os profissionais):.....	9
4.2. Intervenções psicoterapêuticas.....	9
4.3 Tratamento farmacológico.....	9
5. CLASSIFICAÇÃO E MANEJO DE TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DE ANSIEDADE.....	10
5.1. Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).....	10
5.1.1. Diretrizes de Identificação.....	11
5.1.2. Diagnóstico Diferencial.....	12
5.1.3. Diretrizes de Tratamento.....	12
5.1.4. Particularidades em Grupos Específicos.....	13
5.2 Transtorno de Pânico (TP).....	13
5.2.1. Diretrizes de Avaliação.....	14
5.2.2. Diagnóstico Diferencial.....	15
5.2.3. Diretrizes do Tratamento.....	15
5.3 Transtornos Fóbicos.....	16
5.3.1 Fobias Específicas.....	17
5.3.2. Agorafobia.....	17
5.3.3. Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social).....	17
5.3.4 Diretrizes de Tratamento (todos os Transtornos Fóbicos).....	17
5.4 Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC).....	19

5.4.1 Diagnóstico.....	19
5.4.2 Tratamento.....	20
5.5 Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).....	20
5.5.1 Diagnóstico.....	20
5.5.2 Tratamento.....	21
5.6 Reação Aguda ao Estresse.....	21
5.7 Transtorno de Ajustamento.....	22
6. FLUXO DE ATENÇÃO.....	22
7. ANEXOS.....	22
7.1 Tabela de Medicamentos.....	22
8. REFERÊNCIAS.....	22

## **PROTOCOLO MUNICIPAL PARA TRATAMENTO DE PACIENTES COM QUADRO DE ANSIEDADE**

### **1. INTRODUÇÃO**

Ansiedade é uma experiência humana universal, podendo ser uma reação normal do indivíduo ou um sintoma. A ansiedade normal é um estado de medo ou sentimento subjetivo de apreensão e angústia, e funciona como um sinal de alerta diante de situações novas, produzindo reações defensivas contra o estresse. Pode desencadear reações autonômicas como palpitações e diarreia, mas é suportável.

Ansiedade passa a ser patológica quando surge sem estímulo apropriado ou proporcional para explicá-la, com intensidade, duração e frequência aumentadas e associada a prejuízo do desempenho social ou profissional do indivíduo. Pode ser sintoma de doença física (asma, angina), doença mental (depressão, delírio) ou a própria doença mental (transtornos de ansiedade).

### **2. EPIDEMIOLOGIA**

Diante da crescente demanda de saúde mental relacionada à depressão e ansiedade entre as crianças e jovens, principalmente após a pandemia, que causou mudança brusca de rotina e na vida das pessoas, a percepção do risco de contaminação, medo de contaminar a família e colegas de trabalho, redução significativa de postos de trabalho e desemprego, e isolamento/distanciamento na vida social foram algumas situações constatadas como desencadeadoras de depressão, ansiedade e outros danos psicológicos nas crianças e jovens.

Segundo o Ministério da Saúde, ainda durante todo o estado de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), uma revisão recente de 29 pesquisas concluiu que os sintomas de ansiedade e depressão entre crianças e adolescentes dobraram após o início da pandemia. Antes da crise sanitária, os levantamentos sugeriam que sintomas depressivos eram comuns a 12,9% desse grupo. Já durante a crise do coronavírus, essa taxa cresceu para 25,2%. Os sinais ansiosos, por sua vez, aumentaram de 11,6% para 20,5%, e o índice mantém tendências de alta.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou em 2022 sua maior revisão mundial sobre saúde mental desde a virada do século. O trabalho detalhado fornece um plano para governos, acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e outros com a ambição de apoiar o mundo na transformação da saúde mental.

Em 2019, quase um bilhão de pessoas – incluindo 14% dos adolescentes do mundo – viviam com um transtorno mental. O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade. Os transtornos mentais são a principal causa de incapacidade, causando um em cada seis anos vividos com incapacidade. Pessoas com condições graves de saúde mental morrem em média 10 a 20 anos mais cedo do que a população em geral, principalmente devido a doenças físicas evitáveis. O abuso sexual infantil e o abuso por intimidação são importantes causas da depressão. Desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática estão entre as ameaças estruturais globais à saúde mental. A depressão e a ansiedade aumentaram mais de 25% apenas no primeiro ano da pandemia.

### 3. DIAGNÓSTICO

#### 3.1. Quadro Clínico

##### Somáticos

Autonômicos: taquicardia, sudorese, diarreia, náuseas, piloereção, vasoconstrição.

Musculares: dores, contraturas, tremores.

Outros: sufocamento, afogamento, asfixia, tontura, parestesias, calafrios, ondas de calor.

##### Psíquicos/Comportamentais

Tensão, nervosismo/irritabilidade, apreensão, mal estar, insegurança, medos, evitação, isolamento, dificuldade de concentração, sensação de estranheza, desrealização e despersonalização.

#### 3.2. Como avaliar e abordar

O clínico deve pesquisar ansiedade em pacientes com:

- Múltiplas consultas médicas (mais de cinco por ano);
- Muitos sintomas físicos sem origem explicada, principalmente aqueles devido a hiperatividade autonômica e tensão muscular;
- Dificuldades no trabalho e nas relações interpessoais;
- Fadiga, alteração de peso e problemas de sono.

