

PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE GENERALIZADA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: ABORDAGEM E TRATAMENTO

Sérgio Aires-Conçalves* e Rui Coelho**

Resumo

Nos Cuidados de Saúde Primários os doentes recorrem frequentemente ao médico com um ou vários sintomas, como: précordialgia, palpitações, dispneia, dificuldade em engolir, suores nocturnos, tremores, náusea, cólicas intestinais, diarreia, obstipação, irregularidades menstruais, medo de morrer, calores, rubor, parestesias, frequência urinária, dores musculares, cefaleias, boca seca, insónia e depressão.

Existe frequentemente uma sobreposição entre as diferentes categorias diagnósticas nas perturbações de ansiedade. Por outro lado, verifica-se a comorbilidade com a depressão em algumas fases da doença; podendo, ainda, existir situações de ansiedade e depressão.

Dados epidemiológicos indicam que cerca de 10% dos Americanos têm ou tiveram ansiedade segundo os critérios definidos na DSM-IV. As perturbações de ansiedade podem afectar 12 a 22% dos utentes que procuram os Cuidados de

Saúde Primários. A Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) pode afectar entre 2 a 10,9% da população geral.

Outra dificuldade que se coloca na avaliação das perturbações de ansiedade é o da quantificação dos sintomas. Num estudo realizado nos E.U.A. foi aplicado um questionário (PRIME-MD) para quantificação da gravidade dos sintomas combinando a validade dos critérios da DSM-IV com a prudência que a quantificação de sintomas deve acarretar na abordagem da ansiedade e depressão.

O tratamento da Perturbação de Ansiedade Generalizada requer farmacoterapia, psicoterapia e uma atitude psicoeducativa do doente como nas restantes perturbações de ansiedade.

A terapêutica farmacológica da ansiedade exige, frequentemente, a utilização de benzodiazepinas, buspirona e anti-depressivos. O tratamento instituído deverá durar pelo menos 12 meses. A remissão da depressão pressupõe o desaparecimento dos sintomas e a reabilitação psicossocial do doente.

Palavras-chave: Perturbações de Ansiedade; Perturbação de Ansiedade Generalizada; Cuidados de Saúde Primários; Abordagem; Tratamento.

* Assistente Eventual de Clínica Geral.

** Professor associado da Faculdade de Medicina do Porto. Chefe de Serviço de Psiquiatria no Hospital de S. João.

1. INTRODUÇÃO

Um dos aspectos mais fascinantes nos Cuidados de Saúde Primários é o facto dos doentes serem não seleccionados, não referenciados e, muitas vezes, por rastrear. As histórias clínicas são recentes e obtidas de acordo com as palavras e perspectivas do doente.

Num dia típico de actividade, os Clínicos de Medicina Geral e Familiar vêem utentes com um ou vários sintomas como: précor-dialgia, palpitações, dispneia, dificuldade em engolir, suores nocturnos, tremores, náusea, cólicas intestinais, diarreia, obstipação, irregularidades menstruais, medo de morrer, calores, rubor, parestesias, frequência urinária, dores musculares, cefaleias, boca seca, insónia e outros sintomas depressivos. Os utentes acrescentam a estas queixas descrições da vivência da sua situação clínica como “eu continuo a ter esta sensação angustiante”, entre outras.

Um dos obstáculos ao diagnóstico de ansiedade é o facto de, com frequência, os sintomas somáticos mascararem os sintomas psíquicos:

De acordo com os critérios definidos os diferentes tipos de perturbações de ansiedade são classificados em:

- Perturbação de pânico com ou sem agorafobia;
- Perturbação de Ansiedade Generalizada;
- Fobia específica;
- Fobia social;
- Perturbação obsessivo-compulsiva;
- Doença de *Stress* Pós-traumática.

No entanto, estas categorias não descrevem todas as variedades de ansiedade e depressão observadas em Cuidados de Saúde Primários. Muitas vezes, verifica-

-se uma sobreposição entre as diferentes categorias diagnósticas sendo que, por exemplo, a ansiedade situacional aguda pode ser o precursor da Perturbação de Ansiedade Generalizada e a agorafobia uma complicação da perturbação de pânico. Por outro lado, as situações de comorbilidade podem ser frequentes em algumas fases da doença. Podem, ainda, existir situações mistas de ansiedade e depressão.

As situações de Perturbação de Ansiedade Generalizada e fobia social sem comorbilidade associada são particularmente raras.

2. DEFINIÇÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A perturbação de ansiedade é identificada na DSM-IV como o excesso de ansiedade a preocupação por um período superior a 6 meses. A ansiedade é acompanhada de, pelo menos, três sintomas: inquietude, fadigabilidade fácil, dificuldade de concentração, tensão muscular, irritabilidade e distúrbios do sono^(1,2). Esta situação psicopatológica pode, também, apresentar-se por sintomas somáticos sem sintomas emocionais proeminentes. Os sintomas, por definição, interferem com o quotidiano da pessoa e não são atribuíveis a outras doenças psíquicas ou à utilização substâncias ilícitas.

A ansiedade desenvolve-se precocemente na vida⁽²⁾. É, frequentemente, concomitante com outros problemas de saúde como as perturbações afectivas e doenças médicas⁽²⁾. Nos Cuidados de Saúde Primários a ansiedade apresenta-se, muitas vezes, mascarada por sintomas cardíacos

(dor torácica, palpitações, taquicardia e taquipneia); pulmonares (hiperventilação, dispneia e tosse); gastrointestinais (globo hístico, indigestão, dores abdominais, flatulência, diarreia e obstipação); génito-urinários (frequência urinária, irregularidades menstruais, disfunção sexual); dermatológicos (parestesias, sudação, arrepios e prurido).

Estudos em que é comparada a acuidade diagnóstica do questionário geral de saúde e o diagnóstico efectuado pelo clínico geral mostram que o estilo atributivo do doente influi nesta concordância sendo que os doentes que fazem uma interpretação psicológica dos seus sintomas são mais frequentemente identificados como deprimidos enquanto que os que minimizam os sintomas são mais raramente identificados como tendo problemas de saúde mental^(3,4).

Num estudo efectuado por Piccinelli *et al.* (1999) foram definidas cinco categorias diagnósticas na classificação de doentes que recorrem aos Cuidados de Saúde Primários, não preenchendo os critérios *maior* de ansiedade, depressão ou de somatização: tipo I com desenvolvimento de somatização; tipo II com ansiedade e depressão; tipo III semelhante à Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG); tipo IV com sintomas esporádicos de ansiedade, depressão e somatização; tipo V com problemas do sono; e, tipo VI com sintomas ansiosos, incluindo sintomas de pânico⁽⁵⁾. Da análise destes grupos aqueles autores concluíram que recorrem aos Cuidados Primários de Saúde uma elevada proporção de doentes com sintomas “ansio-depressivos”⁽⁵⁾.

Num estudo realizado nos E.U.A. por Nease e Aikens (2003) foi aplicado um

questionário (PRIME-MD) para quantificação da gravidade dos sintomas combinando a validade dos critérios da classificação de diagnósticos em Saúde Mental (DSM-IV) com a prudência que a quantificação de sintomas acarreta na abordagem da ansiedade e da depressão⁽⁶⁾. De forma análoga, Ninan (2001) advoga a implementação de uma abordagem da PAG como doença em vez de perturbação introduzindo conceitos patofisiológicos e de funcionamento psicossocial⁽²⁾. O modelo de estadiamento proposto por este autor apresenta quatro estadios: doença franca, resposta, remissão, recuperação e bem-estar⁽²⁾.

Kessler (1999) sugeriu que os médicos detectam doença psicológica em menos de metade dos doentes com um alto índice no questionário geral de saúde⁽³⁾. Os resultados foram sobreponíveis aos obtidos pela aplicação do mesmo questionário em quatro Centros de Saúde em Espanha⁽⁴⁾.

Estes dados mostram que o tratamento da doença mental pelos Clínicos Gerais se baseia sobretudo na suspeita clínica e não em critérios diagnósticos⁽⁴⁾.

Para o rastreio das perturbações de ansiedade podem ser utilizados questionários como o PRIME-MD e o *General Health Questionary* (GHQ-12) ou o *Brief-Symptom-Inventory* (BSI-18). Estes instrumentos possuem elevada sensibilidade e produzem melhores resultados quando utilizados previamente à consulta médica⁽⁷⁾. Apesar do rastreio aumentar a detecção não está, ainda, provado que melhore o prognóstico dos doentes. Não deixa, contudo, de constituir um apoio aos cuidadores de Saúde, contribuindo para ajudar os seus doentes a lidar com a doença somática⁽⁷⁾.

3. EPIDEMIOLOGIA

Não existe actualmente um conhecimento exacto acerca da incidência da Perturbação de Ansiedade Generalizada.

A ansiedade é mais comum nos Cuidados de Saúde Primários do que é na Psiquiatria.

