

---

## ESTUDO SOBRE O TRANSTORNO DO PÂNICO COM ENFOQUE À FARMACOTERAPIA

**Adriana Sousa do Carmo**

(Graduada em Farmácia pela FAHESA/ ITPAC)

**Izabelly Larissa A. S. Brito**

(Graduada em Farmácia pela FAHESA/ ITPAC)

**Anette Kelsei Partata**

(M.Sc. Docente da FAHESA/ITPAC ITPAC)

E-mail: [anettepartata@hotmail.com](mailto:anettepartata@hotmail.com)

O transtorno do pânico é uma doença crônica que afeta um número significativo na população mundial e acomete principalmente mulheres na idade de 21 aos 40 anos. O trabalho tem o objetivo de estudar esse transtorno com enfoque à farmacoterapia, priorizando as principais manifestações clínicas, as suas consequências e a importância do farmacêutico no tratamento. Este estudo foi realizado através de um levantamento bibliográfico, utilizando referências encontradas no acervo da biblioteca do ITPAC e artigos indexados em base de dados e revistas científicas, editados a partir do ano de 1997. A etiologia do transtorno do pânico é provavelmente multifatorial, incluindo fatores genéticos, biológicos, cognitivo-comportamentais e psicossociais que contribuem para o aparecimento de sintomas de ansiedade, que são caracterizados pela presença de ataques súbitos de ansiedade, que podem ser espontâneos e inesperados, como taquicardia, tremor, sensação de irrealidade e medo de morrer. Apresenta muitas complicações que podem prejudicar a vida do paciente, sendo a principal a agorafobia, que é o temor de se encontrar sozinho em lugares públicos, podendo ocorrer também hipocondria, depressão, entre outras consequências. O tratamento mais efetivo consiste em farmacoterapia e/ou terapia cognitivo-comportamental. Com o tratamento adequado, a maioria dos pacientes pode conseguir melhora significativa. O farmacêutico possui um papel bastante importante na orientação dos pacientes com este transtorno, informando-os sobre farmacoterapia, reações adversas e interações medicamentosas que podem ocorrer, com o propósito de melhorar a qualidade de vida do paciente.

**Palavras-chave:** Agorafobia; Transtorno do Pânico.

The panic disorder is a chronic disease that affects a significant number in the world and mainly affects women in the age of 21 to 40 years. The work aims to study this disorder with a focus on pharmacotherapy, focusing the main clinical manifestations, consequences and the importance of pharmaceutical treatment. This study was conducted through a literature review, using references found in the library collection of ITPAC and articles indexed in the database and scientific journals, edited from the year 1997. The etiology of panic disorder is probably multifactorial, including genetic factors, biological, cognitive-behavioral and psychosocial contributing to the onset of symptoms of anxiety, which are characterized by the presence of sudden attacks of anxiety, which can be spontaneous and unexpected, as tachycardia, tremor, feeling of unreality and fear of dying. Has many complications that can impair the patient's life, with the main agoraphobia, which is the fear of being alone in public places, may also occur hypochondria, depression, among other consequences. The most effective treatment consists of pharmacotherapy and / or cognitive behavioral therapy. With proper treatment, most patients can achieve significant improvement in panic disorder. The pharmacist has a very important role in guiding the patients with this disorder, informing the pharmacotherapy and adverse reactions that may occur, thus preventing the drug interactions in order to improve the quality of life.

**Keywords:** Agoraphobia; Panic Disorder

## INTRODUÇÃO

O transtorno do pânico (TP) é uma doença crônica e está associada a uma importante morbidade e prejuízo na qualidade de vida do paciente, sendo caracterizada pela presença de ataques súbitos de ansiedade, que são recorrentes e acompanhados de sintomas físicos e afetivos, como taquicardia, tremor, sensação de irrealidade e medo de morrer. Afeta aproximadamente 3,5% da população ao longo da vida, atingindo duas vezes mais mulheres que homens (FYER, 1999; MANFRO et al, 2002).

