

Mestrado Integrado em Medicina

Ansiedade: como diagnosticar e tratar nos Cuidados de Saúde Primários

Dora Bertina Pacheco Freire

M

2022



Ansiedade: como diagnosticar e tratar nos Cuidados de Saúde Primários

Dora Bertina Pacheco Freire

Endereço de correio eletrónico: freire.dora@gmail.com

Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Orientadora: Prof. Doutora Maria Alice Soares Lopes

Assistente Graduada Sénior do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar
Universitário do Porto

Professora Catedrática Convidada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade
do Porto

Porto, Maio 2022

A estudante,

(Dora Bertina Pacheco Freire)

Sob a orientação de,

(Prof. Doutora Maria Alice Soares Lopes)

Agradecimentos

À minha orientadora, Prof. Doutora Alice Lopes, pelo apoio incansável e constante motivação ao longo do desenvolvimento deste trabalho. Muito obrigada por esta oportunidade de aprendizagem que tanto enriqueceu e marcou o meu percurso académico.

Ao meu marido e filha por estarem sempre presentes e por me apoiarem incondicionalmente.

Por último, aos meus queridos pais e irmão, por acreditarem em mim e pelo apoio incondicional.

Resumo

Em Portugal, as perturbações de ansiedade constituem os transtornos psiquiátricos mais prevalentes e uma das principais causas de incapacidade. O primeiro estudo epidemiológico nacional de saúde mental de 2013, estima uma prevalência de perturbações de ansiedade na população portuguesa de 16,5%. As queixas de ansiedade são muito frequentes no contexto dos cuidados de saúde primários, tendo os profissionais desta área, um papel importante no diagnóstico e no acompanhamento destes doentes. Pelo estigma existente em torno das patologias mentais, pela proximidade e facilidade de acesso a sua abordagem com o médico de família será certamente privilegiada.

A elevada prevalência e potencial cronicidade das perturbações de ansiedade, gravidade do sofrimento provocado, altos custos socioeconómicos, íntima relação com depressão e abuso de substâncias e também por serem fator agravante e comórbido nas doenças somáticas, tornam prioritário o diagnóstico precoce. O diagnóstico seguido de tratamento adequado, ao nível dos cuidados de saúde primários, reveste-se de enorme importância uma vez que, o tratamento precoce tem uma influência muito relevante no prognóstico desta patologia.

O presente trabalho pretende fazer uma revisão da informação mais recente sobre as perturbações de ansiedade mais prevalentes nos cuidados de saúde primários, bem como da sua abordagem, nomeadamente rastreio, diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: Perturbações de Ansiedade; Cuidados de Saúde Primários; Rastreio; Diagnóstico; Tratamento farmacológico e tratamento psicológico

Abstract

In Portugal, anxiety disorders are the most prevalent psychiatric disorders and one of the main causes of disability. The first national epidemiological study of mental health in 2013 estimated a prevalence of anxiety disorders in the Portuguese population of 16.5%. Anxiety complaints are very frequent in the context of primary health care, and professionals in this area play an important role in the diagnosis and monitoring of these patients. Due to the stigma surrounding mental pathologies, the proximity and ease of access, your approach to the family doctor will certainly be privileged.

The high prevalence and potential chronicity of anxiety disorders, the severity of the suffering caused, high socioeconomic costs, close relationship with depression and substance abuse and also because they are an aggravating and comorbid factor in somatic diseases, make early diagnosis a priority. The diagnosis followed by adequate treatment, at the level of primary health care, is of enormous importance since early treatment has a very relevant influence on the prognosis of this pathology.

The present work intends to review the most recent information on the most prevalent anxiety disorders in primary health care, as well as their approach, screening, diagnosis and treatment.

Keywords: Anxiety Disorders; Primary Health Care; Screening; Diagnosis; Pharmacological treatment and psychological treatment

Lista de abreviaturas

CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção-Geral da Saúde
DSM V	Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
MGF	Medicina Geral e Familiar
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Perturbação de ansiedade
PAG	Perturbação de ansiedade generalizada
PP	Perturbação de pânico
SNRIs	inibidores de recaptção de serotonina e noradrenalina
SSRIs	Inibidores seletivos da recaptção da serotonina
TCC	Terapia cognitivo-comportamental

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract	iii
Lista de abreviaturas	iv
Índice	v
Lista de tabelas	vii
Introdução	1
Metodologia	2
Epidemiologia	3
Etiologia	4
Perturbações de ansiedade	6
Principais perturbações de ansiedade abordadas nos cuidados de saúde primários	7
- Perturbação de ansiedade generalizada	8
- Perturbações de pânico	8
Diagnóstico das perturbações da ansiedade nos cuidados de saúde primários	9
- Avaliação inicial dos pacientes com ansiedade	10
- Identificação de fatores de risco	11
- Diagnóstico diferencial	12
- Diagnóstico definitivo	13
- Prognóstico	16
- Tratamento	16
- Tratamento farmacológico	17
- Tratamento psicológico	19

- O que pode o especialista em Medicina Geral e Familiar fazer pelo doente com ansiedade	21
- Acompanhamento	22
- Referenciação	23
Conclusão	24
Anexos	25
Bibliografia	26

Lista de tabelas

Tabela I - Tipo de questões para identificação de sintomas relacionados com ansiedade

Tabela II - Perguntas de rastreio para perturbação de pânico e perturbações de ansiedade generalizada

