



A crise de pânico (ataques de pânico) é um episódio súbito, autolimitado e intenso de medo ou ansiedade, caracterizado por ativação autonômica importante (descarga adrenérgica), que atinge pico em minutos e cursa com múltiplos sintomas físicos e cognitivos. Trata-se de um fenômeno funcional/neurobiológico, não estrutural, decorrente de hiperativação do sistema simpático, hiperventilação, interpretação catastrófica de sensações corporais. Pode ocorrer: isoladamente (ataque único) ou como parte do Transtorno do Pânico (crises recorrentes + medo antecipatório + evitação + prejuízo funcional).

I. ASSISTENCIAL

Sete passos de atendimento:

1. SEGURANÇA E TRIAGEM IMEDIATA

Aferir sinais vitais + monitorização conforme gravidade (ex.: dor torácica, dispneia, síncope, dessaturação, taquiarritmia). Identificar instabilidade (ex.: hipotensão, hipóxia, alteração neurológica, dor torácica típica, déficit focal, febre alta, toxicidade). **Se instabilidade:** tratar como emergência clínica e crise pânico vira diagnóstico de exclusão.

2. EXCLUIR CAUSAS ORGÂNICAS

Objetivo: reconhecer rapidamente quando o paciente precisa investigação.

Avaliar: História e exame direcionados (ex.: início súbito, gatilhos, história prévia, uso de substâncias, comorbidades)

Sinais de Alarme: dor torácica, dor pleurítica intensa, hemoptise, síncope, febre, déficit neurológico, “primeira crise” após 40 a 50 anos com sintomas intensos.

Exames conforme queixa.

Na presença de dor torácica, seguir o [Pathway de dor torácica](#).

Exemplos de diagnósticos diferenciais a serem considerados antes de estabelecer o diagnóstico de crise de pânico

- Cardíacos: síndrome coronariana aguda e arritmias
- Respiratórios: asma grave ou broncoespasmo, tromboembolia pulmonar, pneumotórax.
- Endócrino-metabólicos: hipertireoidismo, feocromocitoma, hipoglicemia, distúrbios eletrolíticos.
- Neurológicos: epilepsia (especialmente crises parciais complexas), vertigem vestibular, AVC ou AIT.
- Intoxicação por estimulantes (cocaína, anfetaminas, cafeína em altas doses), abstinência alcoólica, abstinência de benzodiazepínicos e outras drogas
- Dor torácica não cardíaca: refluxo gastroesofágico, espasmo esofágico, causas musculoesqueléticas

3. DIAGNÓSTICO

O início é **espontâneo e rápido**, atingindo o pico dos sintomas em até 10 minutos, e o ataque geralmente **dura cerca de uma hora. Surto abrupto de medo intenso ou desconforto, com ≥ 4 dos 13 sintomas físicos/cognitivos**, atingindo pico em minutos, não explicado melhor por condição médica ou uso de substância.

- | | |
|---|--|
| 1. Palpitações, coração acelerado, taquicardia. | 8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio. |
| 2. Sudorese. | 9. Calafrios ou ondas de calor. |
| 3. Tremores ou abalos. | 10. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento). |
| 4. Sensações de falta de ar ou sufocamento. | 11. Desrealização (sensações de irreabilidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo). |
| 5. Sensações de asfixia. | 12. Medo de perder o controle ou “enlouquecer”. |
| 6. Dor ou desconforto torácico. | 13. Medo de morrer. |
| 7. Náusea ou desconforto abdominal. | |

4. FATORES DESENCADEANTES

- Esperados: Exposição social, ambientes fechados, conflito, traumas emocionais, retirada de medicações, ingestão de álcool e drogas.
- Inesperados: Sensações corporais ameaçadoras, pensamentos negativos catastróficos, estresse acumulado

5. INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS – PRIMEIRA LINHA NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

- **Ambiente:** reduzir estímulos ambientais (luz, ruído, circulação de pessoas) e acomodar o paciente em posição confortável e segura.
- **Comunicação:** abordagem empática e validante, com escuta ativa e linguagem tranquilizadora, evitando minimizar os sintomas.
- **Respiração guiada:** Incentivar padrão respiratório controlado — inspirar por 4 segundos → manter por 2 segundos → expirar lentamente por 6 segundos (ou priorizar expiração prolongada), durante 3–5 minutos. **Objetivo:** reduzir hiperventilação e atenuar a ativação autonômica simpática.
- **Psicoeducação:** Explicar o ciclo fisiopatológico do pânico (ansiedade → hiperventilação → sintomas físicos → aumento da ansiedade), promovendo compreensão e sensação de controle.