O TP é frequentemente acompanhado por agorafobia, que é o temor de se encontrar sozinho em lugares públicos, os quais tenham como característica a dificuldade de saída rápida, caso surja um novo ataque (SOARES FILHO, 2007).

Esta pesquisa justifica-se em fornecer informações essenciais à comunidade acadêmica e profissional no intuito de que serviços melhores sejam oferecidos aos pacientes portadores deste transtorno.

### 1.1 Objetivos

#### 1.1.1 Objetivo geral

Estudar o TP com enfoque à farmacoterapia.

#### 1.1.2 Objetivos específicos

- Relacionar as principais manifestações clínicas provocadas pelo TP;
- Apontar as suas principais consequências;
- Identificar os principais fármacos utilizados no seu tratamento;
- Ressaltar a importância do farmacêutico na farmacoterapia deste transtorno.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 História

Em 1895, Freud criou o termo “neurose de ansiedade” e descreveu uma síndrome caracterizada por sintomas como irritabilidade geral, expectativa ansiosa, vertigem, parestesias, espasmos cardíacos, sudorese e dispnéia (FYER, 1999), sendo o primeiro a observar a relação entre ataques de pânico e agorafobia. O termo agorafobia foi criado, em 1871, para a condição na qual os pacientes parecem ter medo de permanecerem em locais públicos desacompanhados de amigos ou parentes (KAPLAN, 1997).

Em 1980, o DSM-III (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) abandonou formalmente o diagnóstico de neurose de ansiedade e introduziu o diagnóstico de TP. A validade de classificação tem sido bem justificada desde 1980, pelo desenvolvimento de tratamentos específicos para o TP (KAPLAN, 1997).

### 2.2 Epidemiologia

Os estudos epidemiológicos têm relatado prevalências durante o período de vida de 1,5 a 3% para o TP e de 3 a 4% para os ataques de pânico (KAPLAN, 1997). As mulheres têm uma probabilidade duas a três vezes maior que os homens de serem afetadas por TP, ataques de pânico ou agorafobia. Entretanto, em diversos estudos, divórcio ou separação estavam associados com taxas aumentadas tanto de transtorno quanto de ataques de pânico. A história familiar também representa um fator de risco significativo (FYER, 1999).

Estudos retrospectivos têm relatado que as mulheres com TP vivenciam um aumento nos sintomas de ansiedade e de pânico durante a fase lútea ou pré-menstrual do ciclo menstrual, talvez devido ao declínio drástico nos níveis de estrogênio e progesterona que ocorrem nesse período (KINRYS, 2005).

O TP tem início tipicamente na fase final da adolescência ou início da idade adulta, mas pode se

manifestar na infância. O início é raro após os 45 anos de idade. Parentes em primeiro grau de indivíduos portadores de TP apresentam uma chance de quatro a sete vezes maior de desenvolver o transtorno (ANNICCHINO, 2007; STAHL, 2002).

Um pequeno estudo de entrevistas clínicas revelou que a taxa de concordância para ansiedade com ataques de pânico era significativamente mais alta em gêmeos monozigóticos (4 em 13) do que em gêmeos dizigóticos (0 em 16) (FYER, 1999).

## 2.3 Etiologia

A etiologia do TP é provavelmente multifatorial, incluindo fatores genéticos, biológicos, cognitivo-comportamentais e psicossociais que contribuem para o aparecimento de sintomas de ansiedade, muitas vezes durante a infância, e com manifestações variáveis durante o ciclo vital (MANFRO et al, 2002).

## 2.4 Neuroanatomia do TP

Em 1989, foi elaborada uma hipótese neuroanatômica para o TP com o objetivo de explicar como duas terapias diferentes – psicofarmacoterapia e psicoterapia cognitivo-comportamental eram eficazes no seu tratamento (MEZZASALMA et al, 2004). Os três principais neurotransmissores associados à ansiedade, com base em estudos de animais, e às respostas a tratamentos com medicamentos são a norepinefrina, a serotonina e o GABA (SADOCK, 2007).

