



<http://ensaios.usf.edu.br/>

CRISE DE PÂNICO: ABORDAGEM NO PRONTO-SOCORRO *PANIC ATTACK: HANDLING IN THE EMERGENCY ROOM*

DE OLIVEIRA, Luiza Guilem Marques¹ SGUIAREZI, Jetro Glaucus Demaman² PAULIN,
Luiz Fernando Ribeiro da Silva³

¹Residente de Psiquiatria HUSF; ²Acadêmico do 12º semestre do Curso de Medicina USF;

³Coordenador do Curso de Medicina USF.

luizagmo@hotmail.com

RESUMO. Os ataques de pânico (AP) são frequentes e recorrentes em pacientes de perfis variados. Surgem de forma inesperada e estão entre os diagnósticos mais prevalentes nos serviços de emergência. De modo geral, o Transtorno de Pânico (TP) é caracterizado pela ocorrência de uma sequência de ataques de pânico que ocorrem durante certo período de tempo e com uma frequência determinada. Cerca de 43% dos pacientes com Transtorno de Pânico têm seu primeiro atendimento no Pronto Socorro, sendo que 15% chegam às emergências em ambulâncias. Este artigo tem como objetivo abordar o tema ‘Ataque de Pânico’ de forma clara para elucidar dúvidas frequentes de médicos generalistas e emergencistas que trabalham nos Prontos Socorros, além de contribuir para uma melhoria na atenção primária, diagnósticos diferenciais e manejo dos pacientes na emergência. Para desenvolvê-lo, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre os temas ataque de pânico e transtorno de pânico. Nestes quadros, o diagnóstico preciso e encaminhamento precoce ao especialista pode ser decisivo, diminuindo a morbidade crônica associada ao quadro.

Palavras-chave: pânico, ataque de pânico, transtorno do pânico e pronto socorro.

ABSTRACT. Panic attacks (PA) are frequent and recurrent in patients with varied profiles. They arise unexpectedly and are among the most prevalent diagnoses in emergency services. In general, Panic Disorder (PD) is characterized by the occurrence of a sequence of panic attacks occurring over a period of time and with a certain frequency. About 43% of patients with Panic Disorder have their first emergency room care, with 15% arriving at ambulance emergencies. This article aims to address the topic 'Panic Attack' in a clear way to elucidate frequent questions of general practitioners and emergency professionals working in a emergency room, in addition to contributing to an improvement in primary care, differential diagnoses and emergency management of patients. We performed a bibliographic on the themes of panic attack and panic disorder. In these settings, the precise diagnosis and early referral to the specialist can be decisive, reducing the chronic morbidity associated with the condition.

Keywords: panic, panic attack, panic disorder, emergency room.

INTRODUÇÃO

O termo pânico tem sua origem na mitologia grega e está ligado a história do deus Pã conhecido por vagar em florestas e assustar os mortais que por lá passavam (NARDI; VALLENÇA, 2005; ABRÃO, 2004; LOCATELLI, 2010) As primeiras descrições nosológicas do que conhecemos hoje por Transtorno de Pânico datam do século XIX (HETEM; GRAEFF, 2004). Em 1895, Freud denominou “neurose de ansiedade” para explicar quadros cardiovasculares que acometiam seus pacientes, além de outros sintomas como:

vertigem, ansiedade, sudorese, dispneia e parestesia (KAPLAN; SADOCK, 1999). Tal nomenclatura foi abandonada posteriormente - em 1980 - pelo DSM-III (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e o quadro clínico formalmente passou a ser conhecido e diagnosticado pela comunidade médica como Transtorno de Pânico (TP) (CARMO; BRITO; PARTATA, 2010).

