



**ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO FRENTE AOS MEDICAMENTOS, INTERAÇÕES  
MEDICAMENTOSAS E TRATAMENTOS NO TRANSTORNO DO PÂNICO –  
REVISÃO INTEGRATIVA**

*PERFORMANCE OF THE PHARMACIST IN FRONT OF DRUGS, DRUG  
INTERACTIONS AND TREATMENTS IN PANIC DISORDERS - INTEGRATIVE  
REVIEW*

**Nênia Martins Pereira**

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0431-8721>

Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, GO, Brasil

E-mail: [neniapereira@gmail.com](mailto:neniapereira@gmail.com)

**Haline Gerica de Oliveira Alvim**

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6733311247207705>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-16825512>

Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, GO, Brasil

E-mail: [halinegerica@senaaires.com.br](mailto:halinegerica@senaaires.com.br)

**Resumo**

O presente trabalho visa analisar a atuação do farmacêutico frente aos medicamentos, interações medicamentosas e tratamento no Transtorno do Pânico. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Metodologia: Foram utilizados artigos científicos sobre a temática, acessados nas bases de dados Scielo, LILACS, MEDLINE. Resultados e discussão: Verificou-se que a compreensão do que é o Transtorno do pânico, bem como quais são os medicamentos mais utilizados acarreta em tratamentos diferenciados que melhoram a qualidade de vida dos pacientes. O tratamento farmacológico para o TP envolve as classes de Benzodiazepínicos, Antidepressivos Inibidores da Recaptação de Serotonina, Inibidor de Recaptação da Serotonina e da Noradrenalina, tricíclicos, além de outras classes como os IMAO's, IRMAs e outros. Unido ao tratamento medicamentoso a Terapia cognitivo comportamental é a mais aceitável e eficaz nos tratamentos para o Transtorno do Pânico. Os farmacêuticos devem possuir conhecimento teórico adequado sobre a farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos psicotrópicos e atender os pacientes de forma empática, sempre à procura de bem estar e elucidação das dúvidas quanto ao uso e efeito dos medicamentos apresentados para o tratamento e não somente como dispensador de medicamentos em balcão de atendimento.

**Palavras Chave:** Medicamentos. Transtorno do Pânico. Farmacêutico. Tratamento.

**Abstract**

*The present work aims to analyze the pharmacist's performance in relation to drugs, drug interactions and treatment in Panic Disorder. It is an integrative literature review. Methodology: Scientific articles on the theme were used, accessed in the Scielo,*



*LILACS, MEDLINE databases. Results and discussion: It was found that understanding what Panic Disorder is, as well as which medications are most used, leads to different treatments that improve the quality of life of patients. Pharmacological treatment for PD involves the classes of benzodiazepines, antidepressants, serotonin uptake inhibitors, serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors, tricyclics, in addition to other classes such as MAOIs, IRMAs or others. Combined with drug treatment, cognitive behavioral therapy is the most acceptable and effective treatment for Panic Disorder. Pharmacists must have adequate theoretical knowledge about the pharmacokinetics and pharmacodynamics of psychotropic drugs and serve patients empathetically, always looking for well-being and clarifying doubts about the use and effect of drugs presented for treatment and not just as a dispenser. medicines at the counter.*

**Keywords:** Medicines. Panic Disorder. Pharmacist. Treatment.

### Introdução

O Transtorno do Pânico (TP) é definido como recorrentes crises de medo e desconfortos intensos, seguidos de outros sintomas que caracterizam os Ataques de Pânico (AP) como: taquicardia, sudorese, tremores, falta de ar, sensação de desmaio, náusea, tonturas, vertigem, desrealização ou despersonalização, sensação de descontrole ou de enlouquecer, medo de morrer, anestesia ou sensações de formigamento, calafrios ou ondas de calor.<sup>1</sup>

Os episódios de ataques de pânico podem ser de nível basal de ansiedade, de crises de medo ou de desconfortos intensos. Ocorre o diagnóstico de Transtorno do pânico quando os níveis basais de Ataques de Pânico acontecem de forma simultânea ou com recorrência, geralmente, dentro de um mês<sup>4</sup>. Esses ataques podem ser desencadeados por fatores externos (locais ou situações) ou internos (pensamentos ou sensações corporais), que são analisados de modo negativo pelo sujeito como sinal de perigo iminente, de morte, de estar enlouquecendo ou perdendo o controle de sua sanidade mental.<sup>2,28</sup>

As opções de tratamento para o TP podem ser farmacológicas, psicoterápicas ou a combinação dos dois e estão sujeitas a muitos fatores, como intensidade da interferência do transtorno do pânico na vida do paciente, disponibilidade do tratamento psicoterápico, presença de comorbidades e preferência do paciente. Deve ainda fornecer a compreensão do curso da doença, desenvolver a capacidade de autorregularão das crises, modificar a relação da pessoa com o próprio corpo, de modo a fornecer meios para tomada de decisão sobre os processos que levaram o indivíduo à crise.<sup>3,4</sup>

No tratamento farmacológico, usam-se as classes de antidepressivos e benzodiazepínicos. Os fármacos mais utilizados no tratamento do pânico têm sido a imipramina, fluoxetina, alprazolam, clonazepam e o bromazepam.<sup>5</sup> Já no tratamento não farmacológico a Psicoterapia com ênfase no Tratamento Cognitivo Comportamental (TCC) é mais tolerada pelos pacientes.<sup>3</sup>