Tabela III - Critérios de diagnóstico de PAG pelo DSM V

Tabela IV - Critérios de diagnóstico de ataque de pânico pelo DSM V

Tabela V - Critérios de diagnóstico de perturbação de pânico pelo DSM V

Tabela VI - Critérios de diagnóstico de agorafobia pelo DSM V

Introdução

As perturbações de ansiedade (PA) são os transtornos psiquiátricos mais prevalentes e uma das principais causas de incapacidade. (1, 2)

Nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), a Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) e a Perturbação de Pânico (PP) são muito prevalentes estando associadas a morbilidade significativa com elevado impacto a nível pessoal e social. Para o diagnóstico e tratamento destas patologias os pacientes procuram principalmente os CSP.(3-5)

Contudo estas ainda se encontram subdiagnosticadas e subtratadas. (6, 7) Uma abordagem atempada e eficiente ao nível dos CSP poderia prevenir a cronicidade desta patologia e todo o impacto daí decorrente. (8)

Com este trabalho e através da pesquisa de diferentes fontes de informação, pretende-se fornecer uma orientação prática para a abordagem diagnóstica e terapêutica da PAG e PP ao nível dos CSP. As perturbações fóbicas, não serão incluídas no contexto deste trabalho, uma vez que o seu tratamento de primeira linha, a terapia cognitivo-comportamental, se encontra fora do âmbito dos CSP. Também não serão incluídas outras PA como a perturbação obsessivo-compulsiva, a perturbação bipolar e a perturbação de stress pós-traumático, uma vez que têm um tratamento mais específico que não se enquadra no âmbito dos CSP.

Metodologia

Foram consultados artigos selecionados através de pesquisa no PubMed. Esta foi limitada a artigos publicados em inglês, nos últimos dez anos, e foi usada a combinação de termos “Anxiety Disorders” e “Primary Health Care”, “Screening” e “Diagnosis”; “Pharmacological Treatment”; “Psychological Treatment”. Posteriormente, a pesquisa foi alargada através da utilização de outros termos como “generalized anxiety disorder” e “panic disorder”. O número total de artigos encontrados sobre perturbações de ansiedade nos Cuidados de Saúde Primários foi de cerca de 5% do total de artigos sobre perturbações de ansiedade. Os artigos relacionados com crianças, jovens ou adultos mais velhos foram excluídos deste trabalho. Também foram analisados alguns artigos citados nos previamente selecionados e outros que surgiram como “artigos relacionados”. Foram consultadas também *guidelines* americanas e europeias e normas de orientação clínica produzidas pela Direção Geral da Saúde. Paralelamente, foi consultada bibliografia portuguesa para contextualização epidemiológica do tema, nomeadamente o Programa Nacional para a Saúde Mental (*Portugal, Saúde Mental em Números*) e o *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* coordenado por José Miguel Caldas de Almeida e Miguel Xavier.

O presente trabalho pretendeu fazer uma revisão da informação mais recente sobre as perturbações de ansiedade mais prevalentes nos cuidados de saúde primários, bem como da sua abordagem, nomeadamente rastreio, diagnóstico e tratamento.

Epidemiologia

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) há cerca de 264 milhões de pessoas em todo o mundo que sofrem de perturbações da ansiedade, representando um aumento de 15% de 2005 para 2015. A proporção da população global com perturbações de ansiedade em 2015 era estimada em 3,6%, sendo estas mais prevalentes no género feminino. (9)

Entre os vários grupos etários não se verifica uma variação substancial nas taxas de prevalência de perturbações de ansiedade, contudo verifica-se uma menor prevalência nos grupos etários mais elevados. (9)

Em 2015, as perturbações de ansiedade foram responsáveis por 24,6 milhões de YLD (Years Lived with Disability) no mundo, sendo na Europa responsáveis por 1,2 milhões de YLD. (9)

Em 2015, a OMS estimava uma prevalência de perturbações de ansiedade em Portugal acima dos 500 mil casos constituindo estes, 4,9% da população total e representando 45 962 YLD. (9)

As perturbações de ansiedade são uma das principais causas de incapacidade, sendo responsáveis por mais anos vividos com incapacidade do que qualquer outra condição de saúde mental. (8, 10)

No primeiro estudo epidemiológico nacional de saúde mental de 2013, quando comparado Portugal com outros países da Europa, relativamente à prevalência de perturbações psiquiátricas verificou-se que 22,9% dos portugueses apresentavam uma perturbação psiquiátrica nos últimos 12 meses. Este mesmo estudo estima uma prevalência anual de perturbações de ansiedade na população portuguesa de 16,5%. Dentro deste espectro, as fobias específicas têm uma prevalência de 8,6%, a fobia social de 3,1%, a perturbação de ansiedade generalizada (PAG) de 2,1% e a perturbação de pânico (PP) de 0,9%. As perturbações da ansiedade foram o grupo com maior prevalência estimada ao longo da vida, situando-se esta nos 25,8%. (3)

Em concordância também com outros estudos verifica-se que as mulheres apresentam um risco maior que os homens de sofrer de PA e por outro lado, o grupo dos mais idosos apresenta menor risco.(3)

Segundo o DSM-V, os indivíduos de países desenvolvidos têm uma probabilidade aumentada em relação aos dos países não desenvolvidos de descrever que vivenciaram sintomas que preenchem os critérios para PAG durante a vida. (11)

Etiologia

A patogênese das PA é multifatorial, envolvendo interações complexas entre fatores biológicos, influências ambientais e mecanismos psicológicos. (10, 12)

Estudos familiares mostraram que parentes em primeiro grau de pacientes com PP apresentam um risco três a cinco vezes superior de desenvolver PP comparativamente com a população em geral. (13)