Os ataques de pânico (AP) são condições agudas que afetam pessoas de todas as idades. Atualmente, os principais diagnósticos diferenciais ocorrem nas emergências médicas e devem ser guiados pela sintomatologia clínica apresentada pelo paciente (ABRÃO, 2004). Faz-se necessário o conhecimento da condição do transtorno pelo médico generalista a fim de que seu diagnóstico e tratamento correto ocorram precocemente, além do acompanhamento especializado, que pode mudar o curso natural da doença, normalmente crônico e incapacitante. Infelizmente, esse tipo de abordagem não é comum no TP. Muitos pacientes chegam a ser consultados mais de dez vezes até serem corretamente diagnosticados e encaminhados ao psiquiatra (BALLENGER, 1997).

O início súbito dos sintomas ocorre com ou sem fator desencadeante, caracterizando um AP, que envolve sintomas físicos e cognitivos de ansiedade intensa (SAWCHUK; VEITENGRUBER, 2016). O quadro de TP abrange também um comportamento de se evitar situações que podem desencadear a sintomatologia.

METODOLOGIA

O presente artigo foi baseado em uma revisão bibliográfica qualitativa e descritiva, que teve como fonte de pesquisa os sites *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Google Acadêmico, NCBI Pubmed, além de livros específicos da área de psiquiatria. Foram utilizados os descritores: pânico, transtorno do pânico, ansiedade, emergências clínicas e emergências psiquiátricas, sendo que foram excluídos os artigos com enfoque apenas no TP, não levando especificamente em consideração o ataque agudo muitas vezes vivenciado pelo médico no Pronto Socorro. Ao final da pesquisa, foram efetivamente utilizados 19 artigos e livros, selecionados de acordo com sua qualidade, relevância e data de publicação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Epidemiologia

Ataques de pânico estão entre os diagnósticos mais prevalentes nos serviços de emergência. Boa parte dos pacientes que chegam aos hospitais com queixa de dor torácica é diagnosticada como dor torácica não cardíaca. Entre estes, a prevalência de Transtorno do Pânico (TP) é alta (BOKMA et al., 2015). Cerca de 43% dos pacientes com TP têm seu primeiro atendimento no Pronto Socorro, sendo que 15% chegam às emergências em ambulâncias (DEL PORTO, 2000).

Estudos epidemiológicos relatam taxas de prevalência de AP de 3 a 5,6% durante a vida. Estes ataques são mais comuns em mulheres que em homens (3:1), embora possivelmente ocorra subdiagnóstico desta condição em pessoas do sexo masculino (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997). Os principais fatores de risco relacionados à doença são: história clínica em parentes de primeiro grau, idade entre 20-30 anos, etnia branca, sexo feminino, importantes eventos vitais, comorbidades como ansiedade, depressão e uso de substâncias, além de asma, tabagismo e consumo de cafeína (SAWCHUK; VEITENGRUBER, 2016).