Os medicamentos comumente usados provocam alguns efeitos colaterais: boca seca, aumento ou diminuição do apetite, prisão de ventre, taquicardia, tremores,



visão embaçada, sudorese, náusea, dor de cabeça, sonolência excessiva ou insônia, diminuição do desejo sexual, dificuldade para urinar e pode impactar quanto a adesão ou não ao tratamento dos pacientes com TP. <sup>1</sup>

Justifica-se este estudo para aprofundar os conhecimentos sobre o Transtorno do Pânico, já que o tema se tornou objeto de pesquisas e aperfeiçoamentos, como forma de melhorar a vida dos indivíduos acometidos por esta enfermidade e do melhor manejo desses pacientes pelos profissionais envolvidos no tratamento.

Apesar de não ser o transtorno ansioso mais frequente.<sup>1</sup> Ele está associado a uma diminuição marcante da qualidade de vida dos pacientes e assim configura um problema de saúde individual e coletiva importante a ser estudado.

Ademais, sob a ótica atual ao qual os problemas de saúde mental estão surgindo, se ganha particular atribuição o motivo pelo qual foi escolhido este tema, tendo como inspiração as cenas estressantes e a ansiedade dos dias atuais, que têm despertado o interesse, de estudiosos e pesquisadores, em investigarem mais sobre os tratamentos do Transtorno do Pânico para melhor orientar os seus portadores, familiares e a comunidade. <sup>2,4</sup>

Nesse contexto, o objetivo geral do trabalho visa analisar a atuação do farmacêutico frente aos medicamentos, interações medicamentosas e tratamento no Transtorno do Pânico. De modo a avaliar os medicamentos utilizados para o TP, verificar estudos quanto aos tratamentos utilizados e identificar a atuação dos farmacêuticos quanto ao tratamento farmacológico para o Transtorno do Pânico.

## **METODOLOGIA (MATERIAIS E MÉTODOS)**

O estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura pelo qual objetiva traçar uma análise sobre pesquisas anteriores, agregando o conhecimento obtido para o exercício e síntese dos dados permitindo a construção de novos conhecimentos. <sup>6</sup>

Foram utilizados artigos científicos sobre a temática, acessados nas bases de dados Scielo, LILACS, MEDLINE. Amparados pelos seguintes descritores: medicamentos, transtorno do pânico, farmacêutico, tratamento. Assim, incluídas as bibliografias que abordassem sobre Transtorno do Pânico e conseqüentemente a temática e excluídas as bibliografias que não atenderam a temática.

A coleta de dados baseou-se na leitura exploratória de todo o material selecionado que objetivou verificar se a obra consultada era de interesse para o trabalho, acompanhada de uma leitura seletiva mais aprofundada a procura por partes que realmente abordavam e alinhavam com a temática. Seguida da ordenação das informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitassem o alcance de respostas ao problema da pesquisa e posteriormente fossem avaliadas, debatidas e sintetizadas para a construção do trabalho.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **TRANSTORNO DO PÂNICO**

O Transtorno de Pânico é uma subdivisão da doença psíquica Ansiedade e sua origem pode ter início a partir do estresse ocorrido no dia-a-dia. Inicialmente, aparece em forma de Ataque de Pânico (AP) com período de intenso medo ou desconforto que



com o passar do tempo podem desencadear transtornos de ansiedade mais graves tais como o transtorno de ansiedade social, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade induzida por substância/medicamento, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada (TAG) entre outros.<sup>11,17,26,28</sup>

Os sintomas episódicos de AP se desencadeiam a partir da liberação de agentes com propriedades biológicas distintas que são capazes de produzir AP's, tendo como principal mediador químico a adrenalina, embora estudos sugiram vários outros incluindo noradrenalina, lactato de sódio, ioimbina. Desse modo, no momento em que existe um estímulo considerado como potencialmente perigoso para o indivíduo, ocorre a desregulação do sistema nervoso central e periférico na sua fisiopatologia da estrutura e da função do cérebro.<sup>29,30</sup>

No TP o sistema nervoso autônomo (SNA) apresenta aumento do tônus simpático e por conseguinte as respostas reflexas da musculatura cardíaca, das glândulas exócrinas, da pressão arterial e da frequência respiratória, são aumentadas proporcionando as alterações fisiológicas habitualmente exibidas e mencionadas pelos sujeitos — taquicardia, sudorese, tremores, falta de ar, sensação de desmaio, náusea, tonturas, vertigem, anestesia ou sensações de formigamento, calafrios ou ondas de calor.<sup>7,27,28,30</sup>

Os fatores que causam o TP são diversos, pode-se citar a hereditariedade, o estresse, as dificuldades interpessoais, os transtornos de ansiedade associados, a depressão ou outras doenças relacionadas.<sup>11</sup>

O diagnóstico do TP é essencialmente clínico conforme os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM-IV), os quais são semelhantes aos critérios da Classificação Internacional das Doenças (CID-10), e é confirmado quando os AP's aparecem em uma frequência de um ou mais episódios dentro de período de um mês, seguido da sensação de medo de ataques futuros ou de enlouquecer.<sup>7,10,18</sup>

É necessário que os pacientes vivenciem acontecimentos de AP recorrentes e espontâneos, de três episódios em três semanas (forma moderada) ou quatro episódios em quatro semanas (grave) para ser capaz de diagnosticar o Transtorno do Pânico.<sup>8</sup> A compreensão desses padrões pode melhorar o atendimento ao paciente e reduzir a recorrência de visitas ao pronto-socorro.