## 2.5 Descrição Clínica

O TP é o transtorno ansioso mais comum, considerado uma doença crônica, associada com considerável morbidade e custo social (FYER, 1999).

Seus aspectos centrais são ataques de pânico, sendo que o primeiro ataque costuma ser espontâneo, embora muitos possam estar relacionados a excitação, esforço físico, atividade sexual ou trauma emocional moderado. Os clínicos devem tentar avaliar qualquer hábito ou situação que costume preceder aos ataques.

Essas atividades podem incluir o uso de cafeína, álcool, nicotina ou outras substâncias (SADOCK, 2007).

Geralmente, os ataques de pânico têm duração de 5 a 30 minutos, com o máximo dos sintomas sentidos em aproximadamente 10 minutos e raramente podem ocorrer ataques com duração de mais de uma hora. Os sintomas mentais costumam ser medo extremo e sensação de morrer ou tragédia eminente (SADOCK, 2007). Podem ocorrer durante o sono, sendo denominados ataques noturnos. Na maioria dos pacientes, estes podem acordar a pessoa. Os sintomas são semelhantes aos ataques diurnos (STAHL, 2002).

Preocupações somáticas de morte por problemas cardíacos ou respiratórios podem ser o principal foco da atenção do indivíduo durante os ataques. Eles podem acreditar que as palpitações e a dor no peito indicam que estão para morrer (SADOCK, 2007).

Em algumas pessoas, o medo de ter um ataque de pânico associa-se a certas situações. Caracteristicamente, tais situações incluem o uso de transporte coletivo, dirigir sobre pontes, estar no meio da multidão, esperar em filas ou sair desacompanhado de ambientes familiares. De uma pessoa assim, diz-se que tem TP com agorafobia. Entretanto, se um padrão e ataques de pânico recorrentes, inesperados for experimentado e o indivíduo se tornar angustiado em antecipação a futuros ataques, então diz-se que o indivíduo tem TP sem agorafobia (KAPLAN, 1999).

## 2.6 Diagnóstico

O diagnóstico de TP é feito quando o paciente experimenta ataques de pânico recorrentes, discretos e inesperados e que são seguidos por um mês de ansiedade antecipatória ou alteração comportamental persistente. Esses ataques se caracterizam por um crescimento súbito de ansiedade e medo, além da presença de, pelo menos, quatro sintomas físicos (HALES, 2006).

Os critérios diagnósticos de pesquisa exigem seis ataques de pânico durante um período de seis semanas. A décima revisão da *Classificação Estatística*

---

*Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (CID-10) requer três ataques em três semanas (para a forma moderada) e quatro ataques em quatro semanas (para a forma grave). O DSM-IV também exige que os ataques de pânico, geralmente, sejam inesperados, mas permite ataques esperados ou predispostos pela situação (KAPLAN, 1997; SADOCK, 2007).

O diagnóstico de TP raramente é feito e graves consequências podem ocorrer disso, inclusive na evolução do transtorno psiquiátrico. O diagnóstico e o tratamento precoces podem diminuir as complicações, bem como melhorar a qualidade de vida desses pacientes (SOARES FILHO, 2007).

São feitos os procedimentos padrão de laboratório e uma vez excluída a presença de uma condição que ameace a vida, a suspeita é de TP. Diversas condições médicas e fatores orgânicos não-psiquiátricos podem imitar os sintomas de TP (KAPLAN, 1999; SADOCK, 2007).

## 2.7 Tratamento

Com o tratamento, a maioria dos pacientes exibe uma melhora importante dos sintomas de pânico e agorafobia. Os dois tratamentos mais efetivos são a farmacoterapia e a terapia cognitivo-comportamental.