Diagnóstico e Conduta

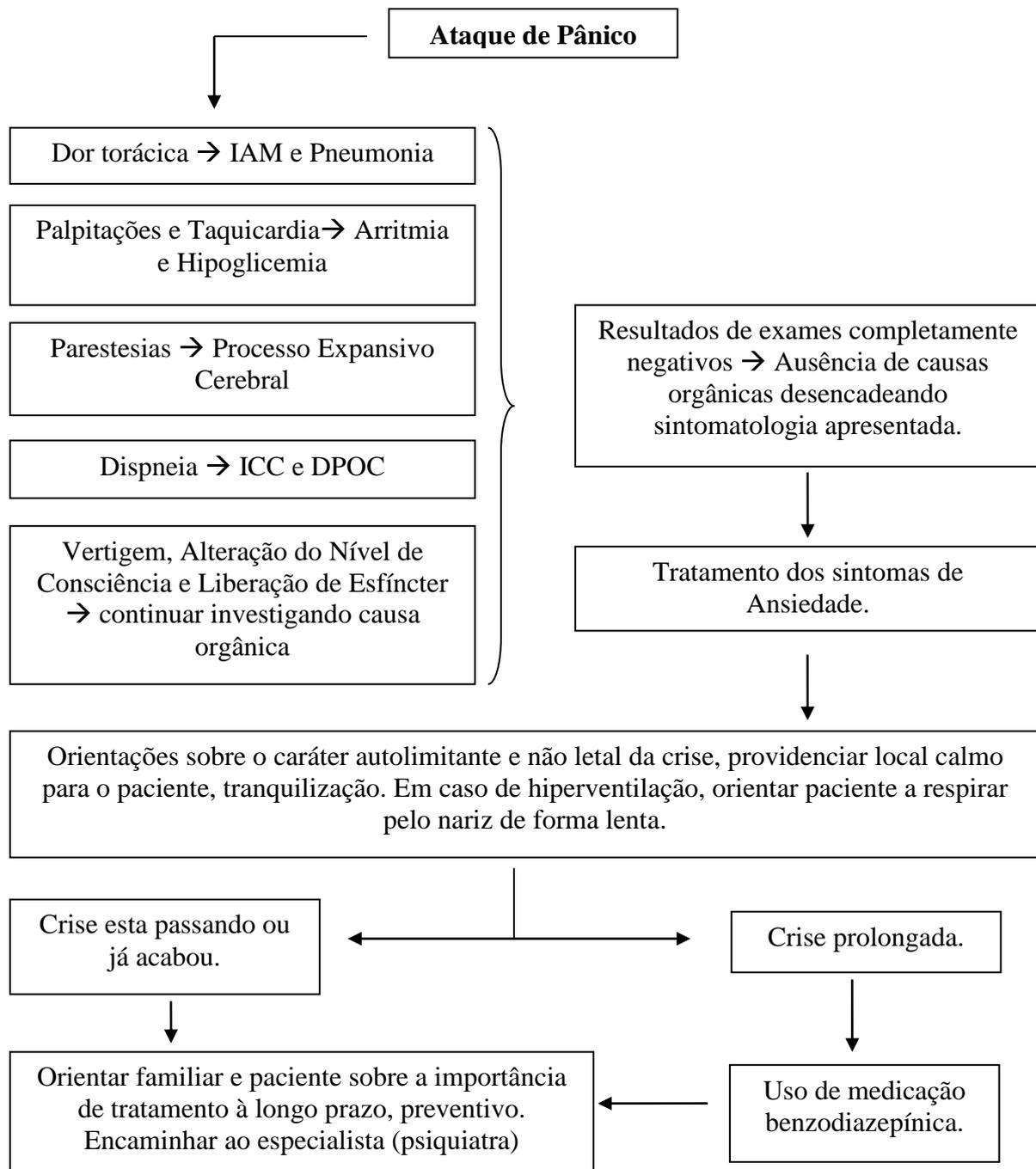
O ataque de pânico não é um transtorno mental *de per se*, mas sim uma condição, que pode estar presente no contexto de outros transtornos como transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), transtornos depressivos e os transtornos por uso de substâncias químicas lícitas ou ilícitas. O quadro caracteriza-se por início súbito, sem fator desencadeante obrigatório, durante o qual ocorrem pelo menos quatro dos seguintes sintomas: palpitações, sudorese, tremores ou abalos, sensação de falta de ar ou sufocamento, sensações de asfixia, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, sensação de tontura, instabilidade ou vertigem, calafrios ou ondas de calor, parestesias, desrealização ou despersonalização, medo de perder o controle ou enlouquecer e, principalmente, medo de estar infartando e/ou morrendo (DSM-V, 2014). Desmaios reais não são comuns (SAWCHUK; VEITENGRUBER, 2016). Esses sintomas atingem seu pico em até 10 minutos, diminuindo gradualmente sua intensidade em minutos ou até algumas horas (DEL PORTO, 2000). De todos os sintomas, a dor torácica é o mais relevante no contexto do Pronto Socorro. AP associado ou não com TP é a condição mais prevalente associada com dor torácica de causa não cardíaca, resultando em limitações funcionais e cronicidade do quadro (FOLDES-BUSQUE *et al.*, 2016).