Os portadores de transtornos de pânico enfrentam crises regulares, diariamente ou semanalmente, que alteram de pessoa a pessoa. Os pacientes diagnosticados apresentam alterações no Sistema Nervoso Central (aumento ou diminuição no volume de áreas corticais pré-frontais, cíngulo, amígdala, insula e mesencéfalo, que inclui a substância cinzenta periaquedutal), no Sistema Nervoso Periférico (tremores, sensação de formigamento) e na musculatura esquelética (arritmias, taquicardia).<sup>4</sup>

O transtorno do pânico pode vir acompanhado ou não de agorafobia que gera no indivíduo sintomas de medo e os fazem evitar lugares ou situações que possam originar a percepção de pânico, aprisionamento, impotência ou sujeição, o ajuntamento desses dois transtornos é uma síndrome considerada um sério problema de saúde, mas que pode ser tratada, ocorrendo geralmente em jovens adultos, na faixa etária de 24 a 30 anos de idade.<sup>17</sup>



Pacientes com TP expõem muitos sintomas físicos, principalmente cardíacos (taquicardia), neurológicos (tonturas, vertigem, anestesia ou sensações de formigamento, sensação de desmaio, calafrios ou ondas de calor) e gastrointestinais (náuseas, vômitos).<sup>4</sup> Apenas 11% das pessoas atribuem esse desempenho a motivos psicológicos, ou seja, quase 90% inicialmente pensam que há algum tipo de problema corporal. Antes de considerar o diagnóstico psiquiátrico, este fato proporciona os serviços habituais de "peregrinação" a diferentes serviços médicos e especialistas.<sup>7</sup>

## TRATAMENTO

O tratamento para o transtorno do pânico, comumente, inclui medicamentos e psicoterapia. Os profissionais indicados para esses casos são psiquiatras e psicólogos, intercalando a parte farmacológica com a psicoterapia.<sup>2,3,9,13</sup> Estudos mostraram que a combinação de medicamentos antidepressivos e psicoterapia comportamental cognitiva tem sido mais indicada pelos bons resultados obtidos.<sup>1,14</sup> Existe a possibilidade de tratamentos alternativos com Homeopatia<sup>9</sup> também o uso de realidade virtual no tratamento da TCC de exposição em pacientes com TP.<sup>32</sup>

O tratamento para TP é feito conforme a gravidade de cada transtorno sendo determinado pelo número de sintomas e não por sua intensidade ou qualidade<sup>33</sup>, tem-se a dose e o tempo de tratamento de acordo com a seriedade específica de cada caso. Começando com doses baixas e adequando, posteriormente, com aumento ou redução de acordo com o quadro clínico do paciente.<sup>1</sup>

No curso inicial da enfermidade, o TP é geralmente tratado com a classe dos benzodiazepínicos (BZD)<sup>1,13,15</sup>, por exemplo o Diazepam, por bloquearem as crises de AP's rapidamente e colaborarem na continuidade do tratamento com medicamentos específicos - antidepressivos inibidores seletivos de recaptura de serotonina (ISRS) - enquanto eles ainda não iniciaram uma ação antidepressiva mais efetiva, que pode levar dias ou semanas até sua total efetivação.<sup>20,35</sup> E também por auxiliarem no tratamento psicoterápico com a Terapia Cognitivo Comportamental, que pode ser incluída em qualquer etapa do tratamento, concomitantemente com tratamento medicamentoso<sup>35,37,43</sup>

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) tem como propósito fazer uma avaliação dos acontecimentos de AP's, sejam eles espontâneos ou situacionais, bem como quanto a sua frequência, estímulos, pensamentos desregulados, esquivas fóbicas e possíveis enigmas decorrentes da sintomatologia apresentada.<sup>1</sup> Para isso, utiliza-se de estratégias para lidar com a crise como o treino respiratório, relaxamento, exposição (confrontação ao objeto ou à situação temida)<sup>33</sup>, e reestruturação cognitiva (confronto dos pensamentos com a realidade).<sup>32,35</sup>

O uso da TCC permite que se rompa o ciclo de manutenção do comportamento seguro e ajuda na interrupção do uso de drogas<sup>7</sup> por meio da reconstrução cognitiva, ao buscar evidências para relaxar a crença nas fobias e expor gradativamente a disfunção do medo, assim, a qualidade de vida do paciente melhora com a evolução das habilidades sociais, a redução dos sintomas de preocupação e o alívio da ansiedade.<sup>13</sup>

Estudo feito por Furukawa et al.<sup>35</sup> aconselharam que a terapia combinante ou a psicoterapia sozinha podem ser escolhidas como tratamento de primeira linha para o



TP agudo e que os antidepressivos isoladamente não são aconselhados como tratamento de inicial. Demonstraram ainda, o benefício da combinação de psicoterapia e antidepressivo sobre o antidepressivo sozinho durante 6 a 24 meses, mas sem qualquer alteração de efeito sobre a psicoterapia sozinha em 6 a 24 meses. Watanabe et al.<sup>36</sup> corrobora quanto aos os resultados mais favoráveis da psicoterapia combinada com benzodiazepínicos no tratamento do TP.