O processo diagnóstico necessita de informações sobre a história pessoal, medicações em uso (inclusive auto-medicação), antecedentes dos tratamentos prévios e respostas a eles, uso de substâncias psicoativas (nicotina, álcool, cafeína, drogas recreativas), comorbidades clínicas, funcionamento pessoal diário, vida social, manutenção de estressores crônicos e desenvolvimento de sintomas fóbicos e evitativos. Nem sempre é fácil distinguir entre ansiedade “normal” e um transtorno de ansiedade e o diagnóstico de alguns transtornos têm sido criticados pela possibilidade de medicalização de variações normais (p.ex., timidez *versus* fobia social). Mediar um sentimento normal é tão inadequado quanto não tratar um quadro de ansiedade patológica.

Algumas perguntas podem ajudar na avaliação inicial do grau de ansiedade:

- Você se considera muito preocupado?
- Você já teve ataques de pânico?

- Existem lugares ou situações que você evita?
- Como a ansiedade e a evitação afetam sua vida?

Não há evidências que permitam recomendar um instrumento validado de rastreamento para transtornos de ansiedade (*screening*), e portanto o processo diagnóstico deve ser ancorado nas habilidades de entrevista clínica dos profissionais. Critérios diagnósticos devem ser utilizados sempre que possível, e a necessidade do tratamento é determinada pela severidade e persistência dos sintomas, presença de comorbidade psiquiátrica ou doença clínica, nível de incapacidade e impacto no funcionamento social.

### **3.3. Diagnósticos Diferenciais**

O diagnóstico diferencial deve descartar ansiedade induzida por fármacos, intoxicação ou abstinência de drogas ou psicotrópicos e outras condições clínicas que podem se apresentar com sinais e sintomas de ansiedade. Também deve-se excluir outras doenças psiquiátricas devido à alta comorbidade, principalmente com depressão (60% dos casos de depressão tem sintomas ansiosos associados), abuso de substâncias, outros transtornos de ansiedade e doenças clínicas. O problema principal a ser tratado deve ser discutido com o paciente, e o uso de uma linha temporal pode ajudar a identificar quando os vários sintomas ou problemas se desenvolveram.

Deve-se investigar outras etiologias orgânicas na presença de sintomas atípicos como perda de consciência, alteração da marcha, liberação de esfíncteres, fala pastosa, cefaleia e o início após 45 anos de idade.

Inúmeras doenças cardíacas podem mimetizar sintomas ansiosos, entre elas arritmias, angina pectoris e infarto do miocárdio. Frequentemente o diagnóstico requer um eletrocardiograma. A dor anginosa, em geral, é mais intensa, prolongada e em Protocolo de Atenção em Saúde Mental compressão, enquanto a dor ansiosa é mais superficial e aguda.

O hipertireoidismo pode provocar crises de ansiedade, taquicardia e sudorese, sendo sugerido dosagens de T3, T4 livre e TSH numa avaliação inicial. O hiperparatireoidismo, menos frequentemente, pode se manifestar com crises de ansiedade, sendo necessária a dosagem sérica de cálcio. A hipoglicemia, que pode ocorrer ocasionalmente em até 40% da população, pode causar ansiedade, mas a única maneira de estabelecer a relação causal é com dosagem da glicemia no momento dos sintomas.

Os feocromocitomas, embora raros, devem ser lembrados no diagnóstico diferencial, principalmente quando as crises se associam a cefaleia severa e hipertensão.

As doenças do labirinto se diferenciam, por cursarem com vertigem e náuseas, enquanto a ansiedade mais comumente causa tontura e atordoamento.

O exame físico é geralmente suficiente para descartar a ocorrência de crise asmática ou doença pulmonar obstrutiva.

### Condições que podem desencadear sintomas ansiedade

#### Doenças clínicas:

- Hipertireoidismo, hiperparatireoidismo
- Síndrome de tensão pré-menstrual
- Dor crônica
- Asma/Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- Angina/Insuficiência cardíaca congestiva
- Hipertensão/Prolapso da válvula mitral
- Infarto do miocárdio
- Síndrome pós-concussional
- Acidente vascular isquêmico transitório

#### Intoxicação e abstinência por Drogas:

- Anfetaminas e Cocaína
- Alucinógenos
- Álcool e outros sedativos, opióides

#### Fármacos que podem causar sintomas ansiosos:

- Antidepressivos (ISRS)
- Anticonvulsivantes (Carbamazepina)
- Corticosteróides e AINEs (Indometacina)
- Broncodilatadores (Teofilina)
- Tiroxinas
- Anti-histamínicos e anticolinérgicos
- Anticolinérgicos

#### Transtornos psiquiátricos:

- Depressão
- Início de um surto psicótico
- Transtorno do humor - fase maníaca
- Alguns transtornos de personalidade

## 4. TRATAMENTO

### 4.1. Manejo geral

Deve-se oferecer tratamento imediato na atenção básica, devido às vantagens de se diminuir abandono e por estes serviços serem frequentemente preferidos pelos pacientes em virtude da proximidade, do vínculo com a equipe e da não existência do estigma que há em relação à equipe de saúde mental. Todas as decisões do processo de cuidado devem ser compartilhadas entre o indivíduo e os profissionais de saúde, pois parcerias terapêuticas efetivas diminuem o abandono e melhoram os resultados do tratamento.

O acesso à informação é parte valiosa de qualquer projeto terapêutico, e estas devem ser apresentadas de forma clara e em linguagem acessível. Deve-se informar sobre natureza, curso e tratamento da doença, incluindo informações sobre uso correto e efeitos colaterais da medicação. Deve-se encorajar a participação em grupos de suporte e autoajuda, uma vez que tais grupos também promovem compreensão e colaboração entre pacientes, familiares e equipe de saúde.

Pacientes que estão em uso de antidepressivos tricíclicos devem realizar eletrocardiograma (ECG) de rotina, pelo risco de aumento do intervalo QT, especialmente em idosos e avaliar periodicamente o perfil metabólico do paciente.