Para um bom manejo do paciente com um ataque de pânico no Pronto Socorro deve-se rapidamente excluir qualquer causa orgânica que poderia estar desencadeando o quadro, vide Figura 1. É preciso investigar através de uma boa anamnese o consumo de álcool, cocaína, nicotina ou cafeína, além de possíveis fatores psicológicos associados. O exame físico nos pacientes que estão enfrentando o ataque costumam estar inalterados. Alguns exames podem ser adotados quando há suspeita de outro diagnóstico e é preciso levar em consideração a apresentação clínica de cada caso. Ex., a investigação de uma taquicardia ou dor torácica pode ser dar por meio de um eletrocardiograma. A fase de investigação é essencial para o diagnóstico diferencial da condição do ataque de pânico (ABRÃO, 2004; SAWCHUK; VEITENGRUBER, 2016). Os principais diagnósticos diferenciais de um ataque de pânico são: doença coronariana aguda, hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, feocromocitoma, doença de Cushing, disfunção vestibular, epilepsia, uso de psicoestimulantes, abstinência de drogas, doenças pulmonares (asma, embolia pulmonar, DPOC) e hipoglicemia (BALLENGER, 1997).

Alguns estudos tentaram estabelecer questionários para identificar TP em pacientes admitidos no setor de emergência. Os resultados ainda são divergentes quanto à viabilidade de um questionário, mas algumas perguntas mostraram relação positiva, como “O paciente tem algum transtorno de ansiedade?”, “Chegou ao hospital de ambulância?” “Quando percebe os batimentos cardíacos mais acelerados tem a sensação de que vai ter um ataque do coração?”, “Quando fica nervoso tem a sensação de que vai sufocar até a morte?” (FOLDES-BUSQUE *et al.*, 2013). Sabe-se que o medo focado na ideia de que algo acontecerá com o coração contribui para o surgimento da dor torácica não cardíaca através da sua forte relação com sintomas de TP e Transtorno de Ansiedade Generalizada (FOLDES-BUSQUE *et al.*, 2016)

Remanejar o paciente para um ambiente mais calmo e tranquilizá-lo em relação ao caráter rápido e autolimitado dos sintomas do AP, muitas vezes já é o suficiente para amenizar o quadro, vide Figura 1 (ABRÃO, 2004).

Em uma situação de emergência, caso o ataque mostre-se mais prolongado, o uso de medicações benzodiazepínicas (BZD) deve ser feito (ABRÃO, 2004. CARMO; BRITO; PARTATA, 2010. SAWCHUK; VEITENGRUBER, 2016). O uso de diazepam 10 mg Via oral é a medida adequada no Pronto Socorro, podendo ser repetido em 20 a 30 minutos, caso não ocorra a remissão dos sintomas. Entretanto, deve-se lembrar que se o paciente vem apresentando episódios recorrentes de Ataque do Pânico, caracterizando como Transtorno do Pânico, o uso do benzodiazepínico deve ficar restrito à crise, estando indicado os antidepressivos inibidores da recombinação de serotonina (ISRS) para o tratamento efetivo do quadro (CARMO; BRITO; PARTATA, 2010; STAHL, 2002).



IAM= Infarto Agudo do Miocárdio; ICC= Insuficiência Cardíaca Congestiva; DPOC= Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Figura 1 – Algoritmo para avaliação e conduta de um Ataque de Pânico em Pronto Socorro.

Fonte: Próprio Autor.

A opção pelo tratamento do Transtorno do Pânico com antidepressivos inibidores de receptação de serotonina se dá, pois são medicações mais toleradas e que causam menos efeitos colaterais, como sedação e dependência, provocado pelos benzodiazepínicos. Na

prática clínica, no entanto, como os antidepressivos possuem um período de latência por volta de 20 dias, na fase inicial do tratamento introduzimos o benzodiazepínico, porém após, o início da ação do ISRS, o BZD é retirado. Há várias opções de linhas de tratamento de acordo com a farmacocinética e farmacodinâmica das drogas, vide Tabelas 1 e 2.

Tabela 1- Medicções Utilizadas no Tratamento do Transtorno do Pânico - Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRSs) ou Inibidores da Recaptação de Serotonina-noradrenalina (IRSNs).