### 2.7.1 Farmacoterapia

O tratamento farmacológico do TP tem como objetivo bloquear os ataques de pânico, diminuir a ansiedade antecipatória, reverter a evitação fóbica, assim como reconhecer e tratar as comorbidades (MANFRO, 2002).

Se a abordagem de tratamento inicial não produzir uma mudança visível em 8 a 10 semanas, então uma reavaliação é fundamental (FYER, 1999).

Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) são eficientes no tratamento do TP. A paroxetina tem efeitos sedativos e tende acalmar, de imediato, os pacientes, o que leva a maior adesão e menos interrupções no tratamento (SADOCK, 2007).

As vantagens do uso de ISRSs sobre as drogas tricíclicas consistem na ausência de reações adversas anticolinérgicas, menor ou nenhum ganho de peso, menos hipotensão ortostática e nenhum defeito sobre a condução cardíaca, e também são relativamente seguros na superdosagem. Sua desvantagem é que além de induzir ansiedade, também podem causar indisposição gastrointestinal, hipomania, dor de cabeça, disfunção sexual e insônia (FYER, 1999).

Dentre as drogas tricíclicas e tetracíclicas, a imipramina e a clomipramina são as mais extensamente estudadas e ambas demonstram eficácia no tratamento do TP (STHAL, 2002).

Os medicamentos tricíclicos não são tão utilizados quanto os ISRSs, porque apresentam reações adversas graves nas doses necessárias para o tratamento eficaz do transtorno (SADOCK, 2007). Causam muitos efeitos desagradáveis que podem impedir sua utilização, tais como: efeitos anticolinérgicos (boca seca, constipação), efeitos sobre a condição cardíaca e hepáticos, hipotensão ortostática e ganho de peso. Eles são extremamente perigosos em superdosagem. Essas desvantagens tornam esse tratamento de segunda ou terceira linha para o TP (FYER, 1999; STHAL, 2002).

Os inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) também são drogas antipânico e antifóbicas eficazes, mas podem necessitar de doses plenas por pelo menos 8 a 12 semanas para serem eficazes. O principal inconveniente dos IMAOs é sua tendência a produzir o efeito tiramina. O bloqueio da MAO intestinal permite que substâncias vasoconstritoras, como a tiramina, entrem em circulação sistêmica e produzam uma crise hipertensiva. Os pacientes que tomam IMAOs devem, portanto, iniciar uma dieta restritiva de alimentos ricos em tiramina (como queijos e vinho tinto) e medicamentos que contenham substâncias vasoconstritoras como descongestionantes nasais. A necessidade de restrição dietética dos IMAOs, tem limitado sua utilização, particularmente desde o aparecimento dos ISRSs (FYER, 1999; SADOCK, 2007).

Os benzodiazepínicos são eficazes na redução de ataques de pânico, de comportamento fóbico e de ansiedade antecipatória. Os benzodiazepínicos tornam-se um tratamento complementar aos antidepressivos, principalmente aos ISRSs, especialmente nos tratamentos em longo prazo. Porém, seu uso tem sido limitado, em vista de preocupação com dependência, comprometimento cognitivo e abuso (FYER, 1999; STHAL, 2002).

O principal efeito adverso dos benzodiazepínicos é a sedação, mas também podem aumentar os efeitos do álcool, produzir incordenação e associar-se a dependência e abstinência (FYER, 1999).

### 2.7.2 Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

Uma variedade de técnicas comportamentais e cognitivas, tais como relaxamento, exposição interoceptiva, habilidades de enfrentamento e reestruturação cognitiva são comprovadamente eficazes (SHINOHARA, 2005).

O tratamento consiste em eliminar padrões de funcionamento desadaptado, ou seja, o medo das sensações físicas, as evitações e as “estratégias de segurança” desenvolvidas pelo indivíduo (ANNICCHINO, 2007). A abordagem com acompanhamento de longo prazo de pacientes que receberam TCC mostrou que esse tratamento é eficaz na remissão dos sintomas (SADOCK, 2007).