O peso atribuído às causas genéticas no desenvolvimento das PA é bastante variável de acordo com diferentes fontes. (1, 13) Fatores ambientais negativos individuais durante a infância, como abuso e negligência (emocional e/ou física), violência sexual, doença crônica, vivências traumáticas, morte de pessoas significativas, separação e divórcio ou dificuldades socioeconômicas podem ter um papel crucial. (13)

O debate sobre qual o principal fator nas PA, se a genética ou o ambiente evoluiu para uma melhor compreensão do importante papel da interação entre os genes e o ambiente. (14) Alguns indivíduos parecem ser mais resistentes ao stresse, enquanto outros são mais vulneráveis, o que pode conduzir a uma PA. (15)

Mesmo perante fatores de risco genético, a presença de fatores ambientais favoráveis, vínculos seguros, fatores de personalidade, experiências de aprendizagem de estratégias de coping eficazes e uma boa rede de suporte social podem aumentar a capacidade de resposta. Contudo, os mecanismos epigenéticos como causa das PA assumem cada vez mais importância. (13)

Traços de personalidade, especialmente neuroticismo, estão relacionados com desenvolvimento de PA. (13, 16)

Os principais mediadores dos sintomas das PA no SNC, parecem ser a noreadrenalina, a serotonina, a dopamina e o ácido gama-aminobutírico (GABA). Outros neurotransmissores e peptídeos, como o fator de libertação de corticotropina, também podem estar envolvidos. Periféricamente, o sistema nervoso autônomo, especialmente o sistema nervoso simpático, medeia muitos dos sintomas. (15)

A tomografia por emissão de positrões (PET) demonstrou aumento do fluxo na região parahipocampal direita e redução da ligação ao recetor de serotonina tipo 1A no cíngulo anterior e posterior e na rafe de pacientes com PP. A ressonância magnética demonstrou menor volume do lobo temporal, apesar do volume normal do hipocampo nesses pacientes. (15)

As várias teorias psicológicas tentam explicar a ansiedade de diversas formas, podendo esta ser vista como um deslocamento de um conflito intrapsíquico, através dos modelos psicodinâmicos, até paradigmas de condicionamento, aprendidos ou através de modelos cognitivo-comportamentais. Muitas destas teorias explicam uma parte da perturbação. (15)

A teoria psicodinâmica explica a ansiedade como um conflito entre o id e o ego. Impulsos agressivos podem ser vivenciados como inaceitáveis, conduzindo a repressão. Os impulsos reprimidos podem romper a repressão, originando ansiedade. (1, 15)

A teoria cognitiva explica a ansiedade como a propensão para sobrevalorizar o potencial de perigo. Indivíduos com PA têm tendência para imaginar o pior cenário possível e evitar situações perigosas, como multidões, alturas ou interação social. (1, 15)

De acordo com a teoria cognitivo-comportamental, nas PA existem evidências de processamento seletivo de informações, sendo dada uma maior atenção a informações relacionadas com ameaça, distorções cognitivas, pensamentos automáticos negativos e percepção de diminuição do controle sobre estímulos internos e externos. (1)

Os estudos genéticos provam a evidência das teorias biológicas na PA. Sustentam as teorias biológicas, a existência estudos que revelam uma taxa de concordância em gémeos monozigóticos de pacientes com perturbações de pânico que chega a 80%. Também é sabido que cerca de 15-20% dos parentes de primeiro grau dos pacientes com perturbação de ansiedade apresentam eles próprios perturbações de ansiedade. (1, 16)

Um outro aspeto das teorias biológicas relaciona-se com os recetores benzodiazepínicos e a sua ampla distribuição no SNC. O GABA é o neurotransmissor inibitório mais prevalente no SNC. Uma alteração nos níveis de GABA pode levar a produção de ansiedade clínica. (1)

Numa perspetiva fisiológica, a ansiedade cursa com uma ativação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal condicionando sintomas autonómicos. As estruturas neuronais que participam nos estados de ansiedade incluem a amígdala, cujas fibras eferentes para o hipotálamo, *locus ceruleus* e substância cinzenta periaquedutal, desempenham um papel na regulação das manifestações centrais e periféricas da resposta à ansiedade. Fazem parte também áreas do córtex pré-frontal e giro anterior do cíngulo que exercem um efeito inibitório na amígdala. (1, 13)

O hipotálamo regula o funcionamento da hipófise que através da hormona adrenocorticotrófica (ACTH) estimula as glândulas suprarrenais a segregar glicocorticoides como cortisol, noradrenalina e adrenalina. Uma vez que as situações de ameaça habitualmente condicionam uma atividade vigorosa, a ativação do córtex da suprarrenal, assim como do sistema nervoso autónomo, ao

levarem à libertação de glicocorticoides, auxiliam a mobilizar as fontes de energia do organismo para enfrentarem uma situação de ameaça. (17)

No que se refere à etiologia da ansiedade, o sistema da serotonina encontra-se amplamente estudado, sendo a primeira linha de tratamento, substâncias serotoninérgicas como os SSRIs, SNRIs e azapironas como a buspirona. Investigação tem sido efetuada com o objetivo de desenvolver substâncias que atuem em vários recetores 5-HT, mimetizando os efeitos dos SSRIs, mas que apresentem um melhor perfil de efeitos colaterais. (18)

Dada a eficácia das benzodiazepinas, agonistas GABA-A, para o tratamento das PA, a investigação tem sido direcionada para identificar novos agentes ansiolíticos GABAérgicos. (18)