Medicamento	Dose	Contraindicação	Efeitos Colaterais
Paroxetina	5-10mg, VO, uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10mg/dia a cada 7dias de acordo com a resposta, máximo de 60mg/dia	Hipersensibilidade ao fármaco ou a qualquer componente de sua fórmula; uso concomitante com IMAOs ou no intervalo de até 2 semanas após o término do tratamento com agentes dessa classe; simultaneamente a tioridazina ou pimizida, pois a Paroxetina pode elevar os níveis plasmáticos dessas substâncias.	Anorgasmia, astenia, boca seca, cefaleia, constipação, diarreia, diminuição do desejo sexual, retardo ejaculatório, sonolência, tremor e tontura.
Sertralina	25mg, VO, uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200mg/dia.	Hipersensibilidade ao fármaco; uso concomitante com IMAOs; uso concomitante a tioridazina ou pimizida.	Boca seca, cefaleia, diarreia, disfunção sexual, insônia, náusea, sonolência e tontura.
Fluoxetina	5-10mg, VO, uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80mg/dia.	Hipersensibilidade conhecida ao fármaco; em combinação ou dentro de 14 dias após a suspensão de IMAOs. É necessário um intervalo de pelo menos 5 semanas (ou talvez mais, no caso de tratamento crônico com altas doses) após a suspensão da fluoxetina e o início de um IMAO; em combinação com a tioridazina. Deve-se aguardar no mínimo de 5 semanas após o término do tratamento com fluoxetina para administra-la, devido ao risco de arritmias graves e morte súbita.	Náuseas, cefaleia, diminuição do apetite, dor abdominal, insônia, nervosismo, sudorese excessiva.
Fluvoxamina	25-50mg, VO, uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50mg/dia a cada 4-7 dias de acordo com a resposta, máximo de 300mg/dia.	Hipersensibilidade à fluvoxamina ou a qualquer componente da fórmula; uso concomitante com IMAOs.	Náusea, cefaleia, sonolência, astenia e boca seca.

Cont.

Medicamento	Dose	Contraindicação	Efeitos Colaterais
Citalopram	5-10mg, VO, uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40mg/dia.	Absolutas: Hipersensibilidade ao fármaco ou a qualquer componente de sua fórmula; tratamento com IMAOs ou com pimizida concomitantes. Relativas: síndrome congênita do QT longo, podendo ser usado somente em casos para os quais não há alternativa viável e em baixas doses; em pacientes com bradicardia, hipocalcemia, hipomagnesemia, IAM recente ou ICC descompensada.	Náuseas, sudorese, boca seca, cefaleia, sonolência, tremor, retardo na ejaculação, insônia, xerostomia e astenia.
Escitalopram	5mg, VO, uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 5-10mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20mg/dia.	Hipersensibilidade à substância ativa ou a algum componente da fórmula; não deve ser utilizado em pacientes com síndrome congênita do QT longo; o uso associado a outros medicamentos que causem o prolongamento do intervalo QT é contraindicado; o tratamento concomitante com IMAOs ou com pimizida.	Náuseas, boca seca, coriza, diminuição ou aumento do apetite, inquietude, redução da libido, disfunção ejaculatória e/ou erétil, anorgasmia em mulheres, insônia, sonolência, sudorese, tremores e vômitos
Venlafaxina	37,5mg, VO, uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 37,5-75mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 225mg/dia.	Uso associado a IMAOs; hipersensibilidade ao fármaco.	Náuseas, insônia, tremor, disfunção sexual (redução da libido, atraso ejaculatório, anorgasmia ou impotência), sudorese e boca seca.

Fonte: CORDIOLLI, 2015.

Bokma *et al.* (2015) utilizou um estudo de coorte para avaliar a viabilidade de um questionário para TP em pacientes admitidos no Setor de Emergência com diagnóstico de dor torácica não cardíaca. Após sua análise, concluiu que a necessidade de uma abordagem individualizada inviabiliza o uso do questionário, tanto que a maioria dos pacientes preferiu ser avaliada posteriormente por seus médicos generalistas. Tal estudo indicou a necessidade do encaminhamento quando o AP é um diagnóstico diferencial.