### 2.7.3. Farmacoterapia e Psicoterapia Combinadas

O tratamento envolvendo associação da farmacoterapia com tratamento cognitivo-comportamental pode ser ligeiramente mais eficaz do que cada uma das abordagens isoladamente. Mesmo quando a farmacoterapia é eficaz em eliminar os principais sintomas, a psicoterapia pode ser necessária para tratar sintomas secundários. Atualmente, a decisão de usar tratamento combinado é bem mais tomada caso a caso em resposta às necessidades clínicas específicas (FYER, 1999; SADOCK, 2007).

## 2.8 Curso e Prognóstico

O TP, em geral, tem seu início no final da adolescência ou na idade adulta jovem, embora também

possa principiar durante a infância, início da adolescência e meia-idade. Em geral, é crônico, embora seu curso seja variável, tanto entre os pacientes quanto em um único paciente (KAPLAN, 1997).

A frequência e a gravidade dos ataques podem variar. Os mesmos podem ocorrer várias vezes por dia ou menos de uma vez por mês. A ingestão excessiva de cafeína e nicotina podem exacerbar os sintomas (SADOCK, 2007).

O curso da doença sem tratamento é altamente variável. Mesmo depois de anos de doença, a interrupção efetiva dos ataques com medicamento proporciona a resolução da ansiedade antecipatória e de fobias sem outro tratamento (HOLLANDER, 2006).

Os pacientes com um bom funcionamento pré-mórbido e sintomas de duração mais breve tendem a um melhor prognóstico (KAPLAN, 1997).

## 2.9 Comorbidades

Os transtornos depressivos são as comorbidades mais frequentes do TP. Na maioria dos casos a depressão acompanha o início dos ataques de pânico. Entretanto, em 25 a 30% dos casos clínicos o transtorno depressivo é relatado como tendo ocorrido antes ou simultaneamente ao início de ataques de pânico (FYER, 1999; MONTIEL, 2005).

Os pacientes com TP sem comorbidades apresentam uma história de doença mais recente, referindo poucos prejuízos atribuídos à doença na qualidade de vida e nas atividades profissionais e sociais. Já, envolvendo queixas orgânicas prévias, apresenta ataques de pânico recorrentes e um elevado índice de recaídas (MAGALHÃES, 2005).

A maior prevalência de transtornos comórbidos em mulheres com TP pode resultar em um curso mais crônico e grave da doença que entre os homens (KINRYS, 2005).

## 2.10 A Importância do farmacêutico no tratamento do TP

O farmacêutico é o profissional de saúde com o melhor perfil para a condução de todas as ações destinadas à melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos, tendo um papel fundamental no tratamento de qualquer patologia em que seja necessária a aplicação de uma conduta medicamentosa (FIORAVANTE, 2008; FREITAS NETO, 2004).

Cabe ao farmacêutico a orientação ao paciente sobre o uso correto do medicamento, do tempo de tratamento, da forma de usar, do armazenamento e dos cuidados, que são informações preciosas para o sucesso do tratamento e a cura, objetivo de toda ação medicamentosa (SCHOSTACK, 2004).

A prática da atenção farmacêutica para pacientes com distúrbios psiquiátricos, aumenta a adesão ao tratamento, reintegrando em grande parte esses pacientes à sociedade, reduzindo os danos que esses transtornos acarretam (OLIVEIRA, 2008).

Na ausência de atenção farmacêutica qualificada, o processo de cura e/ou manutenção da saúde pode ser comprometido, inclusive podendo levar ao agravamento do quadro clínico, gerando assim, transtornos para o paciente (OLIVEIRA, 2008).

## 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado sobre o TP foi de suma importância para a compreensão deste transtorno de ansiedade que afeta um número significativo na população mundial, sendo caracterizado como uma doença crônica, que acomete principalmente mulheres na idade de 21 aos 40 anos.