Dados epidemiológicos indicam que cerca de 10% dos Americanos têm ou tiveram ansiedade segundo os critérios definidos na DSM-IV (APA, 1994). As perturbações de ansiedade podem afectar 12 a 22% dos utentes^(1,10). A Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) pode afectar entre 2 a 10,9% da população⁽²⁾. Vários estudos referem que a prevalência da ansiedade pode ser mais elevada em alguns grupos, como doentes psiquiátricos ou seropositivos⁽²⁾. Esta prevalência é mais elevada entre os doentes com depressão unipolar⁽²⁾. Cerca de dois terços dos doentes com PAG apresentam comorbilidade psiquiátrica, o que se associa a uma maior gravidade e persistência de sintomas⁽²⁾. A ansiedade pode ser despoletada por *life events* como o estar desempregado ou ser doméstica.

Nos E.U.A., a ansiedade acarreta custos na ordem dos 68 milhões de dólares por ano, sendo que 54% dos custos são não psiquiátricos, ou seja, associados aos custos médicos como a prescrição de exames auxiliares de diagnóstico⁽²⁾. A taxa de absentismo é mais elevada entre os doentes com PAG⁽²⁾, e com maior grau de disfunção social. A ansiedade é subestimada sendo diagnosticada em 24 a 44% dos doentes⁽¹⁰⁾.

Num estudo realizado por Wittchen *et al.* (2002) foi referido que 22% da amostra apresentou, pelo menos, um sintoma de PAG nas quatro semanas de avalia-

ção⁽⁸⁾. A prevalência de PAG é ligeiramente superior nas mulheres, podendo atingir o dobro da dos homens^(1,2) e parece diminuir após os 60 anos⁽¹⁰⁾. Cerca de 9,8% dos doentes apresentavam, simultaneamente, depressão e PAG; e, 66,7% dos doentes apresentavam prejuízo do seu desempenho profissional (pelo menos um dia por mês de absentismo).

A PAG apresenta elevada prevalência nos Cuidados de Saúde Primários sendo uma importante fonte de morbilidade⁽⁹⁾. A baixa taxa de reconhecimento clínico^(9,10) resulta frequentemente do conhecimento insuficiente por parte dos médicos, da pressão do tempo^(9,11), das múltiplas queixas apresentadas e de pedidos por parte dos doentes⁽⁹⁾. De acordo com o estudo realizado por Wittchen *et al.* (2002) o reconhecimento pelo médico foi respectivamente de 34,4% e 43,2% para a PAG e para quadros mistos de ansiedade e depressão⁽⁸⁾. O reconhecimento tende a ser mais elevado nos doentes mais velhos, nos recém-diagnosticados e naqueles com sintomas depressivos ou ansiedade como motivo de consulta⁽⁸⁾. Outros factores que afectam o diagnóstico incluem: o estigma da doença mental; o tipo de atribuição feita pelo doente; a idade bimodal de apresentação; um curso remitente; a comorbilidade com outras perturbações de ansiedade e doenças depressivas; e, a diversidade de critérios de diagnóstico⁽⁹⁾. Apenas 17% dos doentes apresentam um problema ou sintoma psicossocial, apresentando os restantes problemas somáticos⁽¹⁰⁾.

A Perturbação de Ansiedade Generalizada pode, também, ser considerada como um estado de vulnerabilidade que aumenta o risco de outras doenças, podendo ser o factor mais importante na uti-

lização dos Serviços de Saúde. De facto, a ansiedade favorece um funcionamento emocional e uma qualidade de vida do doente reduzidos; e, um aumento dos custos económicos na utilização dos Serviços de Saúde⁽⁷⁾.

4. TRATAMENTO

Como nas restantes Perturbações de ansiedade o tratamento da PAG requer farmacoterapia, psicoterapia, e técnicas psicoeducativas. A utilização concomitante das diferentes opções terapêuticas assim como a minimização dos efeitos laterais são factores importantes na adesão terapêutica⁽¹²⁾.

A história médica e psiquiátrica devem ser ponderadas na escolha do tratamento farmacológico⁽¹²⁾. A Perturbação de pânico, a Fobia social, a PAG e a Perturbação obsessivo-compulsiva respondem ao tratamento farmacológico mas necessitam, habitualmente, de algum tipo de psicoterapia associada.

A psicoterapia cognitivo-comportamental está indicada em alguns doentes com Perturbação de pânico sendo sempre necessárias as técnicas psicoeducativas.