#### **4.1.1. Manejo imediato da ansiedade (pode ser realizado por todos os profissionais):**

- Oferecer informações sobre o problema para o paciente e seus familiares;
- Utilizar técnicas de aconselhamento não diretivo (escuta), suporte e resolução de problemas;
- Encorajar a participação em grupos terapêuticos e/ou comunitários disponíveis;
- Estimular a autonomia e manutenção das atividades rotineiras, encorajar a tomada de decisões;
- Orientar atividades físicas regulares e evitar o uso de álcool, nicotina e cafeína;
- Ensinar técnicas de respiração diafragmática e relaxamento muscular.

#### **4.2. Intervenções psicoterapêuticas**

Algumas abordagens psicoterapêuticas mostraram-se tão eficazes quanto os tratamentos farmacológicos no tratamento dos transtornos de ansiedade. A eficácia da associação entre ambos é superior a qualquer um dos dois isoladamente. Deve ser oferecida ao indivíduo a possibilidade de escolha entre estas abordagens, desde que haja disponibilidade local. Deve ser enfatizado que, assim como no tratamento farmacológico, a melhora não é imediata com o tratamento psicológico, e a continuidade do atendimento é necessária para uma resposta favorável.

Inúmeras intervenções psicoterapêuticas podem ser úteis se bem indicadas:

- Psicoeducação sobre ansiedade e hábitos de vida;
- Registro de sintomas (diário) e reestruturação de distorções cognitivas;
- Técnicas de manejo imediato de ansiedade (relaxamento, controle da respiração);
- Técnicas de exposição a situações fóbicas com o objetivo de treinar habilidades de enfrentamento (*coping*);
- Grupos de auto-ajuda e de apoio.

#### **4.3 Tratamento farmacológico**

As tarefas do médico não-especialista no manejo dos transtornos de ansiedade são:

- Identificar a presença de ansiedade e avaliar seu grau e impacto na vida do indivíduo;
- Estabelecer boa comunicação, ouvindo e perguntando de forma aberta;
- Afastar (ou tratar) doenças físicas, quadros de abstinência e efeitos colaterais de fármacos;
- Diagnosticar o transtorno específico e as comorbidades, sempre que possível;

- Iniciar tratamento farmacológico e/ou encaminhar para tratamentos psicológicos e/ou grupos de apoio;
- Acompanhar os casos não-complicados.

Os únicos medicamentos que devem ser utilizados no tratamento de longo prazo dos transtornos de ansiedade são os antidepressivos. Todos os pacientes que receberem antidepressivos devem ser informados que essas drogas não geram tolerância e fissura, mas podem causar sintomas de retirada se interrompidas sem orientação médica.

Também deve-se informar sobre os efeitos colaterais, principalmente a possível piora inicial na ansiedade, e o tempo de latência prolongado para o efeito terapêutico (8-12 semanas).

Para minimizar a ansiedade inicial, deve-se iniciar com doses baixas (fluoxetina 20mg, imipramina 25mg) e aumentar gradativamente ao longo de algumas semanas, mas em alguns casos podem ser necessárias – e devem ser usadas - doses próximas ao limite superior da faixa terapêutica (p. ex, fluoxetina 80mg ou imipramina 200mg). Se o paciente melhora com o antidepressivo, este deve ser mantido por no mínimo 6 meses após a remissão dos sintomas, na dose em que esta foi alcançada, e só então deve começar a ser diminuído. Na retirada ou diminuição de dose, os sintomas mais comuns são tontura, sonolência, distúrbios gastrintestinais (náuseas/ vômitos), cefaleia, sudorese, ansiedade e distúrbios do sono. Se forem leves, devem ser manejados com orientação, suporte e sintomáticos; se forem intensos, o agente deve ser reinstituído e retirado de maneira mais gradual. Quando houver retorno dos sintomas originais de ansiedade na retirada do medicamento (por exemplo, ataques de pânico), deve ser considerada sua manutenção por períodos maiores.

## **5. CLASSIFICAÇÃO E MANEJO DE TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DE ANSIEDADE**

### **5.1. Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)**

Este é, provavelmente, o transtorno de ansiedade mais comum entre as pessoas que comparecem a um serviço de atenção básica (estimado em 8%), sendo que a sua prevalência ao longo da vida é estimada em cerca de 5%. Os sintomas se desenvolvem de forma insidiosa e ficam mais comuns com aumento da idade. Os pacientes com TAG apresentam uma alta comorbidade com outros transtornos psiquiátricos (até 90% ao longo da vida) sendo os mais comuns os transtornos de humor e transtornos de pânico.

É especialmente comum entre donas de casa e, entre os homens, mais comum entre os solteiros/separados e desempregados.

O TAG é caracterizado por preocupações excessivas (mantidas ou flutuantes), desnecessárias (diante de qualquer estímulo), com duração prolongada (meses), que fogem do controle do paciente e geram sintomas somáticos como inquietude, cansaço, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular, insônia, entre outros. O aspecto essencial é a preocupação constante concomitante aos sintomas somáticos e psíquicos.

Os receios mais frequentes são: medo de adoecer, de que algo negativo aconteça com seus familiares ou medo de não conseguir cumprir com compromissos profissionais ou financeiros. No curso do transtorno, é comum a preocupação mudar de foco.

### **5.1.1. Diretrizes de Identificação**

#### **5.1.1.2. Queixas comuns**

O paciente pode apresentar-se inicialmente com sintomas físicos relacionados à tensão (cefaleia, taquicardia) ou com insônia. A investigação adicional revelará ansiedade proeminente.