Assim, durante o tratamento medicamentoso conjunto com a TCC existem indícios que a medicação pode ser diminuída e agir de forma benéfica durante o curso da TCC, com a regular conservação dos ganhos do tratamento.<sup>35,38</sup>

O uso da Realidade Virtual no tratamento de TP no caso da TCC de exposição<sup>32</sup> e o uso Tecnologias computacionais<sup>40</sup> podem ser associados a bons resultados e à boa aceitabilidade por parte dos pacientes, porém são necessários mais estudos, a fim de que, em ambientes virtuais, os pacientes experimentem alterações fisiológicas, psíquicas e somáticas iguais aos sintomas em circunstâncias reais, de modo que ocorra o processo de reabilitação adequada.<sup>32,40</sup>

Outra alternativa de tratamento é dada pela homeopatia, que segundo estudo conduzido por Shimizy<sup>9</sup>, os medicamentos homeopáticos utilizados seguem princípios básicos da homeopatia necessitando observar a individualidade sintomática e o medicamento prescrito para o Transtorno do Pânico, demonstrando uma possibilidade de tratamento pela homeopatia desde que em associação com a psicoterapia.

## MEDICAMENTOS

O tratamento medicamentoso precoce do TP é essencial para reduzir a dor e as perdas associadas à doença, bem como prevenir o valor social da doença e a ocorrência de complicações e comorbidades.<sup>10</sup>

Em caso de Ataques de Pânico, geralmente usa-se benzodiazepínicos (BZD's), uma classe de fármacos com atividade ansiolítica que vem sendo utilizada deste 1960<sup>39</sup>, como o Diazepam, Alprazolam, Clonazepam e Lorazepam.<sup>8,10,11,13</sup> Seu uso é feito em larga escala e pode ajudar no manejo dos pacientes com TP. Contudo, deve-se observar o risco de dependência durante todo o tratamento e utilizar a droga para tratamento em curto prazo – de 1 dia a 1 semana.<sup>1,3,8,10</sup>

Os tranquilizantes da classe dos benzodiazepínicos bloqueiam crises de AP de maneira rápida e eficaz, inibindo as respostas emocionais exacerbadas a estímulos normais, ou reduzindo os efeitos à estímulos acentuados<sup>44</sup>, porém apresentam potencial de abuso e dependência no caso do uso continuado<sup>1</sup>.

Os agentes farmacológicos dos BZD's aderem ao local BZD do GABA (principal neurotransmissor inibitório no SNC de vertebrados) aumentando a frequência de abertura do canal de cloro, potenciando o efeito inibitório do GABA, podendo causar efeitos colaterais, tais como, sonolência, dor de cabeça, confusão, alucinações, respiração superficial, pulso fraco, problemas cognitivos, alteração do apetite, fadiga, dentre outros, a depender do medicamento selecionado.<sup>26</sup>

Por isso, seu uso é feito mais ao início do tratamento medicamentoso, para alívio dos sintomas e como intermediário na aderência ao tratamento psicoterápico.<sup>3,4</sup> Sabe-se que benzodiazepínicos trazem a facilidade de tolerância, sendo necessário o aumento das doses no caso do uso contínuo, porém proporciona dificuldade de

descontinuação no uso prolongado, sendo o medicamento de maior resistência a possível retirada.<sup>21,44</sup>

Segundo estudo feito por Firmino<sup>48</sup>, os benzodiazepínicos são muito utilizados na prática clínica e o Diazepam é o mais selecionado para os usuários do serviço de saúde. O estudo também correlaciona o uso exacerbado e indiscriminado dessa classe medicamentosa com a ocorrência de interações medicamentosas e efeitos indesejados com potencial e agravos nos pacientes.

Após controlado ou diminuído os sintomas de AP's, e ocorrido o diagnóstico de TP, o tratamento característico é então iniciado com medicamentos mais exclusivos para o transtorno do pânico. Tem - se como primeira escolha o uso dos medicamentos BZD's associados aos Antidepressivos Inibidores Seletivos da Receptação de Serotonina (ISRS) - fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram ou escitaloram.<sup>1,4,8</sup> Pois são medicações que causam menos efeitos colaterais e têm mais aceitabilidade pelos usuários.<sup>46</sup>

Os ISRS inibem a recaptção de serotonina de forma seletiva potencializando a neurotransmissão serotoninérgica<sup>44</sup>, ou seja, aprimoram a composição química na comunicação entre os neurônios proporcionando aumento dos mediadores que fazem a transmissão sináptica, gerando a melhora do paciente.<sup>45</sup>

Os benefícios dos ISRS no TP são perceptíveis devido à redução ou até mesmo a ausência de reações adversas anticolinérgicas, os pacientes também se beneficiam na questão do peso, pois os ISRS's causam menos alterações, outros efeitos adversos comuns a outros medicamentos também são diminuídos ou até suprimidos, tal como a hipotensão ortostática e alterações cardíacas.<sup>45,46,49</sup> Entretanto, os ISRS's também possuem malefícios, sendo a indução da ansiedade, indisposição gastrointestinal, hipomania, dor de cabeça, disfunção sexual e insônia os mais comuns.<sup>46</sup>