As Perturbações de ansiedade são, por natureza, doenças, muitas vezes, não reconhecidas, talvez pela ideia de culpa que o doente atribui a si próprio nestas situações. A ansiedade é por todos vivenciada e são desenvolvidos mecanismos de lidar e ultrapassar esse estado. A culpa surge, por vezes, quando alguém verifica que não consegue lidar com essa situação da mesma forma como no passado.

Por definição a Perturbação de ansiedade é uma síndrome que exige interven-

ção especializada, sendo a aceitação deste facto importante. Os médicos consideram a psicoterapia mais indicada na PAG que no tratamento da depressão⁽⁸⁾. Assim, no estudo de Gyllin e Byerky (1990) citado em Piccinelli *et al.* (1999) os autores estimaram a prevalência da PAG em 7,4%⁽⁵⁾. A competência percebida pelos médicos nesta situação clínica foi de 36,7% na PAG sendo mais baixa na depressão (20,3%). Na PAG a educação do doente adquire uma importância mais elevada. Este aspecto passa pelo esclarecimento quanto às características da doença, assim como dos tratamentos disponíveis e estratégias de *coping* para lidar com esta perturbação⁽⁹⁾.

Coexiste, frequentemente, insónia pelo que o tratamento desta queixa é necessário ao tratamento da Perturbação de ansiedade.

Constituem motivos de referência à consulta de Psiquiatria: a resposta insuficiente ao tratamento; sintomatologia grave; diagnóstico incerto; preferência do doente; dúvidas diagnósticas e risco de suicídio⁽¹⁰⁾. A referência é mais frequente em quadros mistos de ansiedade e depressão⁽⁸⁾.

O objectivo do tratamento deverá ter em conta a remissão^(2,12), que pressupõe o desaparecimento dos sintomas e a reabilitação psicossocial⁽²⁾. O tratamento instituído deverá durar, pelo menos, doze meses⁽²⁾. Contudo, as orientações de consenso disponíveis não são unânimes quanto à duração do tratamento⁽²⁾. A abordagem destes doentes exige, habitualmente: psicoterapia, farmacoterapia, auto-ajuda, promoção da adesão terapêutica, avaliação da resposta terapêutica e ajuste terapêutico⁽¹⁰⁾.

5. FARMACOTERAPIA

A terapêutica farmacológica da ansiedade exige, frequentemente, a utilização de benzodiazepinas, buspirona e antidepressivos. Dos doentes identificados mais de metade foram medicados com duas medicações⁽⁸⁾. As medicações com base em extractos vegetais foram mais utilizadas na PAG e os anti-depressivos mais utilizados quando existia comorbilidade com a depressão⁽⁸⁾. Nos Cuidados de Saúde Primários o tratamento tende fundamentalmente a ser sintomático⁽⁸⁾. Os clínicos de Medicina Geral e Familiar parecem ignorar a necessidade de começar o tratamento com doses baixas e a maior duração do tratamento^(11,12). É, também necessário, alertar o doente para a necessidade de aguardar três a quatro semanas até que os efeitos terapêuticos se manifestem claramente⁽¹²⁾.

5.1. Benzodiazepinas

Numa utilização de duração limitada as benzodiazepinas de curta-acção (alprazolam, clonazepam e lorazepam) podem ser os fármacos de escolha.

As benzodiazepinas diferem dos sedativos mais antigos, barbitúricos e alcoóis, pelo facto de, em doses elevadas, não produzirem anestesia dada a sua curva dose/efeito mais aplanada. Estes sedativos mais antigos em doses tóxicas provocam uma intensa depressão respiratória e vasomotora.

As benzodiazepinas são, geralmente, utilizadas por via oral, dependendo a absorção da sua lipossolubilidade entre outros factores. É particularmente rápida a absorção oral do triazolam, sendo que o

diazepam e o metabolito activo do clonazepam têm uma absorção mais rápida que os demais (Quadro I). Pelo contrário, o oxazepam, o temazepam e o lorazepam são mais lentamente absorvidos. A biodisponibilidade das benzodiazepinas por via intramuscular é variável⁽¹³⁻¹⁵⁾.

A solubilidade lipídica desempenha um papel importante na penetração das diferentes benzodiazepinas no SNC. Por exemplo, o diazepam e o triazolam são mais lipossolúveis que o clorodiazepóxido e o lorazepam, daí o início de acção destes últimos ser mais lento. Assim se explica o facto do lorazepam, que tem uma menor semi-vida que o diazepam, ter, numa toma isolada, uma duração de efeito mais prolongada.