#### **5.1.1.3. Aspectos Diagnósticos**

Deve-se considerar este diagnóstico em pessoas que apresentam preocupações exageradas, permanentes e significativas.

Sintomas múltiplos de ansiedade ou tensão:

- Tensão mental (preocupação, sentir-se tenso ou nervoso, dificuldade de concentração);
- Tensão física (inquietação, cefaleia, tremores, incapacidade de relaxar);
- Hiperatividade autonômica (tontura, sudorese, taquicardia, desconforto epigástrico).

Um cuidado que os médicos generalistas, na atenção primária precisam ter é o de não se apressar para fazer o diagnóstico. Na ansiedade, como na depressão, há riscos de fazer identificações equivocadas (falsos positivos).

Todo paciente com suspeita de transtorno de ansiedade deve receber avaliação adequada para definir se há ou não um transtorno específico, qual a severidade dos sintomas e qual a severidade do prejuízo funcional associado.

Os sintomas podem durar meses e reaparecer frequentemente. São frequentemente desencadeados por eventos estressantes em pessoas com uma tendência crônica à preocupação.

Em caso de efetivo diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada deve haver diálogo com o paciente sobre o tema, em linguagem simples, tão logo possível, para ajudar as pessoas a entender o problema, a se responsabilizar por ele, a repensar suas pautas de relacionamento com pessoas e situações. Espera-se que a pessoa inicie um tratamento sem esperar milagres, dispondo-se a um trabalho psíquico, interior, e esforçando-se para separar as ansiedades realísticas das ansiedades neuróticas.

O uso de uma linguagem excessivamente técnica, dá a entender, ao paciente, que ele se torna vítima de uma doença que o invade, com a qual nada tem a ver, e da qual pode se desresponsabilizar. A medicalização excessiva provoca consumo abusivo e contraproducente de serviços de saúde, fazendo declinar a capacidade de enfrentamento autônomo do cidadão. Nesta situação, ele corre o

risco de deixar ao médico a obrigação, fantasiosa, de conseguir um remédio que extinga, magicamente, a causa dos sintomas. É comum que tais pacientes, sem se preocupar em buscar um sentido para seu sofrimento, visitem vários médicos, exigindo remédios que trocam seguidamente, por dificuldade de entenderem os fatores pessoais, psíquicos e relacionais envolvidos.

### **5.1.2. Diagnóstico Diferencial**

Se o humor deprimido for proeminente, aventar a possibilidade de Depressão.

Se tiver ataques súbitos de ansiedade não provocados, aventar a possibilidade de Transtorno do Pânico.

Se tiver medo e evitação de situações específicas, ventar a possibilidade de Transtornos Fóbicos.

Se tiver uso pesado de álcool e drogas, ventar a possibilidade de Transtornos por uso de Substâncias Psicoativas.

Questionamento dos sintomas Manietformes para descartar a possibilidade de quadro de Mania.

### **5.1.3. Diretrizes de Tratamento**

#### **5.1.3.1. Recomendações ao paciente e familiares**

- Encorajar o paciente a praticar métodos de relaxamento diários para reduzir os sintomas físicos de tensão.
- Encorajar o paciente a envolver-se em atividades prazerosas e exercícios físicos e a retomar atividades que foram úteis no passado.
- Identificar e desafiar preocupações exageradas ou pensamentos pessimistas podem reduzir os sintomas de ansiedade.

#### **5.1.3.2. Métodos estruturados de solução de problemas podem ajudar os pacientes a manejar os estresses atuais que contribuem para os sintomas de ansiedade:**

- Identificar eventos que desencadeiam preocupação excessiva;
- Discutir o que o paciente está fazendo para manejar esta situação, identificar e reforçar coisas que estão funcionando;
- Identificar algumas medidas específicas que o paciente pode tomar nas próximas semanas.

#### **5.1.3.3. Tratamento medicamentoso**

A medicação não deve ser a abordagem principal no tratamento da ansiedade generalizada. Ela pode ser usada se os sintomas de ansiedade significativos persistem, apesar das recomendações e no caso de comorbidade com depressão ou outros transtornos de ansiedade.

Antidepressivos (fluoxetina 20-80mg ou imipramina 25-200mg ou sertralina 50-200mg) devem ser os únicos medicamentos usados no tratamento a longo prazo da ansiedade generalizada. São eficazes, não levam à dependência ou sintomas de rebote e tratam as frequentes comorbidades.

Benzodiazepínicos, devem ser usados, preferencialmente, como coadjuvantes do tratamento, por até 4 semanas, depois das quais deve-se reduzir a dose e descontinuar gradativamente a medicação. Há perda da eficácia a longo prazo. Usar a menor dose eficaz no alívio da ansiedade. As medicações com meia-vida mais longa são mais fáceis de retirar (diazepam). Pode ocorrer piora da ansiedade após a retirada. Sempre alertar para o risco de dependência. Atenção para efeitos colaterais sobre o SNC (sedação, prejuízo da coordenação motora e da concentração, distúrbios de memória), principalmente em idosos e usuários de outros psicotrópicos. Diazepam, 5-10mg, ou Lorazepam (idosos e hepatopatas), 1-2mg, ambos 1-3 vezes ao dia.

Tratamentos psicossociais e farmacológicos em associação podem ter vantagens sobre qualquer uma das modalidades isoladas em casos moderados a graves.

#### **5.1.4. Particularidades em Grupos Específicos**

##### **Crianças e Adolescentes**

O padrão de início do TAG é diferente dos demais transtornos de ansiedade; enquanto a maioria destes começa no início da vida adulta, a prevalência do TAG é baixa em adolescentes e adultos jovens e aumenta com a idade (a partir de 35 anos em mulheres e 45 anos em homens).