Os neuropeptídeos são pequenas proteínas que funcionam como moléculas de sinalização neuronal. Estes estão envolvidos em funções cerebrais, como analgesia, sistemas de recompensa, comportamentos sociais, aprendizagem e memória. Determinados neuropeptídeos como a oxitocina, a substância P, o neuropeptídeo Y (NPY), a arginina vasopressina (AVP) e a colecistocinina (CCK) apresentam função na modulação do medo e da ansiedade. (18, 19)

Perturbações de ansiedade

A ansiedade é uma emoção básica normal e essencial, sendo que a sua ausência colocaria em causa a sobrevivência. O aumento patológico da ansiedade pode estar presente tanto nas perturbações de ansiedade como também em muitos outros tipos de doença mental. Esta é considerada uma doença que requer tratamento quando surge na ausência de qualquer ameaça ou é desproporcional à mesma e impede o normal funcionamento da pessoa afetada. (13)

Os sintomas de ansiedade podem ser classificados em dois grupos: físicos e psicológicos. Em relação aos sintomas físicos consideramos os sintomas motores que incluem tremores, inquietação, contrações musculares, expressão facial de medo e os sintomas autonómicos e viscerais que incluem palpitações, taquicardia, sudorese, rubor, dispneia, hiperventilação, aperto no peito, boca seca, frequência e hesitação miccional, tonturas, diarreia e midríase. Os sintomas psicológicos englobam sintomas cognitivos, perceptivos e afetivos. Sintomas cognitivos incluem dificuldade de concentração, distratibilidade, hiperexcitação, pensamentos automáticos negativos. Os sintomas perceptivos incluem a desrealização e a despersonalização e os sintomas afetivos incluem sentimento de apreensão difuso, desagradável e vago, medo, incapacidade de relaxar, irritabilidade

e sensação de perigo iminente. Os sintomas psicológicos incluem ainda insónia inicial, aumento da sensibilidade ao ruído e resposta de sobressalto exagerada. (1)

Segundo definição da OMS, as perturbações de ansiedade referem-se a um grupo de distúrbios mentais caracterizados por sentimentos de ansiedade e medo, incluindo perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico, perturbações fóbicas, a fobia social, perturbação obsessiva-compulsiva e perturbação de stress pós-traumático. Os sintomas podem variar de ligeiros a graves e a duração dos sintomas tipicamente experimentados por pessoas com perturbações de ansiedade torna-a mais uma doença crónica do que episódica. (9)

As PA abarcam transtornos que têm em comum características de medo e ansiedade excessivos associadas a perturbações comportamentais. (20) Neste contexto, *medo* é a resposta emocional perante uma ameaça iminente real ou percebida e *ansiedade* é a antecipação de uma ameaça futura. (1, 11, 21)

As PA distinguem-se entre si pelos tipos de objetos ou situações que despoletam o medo, a ansiedade ou comportamento de evitamento, assim como na ideação cognitiva associada. (11, 20)

Nas PA, medo e ansiedade estão presentes de uma forma excessiva e persistente, geralmente por um período de pelo menos seis meses. (1, 11) A maioria das PA têm a sua origem na infância e se não forem tratadas tendem a persistir ao longo da vida. (11)

As PA tendem a ter um curso crónico e recidivante se tratadas de forma insuficiente com grande repercussão pessoal, social, ocupacional e conseqüente diminuição da qualidade de vida. Associam-se ainda a altos custos económicos devido ao uso repetido dos serviços de saúde e diminuição da produtividade do trabalho. (6, 8, 22-25)

Principais perturbações de ansiedade abordadas nos cuidados de saúde primários

As PA estão entre as perturbações psiquiátricas mais comuns, e como já referido, apresentam uma prevalência anual na população portuguesa de 16,5%, sendo a mais alta da Europa. (3) Segundo dados da Direção-Geral da Saúde (DGS), em Portugal, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), de 2011 a 2016 verificou-se um aumento do registo de pacientes com PA de 3,5% para 6,1%. (26)

Se os estudos epidemiológicos de prevalência de PA forem realizados nos utilizadores dos CSP, então esta aumenta para valores entre os 20 a 40%. (27)

Segundo o primeiro estudo epidemiológico nacional de saúde mental, comparando a percentagem de doentes com qualquer perturbação de ansiedade tratados pelos diferentes profissionais de saúde verifica-se que 22% são tratados a nível dos CSP e 16,7% são tratados a nível dos cuidados especializados de saúde mental. (3)

De acordo também com outros estudos constata-se que os adultos com PA recebem preferencialmente atendimento nos CSP. (4, 5)

Perturbação de ansiedade generalizada

A PAG caracteriza-se por ansiedade e preocupação constantes e exageradas relacionada com diversos aspetos da vida. (11, 16, 21, 28) Sintomas físicos como inquietação ou “nervos à flor da pele”, fadigabilidade, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono são típicos. (11, 21)

A PAG é uma patologia com maior prevalência nos países desenvolvidos. As mulheres têm uma prevalência duas vezes maiores do que os homens e a idade de apresentação segue uma distribuição bimodal afetando jovens no início dos 20 anos e entre os 30 e 40 anos. (6, 25) Antes da adolescência e nos idosos não é comum e a sintomatologia nos adultos jovens tende a ser mais grave. (6) Nos CSP a PAG pode representar mais de 50% de todas as perturbações de ansiedade. (22)

Perturbação de pânico

Na PP, o indivíduo vivencia ataques de pânico inesperados e frequentes e encontra-se constantemente apreensivo ou preocupado com a sua repetição ou alterações mal-adaptativas no seu comportamento resultantes dos ataques de pânico. O ataque é um surto de medo ou desconforto intenso, que alcança um pico em poucos minutos e no qual ocorrem alguns sintomas físicos como palpitação, taquicardia, sudorese e/ou cognitivos. (7, 11)