Os níveis de diazepam atingidos são mais elevados no córtex cerebral que no sistema límbico e nos núcleos da base⁽¹⁴⁾. Apesar da ligação das benzodiazepinas às proteínas plasmáticas ser de 60% a 95%, deste facto não parecem resultar interacções medicamentosas significativas. Para a excreção das benzodiazepinas é necessária a sua conversão em metabolitos mais hidrossolúveis sendo que esta transformação se processa, predominantemente, nos microssomas hepáticos.

A maior parte das benzodiazepinas sofre oxidação (reacções de fase I), apresentando a maioria destes compostos actividade sedativa superior à do fármaco de que derivam. Estes metabolitos acumulam-se produzindo efeitos cumulativos com o uso prolongado. Os metabolitos de curta duração resultantes destas reacções são conjugados em compostos glucurononjugados e são excretados pela urina⁽¹⁴⁾.

Uma vez que a biodisponibilidade de um fármaco é influenciada por diversos

QUADRO I –

Benzodiazepinas	Rapidez de absorção	Semi-vida
Longa duração		
Clordiazepóxido	Intermédia	48-96 h
Diazepam	Rápida	48-96 h
Flurazepam	Intermédia a rápida	48-72 h
Clorazepato	Rápida	48-96 h
Clonazepam	Intermédia	48-72 h
Prazepam	Intermédia a lenta	48-96 h
Halazepam	Lenta a intermédia	48-96 h
Ketazolam	Lenta	34-52 h
Clobazam	*	35 h
Medazepam	*	30-200 h
Quazepam	Intermédia	30-100 h
Mexazolam	*	130-200 h
Loflazepato de etilo	Rápida	75 h
Nordazepam	*	*
Duração intermédia		
Nitrazepam	Lenta	16-48 h
Oxazepam	Lenta	8-12 h
Lorazepam	Intermédia	10-20 h
Temazepam	Lenta a intermédia	10-20 h
Alprazolam	Intermédia	14 h
Bromazepam	Rápida	8-19 h
Lormetazepam	*	9 h
Loprazolam	*	7 h
Estazolam	Intermédia	10-24 h
Cloxacolam	*	*
Flunitrazepam	*	29 h
Curta duração		
Brotizolam	*	6 h
Triazolam	Intermédia	2-5 h
Midazolam	Intermédia	2-3 h

*-sem informação completamente documentada

factores (função hepática, idade, indução e inibição das enzimas microssómicas hepáticas), em doentes idosos ou com doença hepática grave, o tempo de semi-vida destes medicamentos aumenta significativamente o que pode ocasionar um aumento da sedação. No idoso, a glucuroconjugação parece estar menos atingida que a oxidação.

Como se sabe, as benzodiazepinas podem ser agrupadas em três categorias: a) com metabolização hepática e longa semi-vida (diazepam) – o uso em múltiplas doses destas substâncias está sujeito a acumulação; b) benzodiazepinas que sofrem glucuronoconjugação (oxazepam) – estão sujeitas a uma menor acumulação, a sua metabolização é menos afectada pela idade, doença hepática ou pelo uso concomitante de inibidores metabólicos^(16,17); c) compostos sujeitos a nitrorredução e cuja semi-vida varia entre as 18 e as 50 horas – devem ser evitados em doentes com doença hepática ou renal⁽¹⁸⁾. As benzodiazepinas não alteram marcadamente a actividade das enzimas microssómicas hepáticas com a sua utilização embora os seus níveis possam aumentar quando administradas concomitantemente com estrogénios⁽¹⁶⁾.

As benzodiazepinas ligam-se aos receptores GABA_A presentes nas membranas dos neurónios do SNC^(13,19). O GABA é um dos mais importantes neurotrans-

missores do SNC. Estudos electrofisiológicos sugerem que as benzodiazepinas potenciam a inibição sináptica produzida pelo GABA (hiperpolarização neuronal) a todos os níveis do SNC. Esta acção conduz a uma diminuição da taxa de resposta neuronal em muitas regiões do cérebro.

A sua acção principal efectua-se no sistema reticular ascendente (vigília), no sistema límbico (afecto), no fascículo longi-

tudinal medial (recompensa/castigo) e no hipotálamo⁽¹⁵⁾.