O tratamento para TP também pode ser combinados com a venlafaxina, um Inibidor de Recaptção da Serotonina e da Noradrenalina (IRSN).<sup>15,25</sup> Inferiormente aceitados, os tricíclicos (clomipramina e imipramina) são escolhas eficazes, porém fatais em superdose, causando reações adversas graves mesmo nas doses indispensáveis para o tratamento, sendo assim, são pouco utilizados, e só entram como segunda ou terceira escolha farmacológica<sup>20</sup>

Outras classes de medicamentos antipânico também podem ser inseridas no tratamento ou serem usadas em substituição a alguma outra classe que não seja bem tolerada, como os IMAOs - inibidores da monoaminoxidase - com a fenelzina ou a tranilcipromina, porém são menos usados por necessitarem de restrições dietéticas<sup>46</sup>. Os IRMAs - inibidores reversíveis da monoaminoxidase tipo A, e outros agentes como ácido valpróico e inositol também são possíveis de uso no tratamento para TP.<sup>25</sup>

A escolha de medicamentos psiquiátricos é uma dificuldade na prática clínica, então alterações e mudanças bruscas de medicamentos podem ser feitas, além da associação de diversos medicamentos.<sup>47</sup> Com isso a reavaliação do paciente deve sempre ser feita, continuamente observando a duração do tratamento farmacológico que gira em torno de 8 a 12 meses podendo perdurar por mais tempo, pois o TP é considerado por alguns estudiosos um transtorno crônico.<sup>8,46,47,48</sup>



A resistência medicamentosa no TP ainda é pouco avaliada e não há consenso diante da carência de retornos.<sup>11</sup> A combinação de medicamentos tem sido sugerida em estudos anedotais como opção para diminuir a resistência aos medicamentos.<sup>12</sup>

A opção por Medicamentos homeopáticos também é utilizada como alternativa no tratamento farmacológico, respeitando a individualidade de cada paciente. Porém, ainda não existem dados estatísticos que comprovem a real eficácia, somente a experiência dos médicos homeopatas é tida como análise, e para eles, a homeopatia apresenta um alto índice de resolução e aceitação.<sup>9</sup>

Em todo o tratamento deve-se atentar para o risco de dependência química em qualquer paciente<sup>1</sup>, pois essas drogas bloqueiam crises rapidamente, porém apresentam potencial de abuso e dependência, em especial a classe em BZD's.<sup>20</sup> Deve-se ressaltar que a influência e o controle do médico sobre o uso de medicamentos são extremamente limitados. Então, é necessário alertar para os riscos da automedicação, que é uma prática que pode acarretar danos à saúde do indivíduo.<sup>12,41,42</sup>

### **ATUAÇÃO DOS FARMACÊUTICOS**

No Brasil, as atividades da indústria farmacêutica são regidas pela Lei Federal 5991/73 e pelo código de ética dado pela Resolução do Conselho Federal de Farmácia - CFF nº 596. As habilidades que os farmacêuticos devem possuir são habilidades de comunicação, de tomada de decisão, desenvoltura de fornecer serviços no setor de saúde, liderança, gestão e atualização constante devido a sua função de educador contínuo.<sup>22,23,24</sup> Segundo a Resolução do Conselho Federal de Farmácia - CFF nº 596, são alguns dos princípios fundamentais dos farmacêuticos:

Artigo 6º O farmacêutico deve zelar pelo desempenho ético, mantendo o prestígio e o elevado conceito de sua profissão.

Artigo 7º O farmacêutico deve manter atualizados os seus conhecimentos técnicos e científicos para aprimorar, de forma contínua, o desempenho de sua atividade profissional.

Artigo 8º A profissão farmacêutica, em qualquer circunstância, não pode ser exercida sobrepondo-se à promoção, prevenção e recuperação da saúde e com fins meramente comerciais.

O farmacêutico tem papel fundamental no tratamento das patologias, sendo o profissional padrão ouro para direcionar o uso e acesso dos pacientes ao tratamento adequado<sup>42</sup>. Tendo por base que a guarda de substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial são de responsabilidade do farmacêutico conforme portaria Nº 344, DE 12 DE MAIO DE 1998<sup>54</sup>

#### **DA GUARDA**

Art. 67. As substâncias constantes das listas deste Regulamento Técnico e de suas atualizações, bem como os medicamentos que as contenham, existentes nos estabelecimentos, deverão ser obrigatoriamente guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim, sob a responsabilidade do farmacêutico ou químico responsável, quando se tratar de indústria farmoquímica.

A atenção farmacêutica previne e identifica possíveis interações medicamentosas que podem acarretar graves consequências, é, portanto, é uma parte essencial de um conjunto de atuações dos profissionais de saúde definida como farmacoepidemiologia.<sup>16</sup>



A aplicação farmacêutica contribui no tratamento, pois possibilita o acesso correto a todas as etapas do ciclo de assistência farmacêutica, porém é importante salientar que cada paciente possui sua subjetividade e esta deve ser garantida e respeitada no que se refere ao tratamento farmacológico.<sup>36</sup> Os pacientes necessitam não só do medicamento, mas também de instruções claras e precisas sobre o modo de uso, reações adversas, bem como o tratamento cordial para que se sintam dispostos e seguros a prosseguir no tratamento em questão.