Os ataques de pânico surgem de forma paroxística e como resultam de uma ativação do sistema nervoso autónomo, manifestam-se através de sintomatologia exuberante. Estas podem mimetizar doenças cardíacas ou neurológicas, o que pode exacerbar a ansiedade e perturbar a qualidade de vida dos doentes. (11)

Alguns estudos indicam que, de entre as pessoas com PP que procuram os serviços de saúde, 32% fazem-no através do serviço de urgências, 26% através de um serviço de saúde mental e 35% procuram os CSP. (27) Outros estudos referem que 70-80% dos pacientes com PP usam os CPS para obter serviços de saúde mental. (29)

A PP com ou sem agorafobia está associada a uma diminuição da qualidade de vida das pessoas afetadas e aumento dos custos dos cuidados de saúde. Para a maioria dos pacientes com PP, o especialista de MGF é o primeiro contacto, e muitas das vezes é mesmo o único. (30)

As PP têm a sua idade de início habitual na idade adulta jovem e são cerca de duas vezes mais frequentes nas mulheres do que nos homens. (31)

Diagnóstico das perturbações da ansiedade nos cuidados de saúde primários

Para cada paciente com sintomas de ansiedade deve-se realizar um exame completo do estado mental, começando pela avaliação da aparência, o comportamento, a capacidade de cooperar na realização do exame, o nível de atividade, a qualidade do discurso, o humor e o afeto, os processos de pensamento e conteúdo, a percepção e o julgamento. Os pacientes podem apresentar sinais físicos de ansiedade, como sudorese das mãos, hiperventilação, inquietação e distratibilidade. O humor pode ser normal ou deprimido. A ideação suicida, embora incomum, deve ser avaliada questionando sobre pensamentos de morte, desejos de morrer, pensamentos de ferir a si mesmo ou planos para o fazer. A cognição normalmente está intacta, sem prejuízo na memória, linguagem ou fala. O discernimento e o julgamento estão normalmente intactos. (15)

Assim, qualquer paciente que se apresente com ansiedade aumentada patologicamente ou uma queixa de novo de sintomas físicos sugerindo uma PA deve fazer um exame físico e uma avaliação laboratorial para exclusão de doença não psiquiátrica. (13)

O diagnóstico de PA é apenas realizado quando os sintomas não são consequência dos efeitos fisiológicos do uso de uma substância/medicamento ou de outra condição médica ou não se enquadram noutra transtorno mental. (11)

Avaliação inicial dos pacientes com ansiedade

A gestão de pacientes que se apresentam com sintomas de ansiedade deve seguir as seguintes cinco etapas:

- Rastreio de ansiedade e sintomas relacionados
- Elaboração do diagnóstico diferencial
- Elaboração de diagnóstico definitivo - Identificação da ansiedade específica ou perturbação relacionada
- Tratamento farmacológico e/ou psicológico
- Realização do seguimento. (32)

O DSM-5 sugere a colocação das questões enumeradas na tabela I para identificação de sintomas relacionados com ansiedade:

Tabela I: Tipo de questões para identificação de sintomas relacionados com ansiedade

Durante as últimas duas semanas, quanto o incomodaram os seguintes problemas?

- Sentir nervosismo, ansiedade, assustado, preocupado ou no limite
- Sentir pânico ou medo
- Evitar situações que o deixam ansioso.

Adaptação de: DSM 5 – 5ª edição

Se são identificados sintomas de ansiedade, uma história clínica detalhada deverá ser elaborada tendo em consideração os pontos-chave seguidamente enumerados.

- Identificação dos sintomas: ansiedade, preocupação, inquietação e tensão excessivas e de difícil controlo, com repercussões a nível pessoal.
- Caracterização dos sintomas: intensidade, frequência, duração, cronologia, evolução, fatores de alívio ou agravamento.
- Identificação de sintomas somáticos associados: hiperatividade autonómica (palpitações, taquipneia, tonturas, sudorese), cefaleias, “sensação de cabeça vazia”, tensão muscular, cansaço fácil, dificuldade de concentração, distúrbios do sono e síndrome do intestino irritável.
- Identificação de fatores psicossociais desencadeantes de ansiedade: mudanças de vida, separação, luto, situações traumáticas passadas ou recentes.

- Exploração da esfera psicossocial: crenças, cognições, características de personalidade, expectativas, relacionamentos interpessoais

- Identificação de patologia médica ou psiquiátrica, hábitos etílicos, consumo de fármacos ou drogas ilícitas: exploração de antecedentes pessoais, realização de exame físico com revisão de sistemas e estudo laboratorial com hemograma, glicemia, função hepática, renal e tiroideia, perfil lipídico, ionograma, pesquisa de tóxicos na urina e eletrocardiograma. (6, 7)

A tabela II apresenta sugestões de perguntas para rastreio de ansiedade individual e perturbações relacionadas, retiradas de várias ferramentas validadas para esse fim. (32)

Tabela II: Perguntas de rastreio para perturbação de pânico e perturbações de ansiedade generalizada

<p>Perturbação de pânico</p> <ul style="list-style-type: none">• Tem episódios / ataques repentinos de medo intenso ou desconforto que são inesperados ou do nada? <p>Se respondeu “SIM”, continue</p> <ul style="list-style-type: none">• Já teve mais de um desses ataques?• A pior parte desses ataques costuma atingir o pico em alguns minutos?• Já teve um desses ataques e passou o mês seguinte ou mais vivendo com medo de ter outro ataque ou preocupando com as consequências do ataque?
<p>Perturbação de ansiedade generalizada</p> <ul style="list-style-type: none">• Durante as últimas 4 semanas, sentiu-se incomodado por estar preocupado, tenso ou ansioso a maior parte do tempo?• Frequentemente fica tenso, irritado e tem problemas para dormir?