O efeito das benzodiazepinas implica na sua acção os receptores GABAérgicos e os canais de cloro associados. Entre os efeitos laterais encontram-se, potencialmente, sonolência, confusão, amnésia, dificuldade de coordenação motora e visual-motora⁽¹⁷⁾; perda de capacidade para condução de máquinas e potenciação dos efeitos depressores do álcool⁽¹⁴⁾. Estes fármacos podem provocar comportamento paradoxal e alterações perceptivas como alucinações. Entre os efeitos indesejáveis, mais raros, encontram-se: cefaleias, tonturas, perturbações gastrointestinais, exantemas e redução da libido⁽¹⁸⁾. Os idosos são mais vulneráveis aos efeitos secundários da medicação⁽²⁰⁾.

A tolerância é uma característica das benzodiazepinas e caracteriza-se pela necessidade de utilizar doses crescentes para manter o efeito terapêutico pretendido. É importante reconhecer a tolerância cruzada entre as diferentes benzodiazepinas e o etanol. A tolerância pode estabelecer-se do ponto de vista metabólico, ou seja, farmacocinético ou da resposta no sistema nervoso central, tolerância farmacodinâmica.

O uso de altas doses e uma supressão abrupta contribuem para o aparecimento de uma síndrome de privação, caracterizada por ansiedade, perda do apetite, insónia crescente, irritabilidade, confusão, *delirium*, despersonalização, trémulo, cefaleias, fasciculação muscular, sudação, diarreia e em casos extremos convulsões⁽¹³⁻¹⁵⁾. Benzodiazepinas com semi-vidas mais longas estão associadas a menores sinais físicos de privação.

A descontinuação do tratamento com

benzodiazepinas deve ser gradual, sobretudo após tratamentos com duração igual ou superior a três semanas⁽²¹⁾. A redução da dose deve ser progressiva, diminuindo um oitavo de dose cada duas semanas, num total de seis a doze semanas.

As vantagens deste grupo de fármacos incluem o início de acção rápida e boa margem de segurança em tratamentos de curta duração⁽¹²⁾. No entanto, a eficácia a longo prazo é discutível⁽⁹⁾. A sua indicação terapêutica dirige-se, sobretudo, a doentes com necessidade de controlo sintomático rápido. Em caso de tratamento prolongado é preferido o tratamento com benzodiazepinas de semi-vida longa⁽¹⁰⁾. É, contudo, de referir que entre 63 a 81 % dos doentes com PAG recaem entre semanas e meses após suspenderem o tratamento⁽²²⁾.

5.2. Buspirona

A buspirona diminui a actividade serotoninérgica e tem como alvo os receptores 5HT_{1A} pré e pós-sinápticos e os receptores 5HT₂. Possui, também, afinidade para os receptores da dopamina, D₂ e D₃. A sua dosagem efectiva varia entre os 20 e os 60 mg por dia⁽²²⁾. A buspirona actua nos sintomas psíquicos de ansiedade, irritabilidade e agressividade sendo utilizada, sobretudo, quando existe preocupação com o estado de vigília, possibilidade de dependência física ou psicológica de benzodiazepinas, uso concomitante de álcool e nos idosos^(1,12,22). A buspirona, usualmente, requer duas a quatro semanas para produzir o seu efeito terapêutico e produz como efeitos laterais tonturas, náuseas e cefaleias⁽²²⁾. Não possui os efeitos miorrelaxantes, hipnoindutores e anti-convulsivantes das benzodiazepinas, não

provoca sedação, perturbação da cognição ou dependência física ou psíquica⁽²²⁾. A buspirona pode ter um efeito sinérgico com as benzodiazepinas no tratamento da PAG e demonstra maior eficácia que as benzodiazepinas no tratamento dos sintomas psíquicos da PAG⁽²²⁾. No entanto, o início de acção lento, a falta de relação dose/resposta e a fraca potência ansiolítica constituem obstáculos à utilização deste medicamento⁽²²⁾.

5.3. Anti-depressivos

Cerca de 50 a 60% dos doentes com PAG respondem aos anti-depressivos⁽²³⁾. A utilização do anti-depressivo tricíclico, imipramina, provou ser eficaz numa utilização crónica e mais eficaz que o diazepam no tratamento da depressão a longo prazo⁽²²⁾. O efeito terapêutico dos tricíclicos demora cerca de duas a três semanas até ser evidente⁽²²⁾. Estes fármacos apresentam maior eficácia que o diazepam no tratamento dos sintomas psíquicos mas menor eficácia nos sintomas somáticos⁽²²⁾. A utilização de antidepressivos tricíclicos, a longo prazo, é de difícil utilização pelo seu perfil de efeitos laterais⁽¹²⁾.