Em crianças, podem ser proeminentes a necessidade frequente de reassuramento e as queixas somáticas recorrentes. Alguns tratamentos psicossociais utilizados com adultos podem ser úteis em crianças e adolescentes, particularmente o exercício físico regular, que parece contribuir para prevenção do aparecimento e diminuição da intensidade tanto de sintomas ansiosos como depressivos.

O tratamento inicial, sempre que possível, deve ser iniciado pela psicoterapia e nos casos de sintomas somáticos ou nervosismo proeminentes com investigação clínica inconclusiva, a criança/adolescente deve ser encaminhada para avaliação por profissional da equipe de saúde mental.

#### **5.2 Transtorno de Pânico (TP)**

A prevalência ao longo da vida para esse transtorno é 3,5 %, em serviços de atenção primária fica entre 4% e 6 %, e em alguns serviços especializados pode chegar a 16% (clínicas para distúrbios vestibulares). A prevalência para ataques de pânico é de 10% na população geral ao longo da vida, mas apenas um em cada seis destes preencherá critérios diagnósticos de TP. Entre indivíduos com TP a prevalência de comorbidade com depressão é de 50% a 60%.

Uma das maiores características na descrição de um paciente com TP é a natureza física dos sintomas. Enquanto no TAG a preocupação e a tensão são predominantes, no TP o paciente inicia

descrevendo a doença com referência ao coração, pulmão e trato gastrointestinal. Os ataques de pânico estão entre os diagnósticos mais frequentes que levam um paciente a procurar atendimento de emergência; 90% dos pacientes com TP acreditam veementemente que têm um problema físico e não um problema psiquiátrico ou psicológico. É muito comum o paciente fazer uma verdadeira “peregrinação”, consultando-se com diversos especialistas e fazendo inúmeros exames, na maioria das vezes desnecessários. Os ataques de pânico são mais frequentes nas mulheres e a incidência é maior entre a puberdade e os 35 anos.

O tratamento precoce é essencial para reduzir as consequências físicas e sociais, e o manejo adequado dos primeiros ataques de pânico iniciais pode prevenir o desenvolvimento ou agravamento de um TP crônico. A característica essencial do TP é a presença de ataques de pânico recorrentes e inesperados.

O ataque de pânico é um quadro de início agudo, com sensação súbita e inesperada de terror, associada a muitos sintomas autonômicos, em particular os cardiorrespiratórios (taquicardia, dispneia, sensação de asfixia, desconforto torácico, vertigem), além de sudorese, tremores, náuseas, desrealização, parestesias, ondas de frio e de calor e medo intenso de morrer, ficar louco ou perder o controle.

Outro componente importante é a ansiedade antecipatória, em que o paciente desenvolve a preocupação constante de ter um novo ataque, surgindo um estado de ansiedade crônica. Alguns pacientes podem desenvolver um terceiro componente, a evitação fóbica. Eles ficam tão temerosos de sofrerem um novo ataque que evitam estar em locais ou situações de onde seja difícil ou embaraçoso escapar ou obter ajuda.

Este medo de passar mal e não ter como sair de uma situação ou ser atendido chama-se agorafobia. Isso leva o indivíduo a evitar situações como ficar sozinho em casa ou sair sozinho, estar em lugares com muitas pessoas, viajar, utilizar transporte público, etc. Em geral o paciente enfrenta melhor estas situações quando acompanhado, mesmo que esta companhia seja incapaz de ajudá-lo, como uma criança ou animal de estimação. A agorafobia grave pode ser totalmente incapacitante, sendo indicativo de prognóstico desfavorável no longo prazo. A agorafobia está presente em 2/3 dos casos de TP.

### **5.2.1. Diretrizes de Avaliação**

Ataques inexplicados de ansiedade ou medo que começam subitamente, desenvolvem-se rapidamente e podem durar apenas alguns minutos.

Os ataques, frequentemente, ocorrem com sintomas físicos como palpitações, dor no peito, sensações de sufocação, estômago embrulhado, tontura, sensação de irrealidade ou medo de desastre pessoal (de perder o controle ou ficar louco, ataque cardíaco, morte súbita). Um ataque, frequentemente, leva a medo de um outro ataque e evitação de lugares onde os ataques ocorreram. Os pacientes podem evitar exercícios ou outras atividades que podem produzir sensações físicas semelhantes àquelas de um ataque de pânico.

### 5.2.2. Diagnóstico Diferencial

Muitas condições médicas podem causar sintomas semelhantes a ataques de pânico (arritmias, isquemia cerebral, doença coronariana, tireotoxicose). A história e o exame físico são suficientes para excluir muitas destas condições. Se os ataques ocorrem apenas em situações específicas temidas, aventar a possibilidade de Transtornos Fóbicos. Se humor deprimido ou melancólico também estiver presente, aventar a possibilidade de Depressão.