Adaptação de: Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders

Identificação de fatores de risco

Para o desenvolvimento de PAG identificam-se como principais fatores de risco a história pessoal e familiar de perturbações de humor ou de ansiedade, ser do género feminino, baixo nível socio-educacional, portadores de doenças médicas crónicas, personalidade pré-mórbida suscetível e eventos de vida adversos como separação conjugal, desemprego, doença grave, luto, parentalidade adversa na infância. (6, 7, 14, 25)

Como principais fatores de risco para o desenvolvimento de PP identificam-se a história familiar de perturbações de ansiedade, depressão major, história de “períodos de medo”, ansiedade de separação na infância e o trauma físico e psicológico precoce que podem preceder o desenvolvimento posterior de PP. (11, 14)

Diagnóstico diferencial

Dentro dos transtornos psiquiátricos, as perturbações de ansiedade apresentam uma das mais longas listas de diagnósticos diferenciais. A distinção inicial entre ansiedade normal e patológica é crucial. O especialista em Medicina Geral e Familiar deve ter presente que na ansiedade normal não há um prejuízo do funcionamento psicossocial, sendo a pessoa capaz de gerir os acontecimentos stressantes de forma adequada. (6)

A exclusão de patologias médicas que se manifestam através de sintomatologia ansiosa, como patologia endócrina (feocromocitoma, hipertiroidismo ou hiperparatiroidismo), patologia cardiopulmonar (arritmias ou doenças pulmonares obstrutivas) ou patologia neurológica (epilepsia do lobo temporal ou acidentes isquémicos transitórios) é fundamental. Igualmente fundamental é a exclusão de perturbações psiquiátricas em que a ansiedade é um sintoma comum, de que são referência a perturbação de adaptação, a perturbação de ansiedade dirigidas a eventos específicos (Fobia Social e Específica), a perturbação obsessivo-compulsiva, a perturbação de stress pós-traumático, a perturbação bipolar e unipolar e as perturbações psicóticas. (1, 2, 7, 11)

O uso de substâncias como cafeína, salbutamol, levotiroxina, descongestionantes nasais, substâncias ilícitas ou a abstinência das mesmas substâncias podem provocar sintomas de ansiedade, e conseqüentemente, o seu uso deve ser excluído como causa. (1, 7, 11)

Tendo em consideração as principais guidelines internacionais e os Consensos Psiquiátricos do Manual Prático para Clínicos Gerais, Silva et al elaboraram um algoritmo de abordagem diagnóstica ao doente com suspeita de PA (Anexo 1) que pode auxiliar na sua identificação. (6)

Diagnóstico definitivo

A Tenth Revision of the International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) e a Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V), que é o principal texto de referência para a taxonomia das doenças mentais nos EUA, são os sistemas de classificação diagnóstica mais usados. Estes instrumentos deverão ser usados de forma a auxiliar o diagnóstico, mas tendo sempre em consideração a adaptação às especificidades individuais, uma vez que o quadro clínico pode não se apresentar da forma descrita nos referidos sistemas de classificação. (11, 33)

A PAG caracteriza-se por ansiedade e preocupação excessivas, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades como desempenho escolar ou profissional. Os critérios para o diagnóstico de PAG encontram-se enumeradas na tabela III. (11)

Tabela III: Critérios de diagnóstico de PAG pelo DSM V

Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).
O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.
A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses). <ol style="list-style-type: none">1. Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele.2. Fatigabilidade.3. Dificuldade de concentração ou “cabeça vazia”4. Irritabilidade.5. Tensão muscular.6. Perturbação do sono
A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Para um diagnóstico de perturbação de pânico, um paciente deve ter tido ataques de pânico inesperados e recorrentes. As características que definem ataque de pânico encontram-se enumeradas na tabela IV.

Tabela IV: Critérios de diagnóstico de ataque de pânico pelo DSM V

Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo intenso ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro ou mais dos seguintes 13 sintomas:

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

O ataque de pânico deverá ser seguido por pelo menos um mês de preocupação persistente ou preocupação com novos ataques ou suas conseqüências, ou uma mudança comportamental mal-adaptativa significativa relacionada a ataques. Os critérios de diagnóstico de PP encontram-se na tabela V. (11)

Tabela V: Critérios de diagnóstico de perturbação de pânico pelo DSM V

A pessoa experimentou ambos os seguintes:

- Ataques de pânico inesperados recorrentes
- Pelo menos um dos ataques foi seguido por pelo um mês de uma ou de ambas as seguintes características:

1. Apreensão ou preocupação persistente acerca de crises de pânico adicionais ou sobre suas consequências (p. ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, “enlouquecer”).
2. Uma mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionada aos ataques (p. ex., comportamentos que têm por finalidade evitar ter ataques de pânico, como a esquiva de exercícios ou situações desconhecidas).