A atenção farmacêutica sobretudo em pacientes com transtornos mentais deve certificar o tratamento diferenciado, pois muitos pacientes podem possuir outras enfermidades associadas, então a interação médico-farmacêutica, bem como uma abordagem multiprofissional com a opinião de outros profissionais, sejam eles enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e outros, para o tratamento devem estar alinhados às necessidades dos pacientes de forma a garantir o melhor uso e conjugação dos psicotrópicos.<sup>50</sup>

Assim, no tratamento do Transtorno do Pânico deve existir a confiança do paciente com os profissionais envolvidos na resolução de seu problema, a fim de que gere a participação ativa no tratamento e mantenha a continuidade das medidas terapêuticas e o tratamento correto.<sup>8</sup> É fundamental que exista a elucidação de todo o processo que será feito, e todas as variáveis envolvidas no tratamento, como: modo de uso, tempo, efeitos colaterais, preferências, disponibilidades, dentre outros fatores que devem ser ponderados.<sup>4</sup>

Orlandi<sup>39</sup> menciona em seu estudo sobre o uso indevido de uma classe de psicotrópicos os BDZ's, e enfoca que irregularidades de prescrição e dispensação medicamentosa são pontos principais a serem verificados no tratamento de pacientes psiquiátricos, principalmente pelos farmacêuticos que são os últimos profissionais envolvidos no tratamento de saúde que entram em contato com o paciente psiquiátrico antes que ele conduza o uso a medicação.

Portanto, ainda que os órgãos federais descrevam sobre a necessidade de ações na atenção básica visando a saúde mental e bem estar dos pacientes, a inclusão concreta de assistência à saúde mental dos pacientes é um fato que quase não ocorre.<sup>52</sup> Seja pela má indicação clínica dos pacientes ou pela desinformação do médico que prescreve a medicação bem como pela carência de informação tanto da parte do médico quanto do farmacêutico com relação aos medicamentos utilizados nos tratamentos.<sup>39</sup>

Os sistemas e instituições de saúde também fracassam em fornecer educação de qualidade para que os profissionais se ajustem à competência indispensável na atuação profissional. Essa dinâmica inclui o conhecimento insuficiente sobre os fármacos na formação de profissionais, o que gera erros de medicação e uso indevido.<sup>19</sup> A insuficiência de informação por parte dos profissionais da saúde é o que mais proporciona o acontecimento de inconseqüências correlacionadas à administração de medicamentos.<sup>12</sup>

Questões importantes devem ser pontuadas no tratamento de pessoas com transtornos mentais e elas devem permear na boa relação farmacêutico-paciente no que tange ao reconhecimento do papel de cada um no tratamento, bem como nos objetivos dessa relação. Sempre baseadas em condutas empáticas, de modo a

diminuir a ansiedade do paciente, bem como a de fornecer as observações e informações necessárias ao tratamento farmacológico envolvido.<sup>51</sup>

A atuação farmacêutica então não pode ser mais vista somente como a entrega medicamentosa ao paciente em um balcão. O trabalho deve estar além da aquisição e distribuição correta do fármaco, o farmacêutico deve estabelecer, também, a relação de confiança no correto manejo das drogas fornecidas, deve estar aberto a esclarecimentos e questionamentos, e ter como principal objetivo a melhora da qualidade de vida dos sujeitos expostos.<sup>53</sup>

A maneira mais desejável de atuação dos profissionais envolvidos no tratamento de pacientes com TP constituiria na combinação de confiança e segurança, além da atuação e controle ativo do paciente no processo, com o desenvolvimento de boas esperanças e finalidades individuais realísticas e alcançáveis.<sup>7</sup>

O farmacêutico funciona como mediador entre a boa adesão ao tratamento para o TP e o correto direcionamento clínico, ainda mais com as drogas psicotrópicas, já que esses medicamentos podem trazer muitas reações adversas, o que necessita de orientação adequada quanto ao uso e manejo dos efeitos que serão proporcionados.<sup>42</sup>

O farmacêutico então, deve estar seguro e habilitado corretamente, com conhecimentos teóricos adequados, sobretudo farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos psicotrópicos para o correto manejo dos indivíduos acometidos por doenças mentais, seja com o transtorno do pânico ou outros associados.

## CONCLUSÃO

Percebe-se que a compreensão do que é o Transtorno do pânico, bem como quais são os medicamentos mais utilizados acarreta em tratamentos diferenciados que melhoram a qualidade de vida dos pacientes. A compreensão de que os indivíduos passam por sintomas simples até sensações de morte eminente pode colaborar para a evolução do quadro apresentado quando todos envolvidos no processo de tratamento reconhecem as melhores possibilidades de auxílio e transformação na vida dessas pessoas.

O tratamento farmacológico para o TP envolve as classes de Benzodiazepínicos, Antidepressivos Inibidores da Recaptação de Serotonina, Inibidor de Recaptação da Serotonina e da Noradrenalina, baseada na gravidade de cada paciente, pode-se utilizar ainda as classes de tricíclicos, porém mais propensos a causar efeitos colaterais. Além de outras classes como os IMAO's, IRMAs ou outros agentes como ácidos valpróico e inositol. O tratamento homeopático também é uma alternativa medicamentosa, porém com poucos estudos que viabilizem o correto direcionamento de uso.