A utilização de protocolos de orientação no tratamento da ansiedade nos Cuidados de Saúde Primários não se encontra tão implementada como no tratamento da depressão. Rollman *et al.* (2003) preferiram a utilização de inibidores selectivos da recaptação da serotonina (SSRI). Para o tratamento da PAG foram utilizados em primeira linha o citalopram, a fluoxetina, a paroxetina, a sertralina e a venlafaxina⁽¹⁰⁾ que é um inibidor selectivo da recaptação da serotonina e noradrenalina. Em 2003, encontravam-se, aprovados pela FDA para

o tratamento desta doença apenas a paroxetina e a venlafaxina⁽¹⁰⁾.

Entre os SSRI verificam-se algumas diferenças no perfil de efeitos laterais: a paroxetina apresentou uma maior frequência de efeitos muscarínicos e de aumento de peso; o citalopram maior sedação e aumento de peso; a fluoxetina ansiedade, cefaleias, perda de peso e anorexia. A fluvoxamina, a paroxetina e a sertralina apresentam o maior índice de efeitos laterais gastrointestinais⁽²⁴⁾. A disfunção sexual é um efeito partilhado pelos diferentes SSRI embora seja mais frequente com a paroxetina. A fluoxetina apresenta uma semi-vida maior do que os restantes SSRI permitindo, assim, que os níveis plasmáticos subam mais gradualmente, o que lhe confere uma maior tolerabilidade na fase inicial do tratamento mas, também, uma maior persistência dos efeitos laterais após a sua descontinuação. O tratamento com a venlafaxina apresenta como efeitos laterais sedação e náuseas⁽²²⁾.

A paroxetina é eficaz no tratamento a curto prazo da PAG⁽⁹⁾. A venlafaxina constitui uma opção terapêutica no curto e longo prazo, produzindo para além de resposta terapêutica a remissão dos sintomas^(1,12,25). Sheehan (2001) definiu remissão como uma pontuação na escala de Hamilton para a ansiedade inferior ou igual a sete ou um benefício sintomático menor que 70%^(23,27). Este autor efectuou uma meta-análise que mostra a eficácia deste fármaco no tratamento da ansiedade a longo prazo⁽²⁷⁾. Foi também verificado noutros estudos que o uso da venlafaxina se encontra associado a uma menor necessidade de uso concomitante de outras medicações^(22,23).

Num estudo efectuado por MacCoun

e Reuter citado em Furukawa (2001) foi sugerido que o prognóstico atribuído pelos clínicos à ansiedade e à depressão é pior do que o demonstrado pela evolução clínica⁽²⁶⁾. Verifica-se, contudo, que apenas cerca de um terço dos doentes com ansiedade atinge a remissão⁽²⁾.

6. PSICOTERAPIA

A utilização da psicoterapia cognitivo-comportamental revelou também ser eficaz na PAG; contudo, o elevado custo, a comorbilidade e a natureza variável da doença tornam esta opção terapêutica mais dificultada. A sua utilização concomitante com farmacoterapia tende a produzir os melhores resultados terapêuticos⁽¹²⁾.

No entanto, é necessária a compreensão por parte do doente da natureza crónica e recorrente da PAG.

Por outro lado, a existência da PAG não deverá fazer esquecer aos médicos que permanece o risco de doença física nestes doentes.

7. CONCLUSÃO

Em Clínica Geral os doentes recorrem frequentemente ao médico de Medicina Geral e Familiar com um ou vários sintomas somáticos. Existe, frequentemente, sobreposição entre as diferentes perturbações de ansiedade. Verifica-se, também, comorbilidade com depressão em algumas fases da doença, podendo ainda existir situações de carácter misto de ansiedade e depressão.

O tratamento da PAG requer farmaco-

terapia, psicoterapia e o fornecimento de informação psicoeducativa ao doente como nas restantes perturbações de ansiedade.

A terapêutica da ansiedade, habitualmente, solicita a utilização de benzodiazepinas, buspirona e anti-depressivos. O objectivo do tratamento deverá ser a remissão (e não apenas a resposta), sendo que o tratamento instituído deverá durar, pelo menos, doze meses. A remissão pressupõe o desaparecimento dos sintomas e a reabilitação psicossocial. Porém, com os tratamentos disponíveis, apenas cerca de um terço dos doentes com ansiedade atinge a remissão completa.

Abstract

In Primary Care anxiety may presents as various symptoms: chest pain, shortness of breath, trouble swallowing, night sweats, nausea, abdominal pain, constipation, menstrual abnormalities, fear of dying, urinary frequency, hot flashes, sweating, muscle pain, headache, menstrual irregularities, dry mouth, insomnia and depression.