A principal manifestação clínica são os ataques de pânico que podem ser espontâneos e inesperados.

Os ataques de pânico geralmente podem ser confundidos com doenças cardíacas ou respiratórias devido à presença dos sintomas como taquicardia, dor

torácica, sentimento de asfixia e medo de morrer. Os sintomas podem desaparecer de forma lenta e gradual e podem ser acompanhados ou não de agorafobia.

O tratamento mais efetivo consiste em farmacoterapia e/ou terapia cognitivo-comportamental. As drogas mais utilizadas e mais eficazes para este transtorno são os antidepressivos tricíclicos e tetracíclicos, inibidores da monoaminoxidase, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina e os benzodiazepínicos.

O farmacêutico tem uma função muito importante na orientação dos pacientes com TP, pois a farmacoterapia pode apresentar várias reações adversas, as quais podem favorecer ou não a adesão do paciente ao tratamento. Esta orientação poderá ser feita, com o intuito de ensinar o paciente a como manejar estes efeitos.

Promover a farmacoterapia planejada é fundamental na atenção farmacêutica, uma vez que, assim procedendo, o profissional encontrará resultados que promovam a qualidade de vida do paciente.

## 4. REFERÊNCIAS

- ACCATTINI, Marina; PAPINE, Juliana Miranda. **Programa de Desenvolvimento Profissional Ao Farmacêutico**. Disponível em: [http://www.aofarmaceutico.com.br/start/dbarquivos/caderno\\_01.pdf](http://www.aofarmaceutico.com.br/start/dbarquivos/caderno_01.pdf). Acesso em: 02/04/2009.
- ANNICCHINO, Ana Gabriela Pinheiro da Silva; MATOS, Evandro Gomes de. Ansiedade de separação em adultos com transtorno de pânico: um tratamento cognitivo-comportamental. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v.24, n.1, p.33-39, jan/mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a04.pdf>. Acesso em: 17/11/2008.
- BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v.11, n.1, p. 21-27, março. 2008. disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n1/a03v11n1.pdf>. Acesso em: 02/04/2009.

# REVISTA CIENTÍFICA DO ITPAC

Volume 3. Número 1. Janeiro de 2010.