É de suma importância salientar que o tratamento medicamentoso, por vezes, deverá ser conjugado com psicoterapia para que aja uma melhor resposta, sendo a Terapia cognitivo comportamental mais tolerável e eficaz nos tratamentos para o Transtorno do Pânico.

Os profissionais farmacêuticos são fundamentais no tratamento para TP e seu direcionamento deve ser seguro. Os profissionais devem então possuir o

conhecimento teórico adequado sobre a farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos psicotrópicos e atender os pacientes de forma empática, sempre a procura de bem estar e elucidação das dúvidas quanto ao uso e efeito dos medicamentos apresentados para o tratamento, e não somente como dispensador de medicamentos em balcão de atendimento.

Desta forma, este estudo se configura em um instrumento para disseminar mais conhecimentos sobre a temática e, além disso, serve como um alerta para os profissionais farmacêuticos procurarem conhecer mais sobre os psicofármacos, já que por vezes saem das instituições de ensino com pouco aprofundamento, assim, melhorando suas orientações aos usuários e familiares, e tornando o cuidado mais individualizado e ativo, de modo que forneça as informações necessárias e suficientes à continuidade e resolução do problema enfrentado.

## REFERÊNCIAS

1. Yano, Y; Meyer, SB.; Tung, TC. Modelos de tratamento para o transtorno do pânico. *Estud. psicol. (Campinas)*, Campinas, v. 20, n. 3, p. 125-134, dec. 2003.
2. Lima, YN; Silveira, EC. A Psicoterapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento do Transtorno do Pânico. *Psicologado*, [S.I.]. 2015.
3. Panho, JM. Síndrome do Pânico: um estudo à luz de conceitos bibliográficos. *Psicologado*, [S.I.]. (2015).
4. Zuardi, A. Características básicas do transtorno do pânico. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, 50(supl1.), 56-63. 2017.
5. Ballone, GJ "Síndrome de Burnout," *PsiquWeb*, vol. Última revisão, 2002.
6. Souza, MTd. Silva, MDd. Carvalho, Rd "Revisão integrativa: o que é e como fazer.," *Einstein (São Paulo)*, vol. 8, 2010.
7. Torres, AR; Crepaldi, AL. Sobre o transtorno de pânico e a hipocondria: uma revisão. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 144-151, sept. 2002.
8. Oliveira LGM, Sguarezi JGD, Paulin LFRS. Crise de pânico: abordagem no pronto-socorro. *Ensaio USF*. 1(1):25-33. 2017.
9. Shimizy, GA. Transtorno do Pânico: tratamento homeopático e descrição de caso clínico. *Revista Científica Eletrônica de Psicologia*. Ano I, número 2, maio/2004.
10. Salum, GA; Blaya, C; Manfro, GG. Transtorno do pânico. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre*, v. 31, n. 2, p. 86-94, 2009.
11. Menezes, GB; et al. Resistência ao tratamento nos transtornos de ansiedade: fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 29, supl. 2, p. S55-S60, out. 2007.
12. Silva, JCS.; Souza, FCR.; Aoyama, EAA. Incidência do uso indiscriminado de medicamentos. *ReBIS - Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, v. 2, n. 1, p. 95-99, 2020.
13. Rodrigues, MC.; et.al. Descontinuação de benzodiazepínico no transtorno de pânico: estudo de caso. *Rev. bras.ter. cogn.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 147-154, dez. 2017.
14. Fidry, M; et al. Quality of life in panic disorder: the influence of clinical features and personality traits. *Trends Psychiatry Psychother.*, Porto Alegre, v. 41, n. 4, p. 387-393, out. 2019.



15. Zanetti, L. I.; Stumm, E.; Bosse, F. G.; Oliveira, R.; Casali Bandeira, VA. & Colet, CD. Tratamento medicamentoso e não medicamentoso de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Scientia Medica*, Vol. 27, n° 4. 2017. ISSN:1980 - 6108.
16. Turatti, MÉ., Marini, DC. ESTUDO DAS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS. *FOCO*, Ano 5 - N° 7. julho/dezembro 2014.
17. Panho, JM. Síndrome do Pânico: um estudo à luz de conceitos bibliográficos. *Psicologado*, [S.I.]. 2015.
18. Santos, ASC; Lucena, LMM. Transtorno do Pânico: implicações e tratamento. *Psicologado*, [S.I.]. 2014.
19. Gonçalves, D., Oliveira, M., Sá, S., Freitas, J., Santo, C., Ayres, F. and Caldeira, A. O papel do Farmacêutico no Sistema Único de Saúde: uma perspectiva entre os pacientes que fazem tratamento medicamentoso, Anápolis/GO. *Revista Anápolis Digital*, (v. 10. n.1).2020
20. Masci, C. Síndrome do pânico psiquiatria com abordagem integrativa. *Biblioteca Nacional*. 2017
21. Emerick, DMP; Ferreira, RP; Carmo, JWS. Transtorno mental comum e o uso de psicofármacos na estratégia saúde da família. 2019
22. Brasil. Resolução N° 417, de 29 de setembro de 2004. Conselho Federal de Farmácia. Aprova o Código de Ética da Profissão Farmacêutica.
23. Brasil. Resolução N° 596, de 21 de fevereiro de 2014. Conselho federal de farmácia. Dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares.
24. Brasil. Lei n° 5991/73 - Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos
25. Fernandes, MA. Affonso, CRG. Sousa LEN. Medeiros MGF. Interações medicamentosas entre psicofármacos em um serviço especializado de saúde mental. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*, Teresina. v.5, n.1, p.9-15, Jan-Fev-Mar. 2012.
26. Lima CLS, Lira SM, Holanda MO, Silva JYG da, Moura VB, Oliveira J de SM, Serra BF, Freitas AGQ, Girão NM, Guedes MIF. Physiological and drug bases of anxiety disorder. *RSD [Internet]*. 2020Sep.8 [cited 2020Nov.12];9(9):e808997780. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7780>
27. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
28. Britto IAG de S, Duarte Ângela MM. Transtorno de Pânico e Agorafobia: Um Estudo de Caso. *Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.* [Internet]. 1º de julho de 2004. 6(2):165-72
29. Mezzasalma, MA. Valença, AM. Lopes, FL. Nascimento, I. Zin, WA. Nardi, AE. Neuroanatomia do Transtorno de Pânico. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(3):202-6.
30. Valentim, G. Fisiopatologia da síndrome do pânico. *AMB rev. Assoc. Med. Bras*;32(5/6):101-7, maio-jun. 1986
31. CARVALHO, M. R. et al. Comparação entre os enfoques cognitivo, comportamental e cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de pânico. *Rev. Psiq. Clín* 2008, 35 (2); 66-73.
32. CARVALHO, M.R.; FREIRE, R.C.; NARDI, A.E. Realidade virtual no tratamento do transtorno de pânico. *J Bras Psiquiatr*. 2008;57(1):64-69.