However, the overlapping between different anxiety disorders and depression is not unusual.

Epidemiologic data show that 10% of US population have an anxiety disorder and up to 10.9% of the population have Generalized anxiety disorder (GAD).

The role of PRIME-MD for evaluating symptom severity is the questionnaire discussed by the authors.

GAD treatment may require pharmacotherapy, psychotherapy and patient education. Remission is the main goal in short-and long-term management of

GAD and treatment should last for at least 12 months.

Key-words: *Anxiety disorders; Generalized Anxiety Disorder; Primary care; Management; Treatment.*

BIBLIOGRAFIA

1. Leaman TL. Anxiety disorders. *Primary Care* 1999; 26: 197-210.
2. Ninan P. Dissolving the burden of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62: 5-10.
3. Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Gray DP. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *British Medical Journal* 1999; 318: 436-440.
4. Johnston T, Talbot P. Letters: Recognition of depression and anxiety in primary care. *British Medical Journal* 1999; 318: 1558.
5. Piccinelli M, Rucci P, Üstun B, Simon G. Typologies of anxiety, depression and somatization symptoms among primary care attenders with no formal mental disorder. *Psychological Medicine* 1999; 29: 677-688.
6. Nease Jr DE, Aikens JE. DSM depression and anxiety criteria and severity of symptoms in primary care: cross sectional study. *British Medical Journal* 2003; 327: 1031-1031.
7. Lang AJ, Stein M. Screening for anxiety in primary care: why bother? *General Hospital Psychiatry* 2002; 24: 365-366.
8. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition and management. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002; 63: 24-34.
9. Culpepper L. Generalized anxiety disorder in primary care: emerging issues in management and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002; 63: 35-42.
10. Rollman BL, Belnap BH, Reynolds CF, Schulberg HC, Shear K. A contemporary protocol to assist primary care physicians in the treatment of panic and generalized anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry* 2003; 25: 74-82.
11. Roy-Byrne P. Anxiety in primary care depression: how does it lead to poor outcomes and what can we do about it? *General Hospital Psychiatry* 1999; 21: 151-153.
12. Pollack MH. Optimizing pharmacotherapy of generalized anxiety disorder to achieve remission. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62: 20-25.
13. Katzung BG. *Basic and Clinical Pharmacology*: sedative-hypnotic drugs. 7th Edition; McGraw-Hill 1998; 354-363.
14. Rang HP, Dale NM, Ritter JM. *Pharmacology*: anxiolytic and hypnotic drugs. 4th Edition. Churchill Livingstone 1999; 528-538.
15. Laurence M, Ben PM, Brown MD. *Clinical Pharmacology*: hypnotic and anxiolytic sedatives. 8th Edition. Churchill Livingstone 1997; 317-321.
16. Yonkers K, Kando JC, Cole JO, Blumenthal S. Gender differences in pharmacokinetic and pharmacodynamics in psychotropic medication. *American Journal of Psychiatry* 2003; 149: 587-595x.
17. Gillin JC, Byerley WF. The diagnosis and management of insomnia. *The New England Journal of Medicine* 1990; 322: 239-248.
18. Labelle A, Lapierre YD. Anxiety disorders. *Canadian Family Physician* 1993; 39: 2205-2213.
19. Zorumski CF, Isenberg KE. Insights into the structure and function of GABA-benzodiazepine receptor: ion channels and psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148: 162-173.
20. Prinz PN, Vitiello MV, Raskind MA, Thorpy MJ. Geriatrics: sleep disorders and aging. *The New England Journal of Medicine* 1990; 323: 520-526.
21. Greenblatt DJ, Shader RI, Abernethy D. Drug therapy: current status of benzodiazepines (first of two parts). *N Engl J Med* 1983; 309: 354-358.
22. Ballenger JC. Overview of different pharmacotherapies for attaining remission in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62: 11-19.
23. Ninan P. Generalized anxiety disorder: why are we failing our patients? *Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62: 3-4.
24. Edwards JG, Inman WH, Wilton L, Pearce GL. Prescription-event monitoring of 10401 patients treated with fluvoxamine. *British Journal of Psychiatry* 1994; 164: 387-395.
25. Trivedi M. Sensitizing clinicians and patients to the social and functional aspects of remission. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62: 32-35.
26. Furukawa TA. Correspondence: prognosis of depression and generalized anxiety in primary care. *British Journal of Psychiatry* 2001; 177-178.
27. Sheehan DV. Attaining remission in generalized anxiety disorder: venlafaxine extended release comparative data. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62: 26-31.