#### Diagnóstico Diferencial do Transtorno do Pânico

- Doenças cardíacas: taquicardia supraventricular, arritmias, *angina pectoris*, infarto do miocárdio, etc.
- Disfunção tireoidianas: hipertireodismo.
- Disfunção das paratireóides: hiperparatireoidismo
- Disfunção adrenal: feocromocitoma, doença de Cushing.
- Disfunção vestibular.
- Epilepsia (particularmente do lobo temporal)
- Uso de psicoestimulantes (cocaína, anfetaminas).
- Abstinência de drogas (barbitúricos, álcool).
- Doenças pulmonares (embolia pulmonar, asma brônquica, doença pulmonar obstrutiva crônica).
- Hipoglicemias

Baseado em: Ballenger .J.C. J. Psychiatry 58 [Suppl .2]: 13-17, 197

### 5.2.3. Diretrizes do Tratamento

#### 5.2.3.1. Recomendações ao paciente e familiares

Aconselhar o paciente a dar os seguintes passos, se ocorrer um ataque de pânico:

- Permaneça onde estiver até que o ataque passe.
- Concentre-se em controlar a ansiedade, não nos sintomas físicos.
- Pratique respiração lenta, relaxada. Respirar muito profundamente ou rapidamente (hiperventilação) pode causar alguns dos sintomas físicos do pânico.
- A respiração controlada reduzirá os sintomas físicos.
- Diga a si mesmo que isto é um ataque de pânico e que os pensamentos e sensações assustadores logo passarão.

- Observe o tempo passando em seu relógio. Pode parecer um longo tempo, mas serão apenas alguns minutos.

Identificar medos exagerados que ocorrem durante o pânico (p. ex., o paciente teme que esteja tendo um ataque cardíaco).

Discutir formas de desafiar esses medos durante o pânico (p. ex., o paciente lembra a si mesmo “Eu não estou tendo um ataque cardíaco. Isto é um ataque de pânico e passará em alguns minutos”).

Grupos de apoio podem ajudar o paciente a manejar os sintomas de pânico e a superar os medos.

### **5.2.3.2. Tratamentos psicoterápicos**

Tratamentos psicossociais e farmacológicos em associação podem ter vantagens sobre qualquer uma das modalidades isoladas em casos moderados a graves.

Na agorafobia persistente as técnicas de exposição progressiva a estímulos adquirem grande importância.

Existem alguns tratamentos psicoterápicos específicos que demonstraram ser tão eficazes quanto a farmacoterapia, e com resultados mais duradouros.

### **5.2.3.3. Tratamento medicamentoso**

Muitos pacientes se beneficiarão do aconselhamento e podem não precisar de medicação.

Se os ataques são frequentes e graves, ou se o paciente está deprimido, antidepressivos podem ser utilizados; idealmente, estes devem ser os únicos medicamentos utilizados no manejo do transtorno do pânico (fluoxetina 20-60mg, mais bem tolerado e eficaz na redução dos ataques; sertralina 50-200mg, quando houver contraindicação ou falha com os outros; como alternativa para casos resistentes, pode-se utilizar nortriptilina, 50-150mg).

Evitar exames ou medicações desnecessárias.

Benzodiazepínicos não devem ser utilizados rotineiramente como tratamento dos transtornos do pânico, e nunca em monoterapia, pois estão relacionados a piores resultados no longo prazo e alto índice de dependência. Se avaliado como necessário, seu uso segue as mesmas recomendações e precauções do uso em TAG.

## **5.3 Transtornos Fóbicos**

A fobia específica acomete cerca de 5% a 10% da população geral e a fobia social em torno de 3%. Os sintomas aparecem na infância ou no início da vida adulta e o curso, geralmente, é crônico. Fobias específicas são mais comuns nas mulheres e geralmente acarretam pouco prejuízo funcional.



### **5.3.1 Fobias Específicas**

As fobias específicas acometem cerca de 10% da população geral. Costumam-se iniciar na infância e, se não forem graves nem ocorrerem em comorbidade, podem desaparecer sem tratamento, mas comumente persistem por toda a vida. Geralmente, a fobia é evitada com facilidade e não gera prejuízo social, mas indivíduos com fobias específicas têm cinco vezes mais chances de apresentarem outro transtorno psiquiátrico ao longo da vida. O tratamento é por meio de técnicas de exposição gradual aos estímulos fóbicos, e costuma ser eficaz em 70% a 85% dos casos.

### **5.3.2. Agorafobia**

Caracterizada pelo medo de sair de casa ou de estar em situações em que o socorro não é possível. Podem ser diversas as situações evitadas (andar de ônibus ou avião, sair de casa, viajar, entrar em filas ou lugares fechados), mas o que unifica é o medo de passar mal e não ter socorro fácil ou imediato. É o mais incapacitante dos transtornos fóbicos, muitas vezes limitando o paciente ao confinamento no lar, e pode levar ao suicídio.

O tratamento consiste em psicoterapia, técnicas de exposição gradual e medicação para a ansiedade e sintomas depressivos associados.

### **5.3.3. Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social)**

- Medo acentuado e persistente de passar por situações embaraçosas ou humilhantes em certos contextos sociais (fobia social) ou medo irracional de outro estímulo específico, como por exemplo: animais, sangue, altura, etc (fobia específica).
- A exposição ao estímulo ou à situação temida provoca ansiedade, podendo assumir a forma de um ataque de pânico.
- A pessoa geralmente reconhece que o medo é excessivo ou irracional.
- As situações sociais ou os estímulos específicos são evitados ou suportados com intensa ansiedade, o que geralmente interfere na rotina e no funcionamento social do paciente ou causa-lhe intenso sofrimento.
- O medo ou a esquivas não se devem ao uso de substâncias, a uma condição médica geral ou a outro transtorno mental.

### **5.3.4 Diretrizes de Tratamento (todos os Transtornos Fóbicos)**

#### **Recomendações ao paciente e familiares:**

- Encorajar o paciente a praticar métodos de respiração controlada para reduzir sintomas físicos de medo.