Para um diagnóstico de agorafobia, o paciente deve ter medo intenso de pelo menos dois tipos diferentes de situações, com o medo resultante de pensamentos que escapar pode ser difícil ou a ajuda pode não estar disponível se sintomas de pânico ocorrerem. Os critérios de diagnóstico de agorofobia encontram-se na tabela VI. (11)

Tabela VI: Critérios de diagnóstico de agorafobia pelo DSM V

Medo ou ansiedade marcantes acerca de duas (ou mais) das cinco situações seguintes:

1. Uso de transporte público (ex. automóveis, autocarro, comboio, navios, aviões).
2. Permanecer em espaços abertos (ex. áreas de estacionamento, mercados, pontes).
3. Permanecer em locais fechados (ex. lojas, teatros, cinemas).
4. Permanecer numa fila ou ficar no meio de uma multidão.
5. Sair de casa sozinho.

O indivíduo tem medo ou evita essas situações devido a pensamentos de que pode ser difícil escapar ou de que o auxílio pode não estar disponível no caso de desenvolver sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores (ex. medo de cair nos idosos, medo de incontinência).

As situações agorafóbicas quase sempre provocam medo ou ansiedade.

As situações agorafóbicas são ativamente evitadas, requerem a presença de uma companhia ou são suportadas com intenso medo ou ansiedade.

O medo ou ansiedade é desproporcional ao perigo real apresentado pelas situações agorafóbicas e ao contexto sociocultural.

O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses.

O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

A agorafobia é diagnosticada independentemente da presença de PP. Se a apresentação de um indivíduo satisfaz os critérios para PP e agorafobia, ambos os diagnósticos devem ser efetuados.

Prognóstico

As PA têm altas taxas de comorbidade com depressão major e abuso de álcool e drogas. Estas taxas de comorbidade podem estar intimamente associadas com a morbidade e mortalidade das PA. Estes, por sua vez, também podem contribuir para a morbidade e mortalidade através de mecanismos neuroendócrinos e neuroimunes ou por estimulação neural direta, como é exemplo, a hipertensão ou arritmia cardíaca. Um risco aumentado de morbidade e mortalidade cardiovascular pode estar associado a ansiedade crónica. (15)

A PAG, quando diagnosticada em idades mais jovens está associada a maior comorbidade e a sintomatologia mais grave. (11)

As PP, se não tratadas, apresentam um curso crónico com oscilações. Alguns doentes têm surtos esporádicos após anos de remissão, outros podem experimentar sintomas graves de forma contínua e apenas uma minoria dos doentes tem remissão completa. (11)

Tratamento

O tratamento precoce tem uma influência muito relevante no prognóstico da maioria das perturbações mentais. Assim, o tempo que medeia entre o começo das perturbações psiquiátricas e o momento em que se inicia o seu tratamento é de grande importância. Segundo o estudo epidemiológico nacional de saúde mental, um ano após o começo da doença, em todos os tipos de perturbação mental, mais de metade dos doentes ainda não tinha tido qualquer tratamento. O intervalo que medeia entre o início dos sintomas e o tratamento médico para as perturbações de pânico é de 2 anos e de 3 anos nas perturbações de ansiedade generalizada. (3)

Estudos sugerem que uma abordagem terapêutica que combina farmacoterapia e psicoterapia pode ser mais eficaz no tratamento de pacientes com sintomas moderados a graves, assim como também na prevenção de recaídas. (7, 20)

A prática de exercício físico por 20 minutos, três vezes por semana, a 60% a 90% da frequência cardíaca máxima, assim como a prática de ioga, demonstraram ser eficazes na diminuição da ansiedade. (7) A prática de exercício físico tem um efeito ansiolítico e é terapêuticamente útil tanto a curto como a longo prazo.(13) Vários estudos mostram efeitos positivos do exercício nas PA,

sendo o impacto desses efeitos muito variável. Contudo, os benefícios gerais na saúde justificam a sua recomendação como intervenção adjuvante nas PA. (20, 28, 34)

Todos os pacientes devem receber educação sobre a sua patologia, eficácia e tolerabilidade das várias opções de tratamento, sem esquecer o tempo necessário para que o tratamento tenha efeito, fatores de agravamento e sinais de recidiva. (12, 32, 35)

A escolha do tratamento farmacológico e/ou psicológico deve ter em consideração a preferência do paciente e fatores como gravidade da doença, presença de comorbilidades, resposta a tratamentos prévios e experiência do médico. (12, 13, 32, 35)

Tratamento farmacológico

Inibidores seletivos da recaptção da serotonina (SSRIs) e inibidores de recaptção de serotonina e noradrenalina (SNRIs) são antidepressivos aprovados pela Food and Drug Administration para PP e PAG. Contudo, frequentemente, os fármacos não aprovados para um determinado fim são usados “off-label” na prática clínica. A União Europeia apresenta indicações de utilização mais amplas no que se refere aos SSRIs. (18)

Vários ensaios clínicos randomizados apoiam a eficácia dos SSRIs e SNRIs como tratamento de primeira linha para PP e PAG no tratamento das perturbações de ansiedade. (2, 16, 18, 19, 25)

Assim, o doente deve ser medicado com um antidepressivo em monoterapia da classe dos SSRIs ou dos SNRIs. (6, 35)

A duração recomendada do tratamento pode variar entre 1-2 anos ou mesmo mais. (17, 18, 32, 35) Estes fármacos, regra geral são bem tolerados, apresentando efeitos adversos de curta duração. (6, 18) Os efeitos adversos mais comuns são insónia, náuseas, cefaleias, aumento ponderal, tremor, boca seca, diarreia, obstipação e disfunção sexual. A disfunção sexual é o efeito adverso mais prolongado e problemático, podendo, contudo, ser acompanhado com tratamentos adjuvantes. (2, 6, 18) O aumento inicial de serotonina poderá despoletar ansiedade induzida por antidepressivos (“sintomas de ativação”), que poderá ser minimizada por titulação mais lenta ou através do uso adjuvante de benzodiazepinas na fase inicial do tratamento. (6, 13, 18)