De modo geral, o TP é caracterizado pela ocorrência de APs, durante certo período de tempo e com uma frequência determinada. Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), é necessário que após um episódio de AP o indivíduo experimente por pelo menos um mês, uma ou ambas das seguintes condições: preocupação persistente acerca do ataque e suas consequências e/ou mudança do comportamento após o ataque. A décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), requer três ataques em três semanas (forma moderada) ou quatro ataques em quatro semanas (grave), para que o diagnóstico de TP possa ser feito. Conhecer esses critérios melhoram o cuidado com o paciente e diminuem a recorrência de procuras ao Pronto Socorro (BUCCELLETTI *et al.* 2013).

Observa-se que o paciente com TP, passa a ter componentes comportamentais recorrentes, como evitação fóbica (evita lugares ou situações nas quais teve ataques de

pânico) e ansiedade antecipatória (sofre por antecipação se é obrigado a enfrentar situação ansiogênica).

O tratamento para o TP sem comorbidades, considerado de primeira linha, requer três importantes abordagens: o uso de medicação (ISRS), associado à terapia cognitivo-comportamental (TCC) e a psicoeducação (SAWCHUK; VEITENGRUBER, 2016). Vale ressaltar que o tratamento que integra essas três abordagens, guiado por uma equipe especializada em saúde mental, é comprovadamente mais eficaz e menos oneroso para os sistemas de saúde do que o tratamento medicamentoso isolado conduzido por profissionais generalistas (JOESCH *et al.* 2012).

Tabela 2- Medicções Utilizadas no Tratamento do Transtorno do Pânico - Benzodiazepínicos

Medicamento	Doses	Contra-indicações	Efeitos Colaterais
Clonazepam (primeira linha)	0,25mg, VO, duas vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 0,25-0,5mg/dia a cada 3 dias de acordo com a resposta, máximo de 4mg/dia.	Hipersensibilidade aos BZDs; miastenia gravis; doença de Alzheimer; EM; doença hepática grave; glaucoma de ângulo fechado.	Ataxia, sonolência, dificuldade de concentração, déficit de atenção, fadiga, sedação e tontura.
Alprazolam	0,25-0,5mg, VO, quatro vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 1mg/dia a cada 3-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 6mg/dia	Absolutas: Hipersensibilidade aos BZDs; miastenia gravis; glaucoma de ângulo fechado; em associação com cetoconazol, itraconazol e delavirdina. Relativas: glaucoma de ângulo aberto tratado; portadores de DPOC grave; indivíduos com fatores de risco para abuso de substâncias.	Abstinência, ataxia, diminuição dos reflexos e do desempenho psicomotor, fadiga e sonolência.
Lorazepam	0,5mg, VO, três vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 6mg/dia	Absolutas: Hipersensibilidade aos BZDs; glaucoma de ângulo fechado agudizado; Relativas: dependência química; doença de Alzheimer; EM; miastenia gravis; insuficiência respiratória; insuficiência renal grave; insuficiência hepática (entre os BZDs é um dos mais seguros)	Ataxia, déficit de atenção e de concentração, fadiga, fraqueza, sedação, sonolência e tontura.
Diazepam	2,5mg, VO, duas vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 40mg/dia	Hipersensibilidade aos BZDs; miastenia gravis; glaucoma de ângulo fechado; adição; insuficiência respiratória ou DPOC; doença hepática ou renal grave;	Abstinência, ataxia, déficit de atenção, fadiga, dificuldades de concentração, sedação e sonolência.

Fonte: CORDIOLLI, 2015.