- Pedir ao paciente que faça uma lista de todas as situações que ele/ela evita e que outras pessoas não.
- Discutir formas de desafiar esses medos exagerados.
- Planejar uma série de passos que permitam que o paciente enfrente e se acostume às situações temidas:
- Identificar um pequeno primeiro passo em direção à situação temida (p. ex., dar um pequeno passeio para longe de casa com um membro da família).
- Este passo deve ser praticado todos os dias até que não seja mais assustador.
- Se a situação temida ainda causa ansiedade, o paciente deve praticar uma respiração lenta e relaxada, dizendo para si mesmo que o medo irá passar em 30 minutos.
- Não abandonar a situação temida até o medo passar.
- Passar para um passo um pouco mais difícil e repetir o procedimento (p. ex., ficar mais tempo longe de casa).
- Identificar um amigo ou membro da família que possa ajudar na superação do medo. Grupos de auto-ajuda ou de apoio podem ajudar no enfrentamento da situação temida.
- O paciente deve evitar usar álcool ou benzodiazepínicos para enfrentar as situações temidas.
- Dessensibilização sistemática e técnicas de exposição (para fobias específicas) e técnicas cognitivo-comportamentais (para fobia social), para detalhes ver referências.

#### **5.3.4.1. Tratamento Farmacológico (específico para Fobia Social)**

O tratamento isolado mais efetivo para Fobia Social é o farmacológico, apesar de a psicoterapia também ser útil e eficaz, principalmente em associação com medicação.

Os objetivos do tratamento são:

- Eliminar sintomas físicos;
- Eliminar esquiva fóbica;
- Eliminar disfunções cognitivas negativas (baixa auto-estima, dar importância exagerada ao outros, perfeccionismo, pensamentos catastróficos).

Utilizar no tratamento inicial os ISRS (fluoxetina 20-80mg); Os betabloqueadores também podem ser utilizados pelo efeito na frequência cardíaca e nos sintomas autonômicos (propranolol 10-40mg 2 vezes ao dia ou atenolol 25-100mg 1 vez ao dia,).

## **5.4 Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)**

O TOC é hoje considerado um dos transtornos psiquiátricos mais comuns, o quarto em prevalência segundo alguns estudos.

O TOC caracteriza-se essencialmente pela presença de obsessões e/ou compulsões. Estes sintomas não são exclusivos do TOC, podendo estar presentes em outros transtornos mentais (depressão, esquizofrenia, demência) e em determinadas fases da vida (p. ex., rituais para dormir na infância). No TOC, as obsessões geram desconforto emocional ou ansiedade, e as compulsões teriam a função de aliviar essas sensações, não sendo em si mesmas prazerosas. Esta função de “neutralização” mantém as compulsões, num ciclo de difícil rompimento.

A heterogeneidade do quadro clínico é grande, o que pode dificultar o diagnóstico.

Enquanto obsessões de contaminação e rituais de limpeza, verificação ou contagem podem ser prontamente identificados, sintomas como obsessões de agressão ou somáticas, rituais de colecionamento, ou lentidão e dúvida patológicas são mais difíceis de identificar. Qualquer comportamento ou ato mental pode ter características compulsivas; na maioria dos casos há múltiplas obsessões e/ou compulsões ao mesmo tempo ou ao longo do tempo; e podem haver obsessões sem compulsões e compulsões sem uma obsessão identificável, repetidas apenas para aliviar o “mal estar”.

O início dos sintomas se dá, geralmente, no começo da vida adulta, ou mesmo na infância, com o mesmo padrão. O TOC segue um curso crônico e flutuante, não necessariamente progressivo, com gravidade variável. A comorbidade é a regra, sendo de 60-85% com depressão, seguida por transtornos somatoformes (hipocondria e dismórfico corporal), outros transtornos de ansiedade (fóbicos) e uso de álcool.

### **5.4.1 Diagnóstico**

**Obsessões** são pensamentos, impulsos ou imagens mentais recorrentes, invasivos e desagradáveis, reconhecidos pelo indivíduo como próprios e inadequados. Deve haver pelo menos uma obsessão a que o paciente ainda tenta resistir, sem sucesso.

**Compulsões** são comportamentos ou atos mentais repetitivos que a pessoa se sente compelida a executar em reação a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas para prevenir ou reduzir o sofrimento ou mal estar. Geralmente, essas compulsões são reconhecidas pelo paciente como excessivas ou irracionais e não devem ser em si prazerosas, apesar de poderem trazer alívio para a ansiedade.

Para o diagnóstico definitivo, as obsessões e/ou compulsões devem estar presentes na maioria dos dias por pelo menos duas semanas e causar acentuado sofrimento, consumir tempo significativo (mais de 1 hora por dia) ou interferir significativamente na rotina, no funcionamento ocupacional ou nos relacionamentos sociais do paciente.

Os grupos de sintomas mais frequentemente encontrados na prática clínica são: obsessões agressivas e somáticas e verificação; simetria e ordenação (inclui repetição e contagem); contaminação e limpeza; e colecionamento.

#### **5.4.2 Tratamento**

O tratamento do TOC pode ser feito com recursos psicoterápicos e farmacológicos e uma combinação de ambos geralmente é mais eficaz.

Entre os medicamentos, os antidepressivos serotoninérgicos (ISRS) são eficazes e bem tolerados. As doses terapêuticas são as doses máximas, devendo os agentes ser iniciados em doses baixas como nos demais transtornos de ansiedade e aumentados até o limite superior da faixa terapêutica (clomipramina 25-200mg, fluoxetina 60-80mg, sertralina 150-200mg/ dia – intolerância a fluoxetina, idosos).

Existem algumas psicoterapias específicas com eficácia comprovada neste transtorno (equivalente ou superior aos tratamentos farmacológicos), e que podem reduzir o prejuízo causado pelas obsessões e compulsões. Casos leves podem ser encaminhados inicialmente apenas para tratamento psicoterápico.