6. FARMACOLÓGICO – SE PERSISTÊNCIA DOS SINTOMAS

	ADULTOS < 65 ANOS 1ª ESCOLHA	ADULTOS < 65 ANOS OPÇÃO	IDOSOS > 65 ANOS
CARACTERÍSTICA	ALPRAZOLAM	LORAZEPAM	QUETIAPINA
DOSE VO	0,25 A 0,5 MG (MÁX. 4MG/DIA)	1 A 2 MG (MÁX. 10MG/DIA)	12,5 A 25MG VO
DOSE SL	0,25 A 0,5 MG (MÁX. 4MG/DIA)	1 A 2 MG (MÁX. 10MG/DIA)	-
INICIO DE AÇÃO VO	30 A 60 MINUTOS	45 A 60 MINUTOS	30 A 60 MINUTOS
INICIO DE AÇÃO SL	20 A 30 MINUTOS	20 A 30 MINUTOS	-
PICO DE AÇÃO	1 A 2 HORAS	2 HORAS	1 A 1,5 HORAS
DURAÇÃO EFEITO CLINICO	4 A 6 HORAS	8 A 12 HORAS	6 A 8 HORAS

7. REAVALIAÇÃO E DECISÃO

- Reavaliar sintomas e sinais vitais após intervenções iniciais
- Se houver **melhora clínica e ausência de sinais de alerta:** Alta orientada, com plano estruturado de seguimento ambulatorial.
- Se houver **persistência de sintomas relevantes, risco social significativo, comorbidade psiquiátrica importante, ideação suicida, intoxicação ou abstinência, ou diagnóstico incerto**
 - Manter o paciente em observação
 - Discutir com o caso risco psiquiátrico e solicitar avaliação/interconsulta por equipe de psiquiatria
 - Encaminhamento estruturado

8. ALTA SEGURA

Encaminhar o paciente para seguimento ambulatorial com psiquiatria e psicologia, sendo a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) fortemente recomendada como abordagem de primeira linha.

QUANDO ACIONAR RISCO PSIQUIÁTRICO E RETAGUARDA DE PSIQUIATRIA?

- Sintomas intensos, persistentes ou refratários ao tratamento
- Risco autolesão
- Comportamento ou ideação suicida

II. REFERÊNCIAS

[1] Guaiana G, Meader N, Barbui C, Davies SJ, Furukawa TA, Imai H, Dias S, Caldwell DM, Koesters M, Tajika A, Bighelli I, Pompoli A, Cipriani A, Dawson S, Robertson L. Pharmacological treatments in panic disorder in adults: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2023 Nov 28;11(11):CD012729. doi: 10.1002/14651858.CD012729.pub3. PMID: 38014714; PMCID: PMC10683020.

[2] Arruda HPN, Lino LA, Mendes LMC, Dovera PDD, Bernardes AM, Torres GJ, et al. Manejo da crise de ansiedade no pronto socorro: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**. 2024;13(10):e145131047215. doi:10.33448/rsd-v13i10.47215.

[3] Sung SC, Lim L, Lim SH, Finkelstein EA, Chin SLH, Annathurai A, et al. Protocol for a multi-site randomized controlled trial of a stepped-care intervention for emergency department patients with panic-related anxiety. **BMC Psychiatry**. 2022;22:795. doi:10.1186/s12888-022-04387-z.

[4] Casey MF, Elder NM, Fenn A, Niznik J, Khoujah D, Cole JB, Cardon Z, Ding M, Goukasian N, Moreton E, Koehl JL, Magidson PD, Skains RM, Tyler K, Liu SW; Geriatric Emergency Department Guidelines Medication Safety Group. Comparative Safety of Medications for Severe Agitation: A Geriatric Emergency Department Guidelines 2.0 Systematic Review. J Am Geriatr Soc. 2025 Sep;73(9):2893-2904. doi: 10.1111/jgs.19485. Epub 2025 Apr 24. PMID: 40275439; PMCID: PMC12460960.

Código Documento: CPTW514.1	Elaborador: Alfredo Maluf Caio Rodrigues Juliana Baroni Luca Bernardo Luiz Gustavo Zoldan	Revisor: Fernando Ramos de Mattos	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 27/02/2026	Data de Aprovação: 24/03/2026
---------------------------------------	---	---	--	--	---