- FREITAS NETO, Severiano T. Assistência Farmacêutica e o Tratamento Farmacológico da Depressão. **Revista Racine**. São Paulo, v.1, n.81, p.60-66, julho/agosto. 2004.
- FYER, Abby J.; MANNUZZA, Salvatore; COPLAN, Jeremy D. Transtornos de Ansiedade. In: KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. **Tratado de Psiquiatria**. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. Cap.17, p.1300-1360.
- HOLLANDER, Eric; SIMEON, Daphne. Transtornos de Ansiedade. In: HALES, Robert E.; YUDOFKY, Stuart C. **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 4.ed. Porto Alegre: Artemed, 2006. Cap.11, p.522-602.
- KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A. Transtornos de Ansiedade. In: ---. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 1997. Cap.16, p.545-583.
- KING, Anna Lucia Spear, et al. A importância do foco da terapia cognitivo-comportamental direcionado às sensações corporais no transtorno do pânico: relato de caso. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v.34, n.4, p.191-195, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n4/a05v34n4.pdf>. Acesso em: 08/11/2008.
- KINRYS, Gustavo; WYGANT, Lisa E. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influência o tratamento?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.27, out. 2005.
- MAGALHÃES, Sílvia Helena Tenan; LOUREIRO, Sonia Regina. Transtorno do pânico: nível de *stress* e *locus* de controle. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v.22, n.3, p.233-240, jul/set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n3/v22n3a02.pdf>. Acesso em: 08/11/2008.
- MANFRO, Gisele Gus. Transtorno do Pânico. In: ARISTIDES, Volpato Cordioli, et al. **Psicofármacos: Consulta Rápida**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p.279-283.
- MEZZASALMA, Marco André, et al. Neuroanatomia do transtorno do pânico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.26, n.3, p.202-206, set 2004.
- MONTIEL, José Maria, et al. Incidência de sintomas depressivos em pacientes com transtorno de pânico. **Psic: Revista da Vetor Editora**. São Paulo, v.6, n.2, p.33-42, dez. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psic/v6n2/v6n2a05.pdf>. Acesso em: 17/11/2008.
- NARDI, Antonio Egidio. Algumas notas sobre uma perspectiva histórica do transtorno de pânico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, 2006, v. 55, n. 2, p.154-160. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n2/v55n2a10.pdf>. Acesso em: 17/11/2008.
- NUNES FILHO, Eustachio Portella; BUENO, João Romildo; NARDI, Antonio Egidio. Transtornos de Ansiedade. In: ---. **Psiquiatria e Saúde Mental: Conceitos Clínicos e Terapêuticos Fundamentais**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. Cap.13, p.131-147.
- OLIVEIRA, Carla Patrícia de Almeida; FREITAS, Rivelilson Mendes de. **Instrumento Projetivo para Implantação da Atenção Farmacêutica aos Portadores de Transtornos Psicossociais; Atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial**. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. São Paulo, v.4, n.2. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/smard/v4n2/v4n2a10.pdf>. Acesso em: 02/04/2009.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica**: Proposta. OPAS/OMS. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>. Acesso em: 02/04/2009.
- SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. Transtornos da ansiedade. In: ---. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. Cap.16, p.630-685.
- SCHOSTACK, Josué. **Atenção Farmacêutica**. Editora: EPUB, 2004. p.75.
- SHINOHARA, Helene. Transtorno de pânico: da teoria à prática. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.115-122, dez. 2005. Disponível em: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872005000200012&Ing=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000200012&Ing=pt&nrm=iso). Acesso em: 08/11/2008.
- SOARES FILHO, Gastão Luiz Fonseca; VALENÇA, Alexandre Martins; NARDI, Antonio Egidio. Dor torácica no transtorno de pânico: sintoma somático ou manifestação de doença arterial coronariana?. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v.34, n.2, p.97-101, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n2/06.pdf>. Acesso em: 08/11/2008.
- STAHL, Stephen M. Tratamentos Farmacológicos dos Transtornos Obsessivo-Compulsivo, de Pânico e Fóbicos. In: ---. **Psicofarmacologia: Base Neurocientífica e Aplicações Práticas**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, 2002. Cap.9, p.325-355.
- TAYLOR, C. Barr. Tratamento dos Transtornos Ansiosos. In: SCHATZBERG, Alan F.; NEMEROFF, Charles B. **Fundamentos de Psicofarmacologia Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap.20, p.317-327.

# REVISTA CIENTÍFICA DO ITPAC

Volume 3. Número 1. Janeiro de 2010.

---

TESS, Vera; MINUTENTAG, Nancy. Benzodiazepínicos no Transtorno do Pânico. In: BERNIK, Márcio Antonini. **Benzodiazepínicos**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999. Cap. 6, p.79-87.

TORRES, Albina Rodrigues; CREPALDI, André Luis. Sobre o transtorno do pânico e a hipocondria: uma revisão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.24, n.3, p.144-151, set. 2002.

VARELLA, Dráuzio. **Transtorno do Pânico**. 31 de julho de 2008. Disponível em: <http://pt.shvoong.com/medicine-and-health/neurology/1830619-transtorno-p%C3%A2nico/>.

Acesso em: 08/11/2008.

ZUBIOLLI, Arnaldo. **A Farmácia Clínica na Farmácia Comunitária**. Brasília: Ethosfarma, 2001. 194p.



**Coppex**  
Coordenação de Pós-Graduação,  
Pesquisa e Extensão