De um modo geral, o TOC é um transtorno complexo e de difícil identificação e manejo, sendo indicada a avaliação pela equipe de saúde mental de todos os casos suspeitos.

### **5.5 Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)**

Ocorre em 1 a 10% da população, em estudos realizados em outros países. Apesar de não haver estudos nacionais de prevalência, estima-se que esta seja alta devido à violência dos grandes centros urbanos. Pode ocorrer em qualquer idade e os sintomas geralmente se iniciam nos primeiros três meses após o evento desencadeante, durando além deste período. Na maioria dos casos é crônico.

Apesar da superposição com sintomas de depressão e outros transtornos de ansiedade e da frequente comorbidade com estes, o diagnóstico pode ser feito a partir da constatação de nexos temporal com evento estressor significativo. O estressor (trauma) pode ser uma experiência traumática intensa na qual tenha ocorrido uma séria ameaça (real ou imaginada/percebida) à segurança ou integridade do indivíduo ou de pessoas que lhe são caras, inclusive à distância. Também pode ser decorrente de mudança súbita na posição social ou nas relações sociais.

#### **5.5.1 Diagnóstico**

Ocorre em pessoas que foram expostas a um evento traumático ou o presenciaram em terceiros. A resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.

O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:

- Recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções;

- Sonhos aflitivos e recorrentes com o evento;
- agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (flashbacks, alucinações, ilusões);
- Sofrimento psicológico intenso ou reatividade fisiológica quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do
- evento traumático (por exemplo: data do acontecimento).

Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (redução do interesse, sensação de distanciamento, incapacidade de sentir/dar carinho, etc.).

Surgimento de dois ou mais dos seguintes sintomas de excitabilidade aumentada:

- Dificuldade em conciliar ou manter o sono;
- Irritabilidade ou surtos de raiva;
- Dificuldade em concentrar-se;
- Hipervigilância;
- Resposta de sobressalto exagerada.

A duração da perturbação é superior a um mês e está associada a intenso sofrimento ou prejuízo significativo ao paciente.

- Quanto ao início pode ser agudo (até 3 meses do estressor) ou crônico (após 3 meses), podendo haver um subtipo de início protraído, após 6 meses.

### **5.5.2 Tratamento**

Algumas formas de psicoterapia especificamente focadas são altamente eficazes para estes pacientes. Os ISRS podem ser utilizados para tratar os sintomas depressivos e ansiosos comumente associados e podem levar a melhora sintomática parcial, normalmente em doses mais altas (p. ex., fluoxetina 60-80mg). Uma boa resposta a curto prazo é preditora de melhor prognóstico. Os antidepressivos tricíclicos e benzodiazepínicos não devem ser usados, pois pode haver agravamento do quadro ou prejudicar

### **5.6 Reação Aguda ao Estresse**

Ocorre e se resolve em até 4 semanas após a exposição a um estressor. Sintomas físicos de ansiedade são muito comuns (dor torácica, dispnéia, cefaléia, náusea, palpitação, dor abdominal). O tratamento consiste em alívio de sintomas específicos e suporte, se necessário com

acompanhamento semanal, psicoterapia breve ou encaminhamento para participação em grupos de apoio. Dada a natureza autolimitada do transtorno, o uso de medicamentos (benzodiazepínicos) deve ser reservado para casos excepcionais, por períodos máximos de duas semanas.

## **5.7 Transtorno de Ajustamento**

Muito comum, sendo o diagnóstico em 5% a 20% dos pacientes que buscam um ambulatório com sintomas de ansiedade. Ocorre em resposta a estressores eventuais ou conflitos típicos de fases do ciclo vital, iniciando até 3 meses após os eventos ou mudanças e durando no máximo 6 meses. O tratamento consiste em psicoterapia breve, individual ou em grupo, de suporte/apoio, visando explorar o significado emocional do estressor e mobilizar os recursos disponíveis para suplantá-lo. O uso de medicamentos segue a mesma orientação dada para a reação aguda ao estresse.

## **6. FLUXO DE ATENÇÃO**

Se a intervenção inicial não funcionar, deve-se reavaliar o paciente e oferecer outro tipo de intervenção, isolado ou em combinação (por exemplo, psicoterapia para falha com farmacoterapia, ou vice-versa, ou ainda outro tipo de farmacoterapia); toda vez que houver falha do tratamento inicial, deve-se também avaliar novamente o ambiente psicossocial do paciente, com destaque para: uso de substâncias (atenção para álcool, cafeína, tabaco e automedicação); estressores psicossociais continuados; qualidade da rede social; funcionamento no dia a dia; condições clínicas associadas; papel da agorafobia ou comorbidades na manutenção dos sintomas.

Os casos resistentes ao tratamento inicial devem ser discutidos com a equipe de saúde mental. Nos casos graves, onde o indivíduo se beneficie de uma atenção intensiva, com maior ênfase em reabilitação psicossocial, ou quando as possibilidades terapêuticas das equipes de saúde da família e saúde mental forem esgotadas, deve ser avaliado o atendimento no CAPS. Quando houver comorbidade com álcool ou outras drogas de difícil controle, o atendimento no CAPS também deve ser avaliado.

## **7. ANEXOS**

### 7.1 Tabela de Medicamentos

## **8. REFERÊNCIAS**

1. <https://www.unasus.gov.br/noticia/governo-federal-lanca-estrategias-para-cuidar-da-saude-mental-dos-brasileiros>

2. <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>

3. Protocolo de Atenção em Saúde Mental - Prefeitura de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde – SMS, 1ª Edição Tubarão, 2010.

4. Transtorno de Ansiedade Generalizada – Protocolo Clínico. Santa Catarina, 2015.