33. COSCI, F. O desenvolvimento psicológico do transtorno de pânico: implicações para a neurobiologia e o tratamento. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34(Supl1):S09-S31.
34. KING, A.L.S.; VALENÇA, A.M.; NARDI, A.E. Hiperventilação: a terapia cognitivocomportamental e a técnica dos exercícios de indução dos sintomas no transtorno de pânico. *Revista Portuguesa de Pneumologia.* Vol XIV N.º 2 março/abril 2008.
35. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jan 24;2007(1):CD004364. doi: 10.1002/14651858.CD004364.pub2. PMID: 17253502; PMCID: PMC6823237.
36. Watanabe N, Churchill R, Furukawa TA. Combined psychotherapy plus benzodiazepines for panic disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(1):CD005335
37. Otto MW, Deveney C. Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: efficacy and strategies. *J Clin Psychiatry.* 2005;66 Suppl 4:28-32
38. Manfro Gisele Gus, Heldt Elizeth, Cordioli Aristides Volpato, Otto Michael W. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 30(Suppl 2 ): s81-s87v
39. Orlandi Paula, Noto Ana Regina. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2005 Oct [cited 2020 Nov 17] ; 13( spe ): 896-902.
40. VANER, L.A.et al. Tecnologias computacionais no tratamento de transtorno do pânico: uma revisão sistemática<sup>1</sup>. XX jornada de iniciação científica. out. 2020.
41. 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.
42. 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.
43. King Anna Lucia Spear, Valença Alexandre Martins, Melo-Neto Valfrido Leão de, Nardi Antonio Egidio. A importância do foco da terapia cognitivo-comportamental direcionado às sensações corporais no transtorno do pânico: relato de caso. *Rev. psiquiatr. clín.* 2007 34(4): 191-195.
44. CAMISAO, C., Figueira, I., Nardi, A. E., Valença, A., Marques, C., Andrade, Y., ... & Versiani, M. (1997). Inibidores seletivos de recaptacao de serotonina no tratamento do transtorno do panico. *J. bras. psiquiatr.* 347-352.
45. Moreno Ricardo Alberto, Moreno Doris Hupfeld, Soares Márcia Britto de Macedo. Psicofarmacologia de antidepressivos. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [Internet]. 1999 May [cited 2020 Nov 18] ; 21( Suppl 1 ): 24-40
46. Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (9a ed.). Porto Alegre: Artmed.
47. COSTA, M. K. D. O raciocínio psicofarmacológico na prática clínica. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v.10, n.3, p.504-516, set. 2007.*
48. FIRMINO, K. F; et al. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública, São Paulo, v.27, n. 6, p.1223-1232, jun. 2011.*



49. AZEVEDO, C. M. L. L et al. Ganho de peso e alterações metabólicas em esquizofrenia. *Revista Psiquiatria Clínica*, v 34, supl 2, 184-188, 2007.
50. FRIDMAN, G.A; FILINGER, E.J. Atención Farmacêutica em pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Interación médico-farmacéutico. Pharmaceutical Care Espanã*, n.4, p.242-244, 2002.
51. CHAMERO, M.C.G. Pacientes psiquiátricos: La mejora de su calidad de vida a través de La atención farmacêutica. **O F F A R M**, v.23, n.4, p 104-109, 2004.
52. TANAKA, O.Y; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para a ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.2, p.477-486, 2009.
53. MENDES, G. B. Uso racional de medicamentos: o papel fundamental do farmacêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 569-577, 2008.
54. BRASIL. Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998. BRASÍLIA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 29p, 1998.
55. Silva, F. P. da ., & Abreu, C. R. de C. . (2021). ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA DOENÇA FALCIFORME: REVISÃO LITERÁRIA. *Revista Coleta Científica*, 5(9), 50–