CONCLUSÃO

Para a maioria dos pacientes afetados pelo TP, a condição caracteriza-se por seu curso crônico de APs e recaídas frequentes, necessitando assim, de um acompanhamento

psiquiátrico e de estratégias de prevenção. Portanto, não só o médico psiquiatra deve se familiarizar com a condição como também os médicos de formação geral, principalmente aqueles que trabalham em Prontos Socorros e na atenção primária. Propõe-se um olhar mais crítico após o primeiro ataque de pânico diagnosticado pelo médico generalista, assim como a estimulação de um controle pelo paciente de novos episódios, suas frequências e duração. Faz-se necessário, também, o encaminhamento precoce desses pacientes ao psiquiatra, para uma avaliação mais completa do quadro, procurando identificar possíveis comorbidades e efetuar o tratamento corretamente.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, B.S. **Síndrome do Pânico**. São Paulo: Editora Nova Cultura;2004, 80p.
- BALLENGER, J.C. **Panic disorder in the medical setting**. J Clin Psychiatry. 1997; 58(2): 13-7.
- BOKMA, W.A.; BATELAAN, N.M.; BEEK, A.M.; BOENINK, A.D.; SMIT, J.H.; VAN BALKOM, A.J.L.M.; **Feasibility and outcome of the implementation of a screening program for panic disorder in noncardiac chest pain patients in cardiac emergency department routine care**. Gen Hosp Psychiatry. 2015; 37(5): 485- 487.
- BUCCELLETTI, F.; OJETTI, V.; MERRA, G.; CARROCCIA, A.; MARSILIANI, D.; MANGIOLA, F.; *et al.* **Recurrent use of the Emergency Department in patients with anxiety disorder**. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2013;17(1):100-6.
- CARMO, A.S.; BRITO, I.L.; PARTATA, A.K. **Estudo sobre o transtorno do pânico com enfoque à farmacoterapia**. Revista científica do ITPAC. 2010; 3(1):16.
- CID-10 - Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento : Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- CORDIOLI, A.V.; GALLOIS, C.B.; ISOLAN, L. **Psicofármacos: consulta rápida**. Porto Alegre: ArtMed; 2015.
- DEL PORTO, J.A. **Crises de Pânico na Prática Médica**. Psiquiatria na prática médica. 2000; 33(4).
- DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- FOLDES-BUSQUE, G.; DENIS, I.; POITRAS, J.; FLEET, R.P.; ARCHAMBAULT, P.; DIONNE, C.E. **A prospective cohort study to refine and validate the Panic Screening Score for identifying panic attacks associated with unexplained chest pain in the emergency department**. BMJ Open. 2013; 3(10): 1-9.
- FOLDES-BUSQUE, G.; HAMEL, S.; BELLEVILLE, G.; FLEET, R.; POITRAS, J.; CHAUNY, J.M.; *et al.* **Factors associated with pain level in non-cardiac chest pain patients with comorbid panic disorder**. Biopsychosocial Medicine. 2016; 10: 30.
- HETEM, L.A.; GRAEFF, F. **Transtornos de Ansiedade**. São Paulo: Atheneu, 2004; 435p.
- JOESCH, J.M.; SHERBOURNE, C.D.; SULLIVAN, G.; STEIN, M.B.; CRASKE, M.G.; ROY-BYRNE, P. **Incremental Benefits and Cost of Coordinated Anxiety Learning and**

Management for Anxiety Treatment in Primary Care. Psychological Medicine. 2012; 42(9):1937-48.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica.** Porto Alegre: Artmed; 1997. 545- 583p

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. **Tratado de Psiquiatria.** Porto Alegre: Artmed; 1999. 1300-1360p.

LOCATELLI, A. **Síndrome Do Pânico: Revendo Conceitos, Diagnóstico e Tratamentos** [dissertation]. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC; 2010.

NARDI, A.E.; VALLENÇA, A.M. **Transtorno de Pânico: diagnóstico e tratamento.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

SAWCHUK, C.N.; VEITENGRUBER, J.P. **Transtornos de pânico.** BMJ Best Practice. 2016.

STAHL, S.M. **Psicofarmacologia: Base Neurocientífica e Aplicações Práticas.** Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica; 2002. 325-355p.