Numa pequena percentagem de doentes com menos de 30 anos, os SSRIs e SNRIs associam-se a um aumento de risco de ideação suicídio, pelo que é recomendada uma vigilância semanal no primeiro mês de tratamento. (6, 35)

A DGS recomenda o tratamento preferencial com SSRIs, venlafaxina, duloxetine ou clomipramina nas perturbações de ansiedade como PAG e PP. (36)

A suspensão dos antidepressivos deve ser efetuada de forma gradual para evitar uma síndrome de privação. (2, 6, 35)

A buspirona é um agonista parcial de 5-HT_{1A} aprovado pela FDA para a ansiedade e é habitualmente usado como adjuvante com SSRIs ou SNRIs principalmente no tratamento da PAG. (6, 18). Não parece ser eficaz no tratamento das PP. (7) Uma revisão da Cochrane da buspirona para PAG concluiu que esta tem uma eficácia inferior comparativamente com benzodiazepinas e antidepressivos, para além de não ser tão bem tolerada e ser menos eficaz perante um uso prévio de benzodiazepinas. Dentro dos efeitos adversos mais comuns estão a náusea, tontura e cefaleia e menos habitual os distúrbios do movimento induzidos. (18)

Segundo a DGS a buspirona tem indicação específica no tratamento da PAG, não sendo recomendado o seu uso em outras PA. (37)

A bupropiona é um inibidor da recaptção da dopamina e noradrenalina que tem sido usada como adjuvante no tratamento da ansiedade com SSRIs com o objetivo de minimizar os efeitos na disfunção sexual, sendo escassa a investigação sobre a sua utilização em monoterapia. (18) Assim, a bupropiona não está aprovada para o tratamento de PAG ou PP. (7)

As benzodiazepinas são agonistas do recetor GABA-A e podem ser utilizadas num largo espectro de patologias. Estas estão entre as classes de medicamentos psiquiátricos mais amplamente prescritos no mundo e têm sido usadas no tratamento da ansiedade, apesar do crescente estigma da sua utilização na prática clínica. (18) As benzodiazepinas desempenham um papel importante no tratamento de algumas perturbações de ansiedade, contudo devido a tolerabilidade e risco de abuso são reservados para tratamento de segunda linha ou adjuvante. (6, 19)

Atualmente não são utilizadas em monoterapia de primeira linha nas PA, mas podem ser usadas por um curto período nas PP e PAG em conjunto com SSRIs e SNRIs. (18, 35). Segundo o National Institute for Health and Clinical Excellence as benzodiazepinas não devem ser prescritas para o tratamento de indivíduos com PP por estarem associadas a piores resultados a longo prazo. (35) Segundo a DGS o alprazolam poderá ser utilizado no tratamento a curto prazo da PP. (36)

Atenção especial deve ser dada no seu uso em crianças, pacientes geriátricos, pacientes com transtorno por uso de substâncias, especialmente os que usam opioides e/ou álcool, por serem depressores do sistema nervoso central. Por outro lado, o uso crónico de benzodiazepinas pode resultar na diminuição da eficácia dos antidepressivos. (18)

As benzodiazepinas têm a vantagem de um rápido início de ação, sendo interessante a sua administração conjunta com um SSRI ou SNRI, no início do tratamento, antes do início da eficácia dos segundos. (6, 19)

Não existem evidências fortes de que SSRIs e outros tratamentos de primeira linha sejam superiores ou mais bem tolerados do que as benzodiazepinas no tratamento das perturbações de ansiedade, em particular PAG, especialmente para tratamento de curto prazo, e possivelmente também além de 8 semanas. (18)

O propranolol é um antagonista beta-adrenérgico aprovado pela FDA para vários fins, embora não seja aprovado para qualquer patologia psiquiátrica. (18) Apesar da sua utilização não ser recomendada e da evidência da sua eficácia no tratamento da PAG ser mínimo, são frequentemente usados na abordagem inicial dos sintomas físicos da ansiedade. (6)

As evidências são limitadas para o uso de antipsicóticos no tratamento das PA, contudo a quetiapina parece ser eficaz para o tratamento da PAG. (7, 17) As recomendações vão no sentido de não prescrever antipsicóticos para o tratamento de PAG e PP nos CSP. (35)

Tratamento psicológico

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) mostrou-se eficaz para uma ampla variedade de transtornos de saúde mental, incluindo as perturbações de ansiedade, estando também associada a melhorias na qualidade de vida de pacientes com ansiedade. (7, 38-40) Tipicamente conceitualizada como um tratamento de curto prazo focado em habilidades que pretendem alterar as respostas emocionais mal-adaptativas, mudando os pensamentos, comportamentos ou ambos no paciente. (39, 40)

A TCC é o tipo de psicoterapia para o qual as evidências científicas são mais fortes para aplicação no tratamento de todos os tipos de PA. (2, 12, 13, 40) Vários estudos demonstraram a eficácia dos tratamentos psicológicos no formato individual e em grupo em pacientes com PAG e PP, embora as evidências não sejam tão fortes no que se refere ao tratamento em grupo. (2, 32)

A TCC pode usar o relaxamento aplicado, a terapia de exposição, a respiração, a reestruturação cognitiva ou a educação. A psicoterapia é considerada tão eficaz quanto o tratamento farmacológico no tratamento da PAG e PP. (7)

Ao longo dos anos, foram desenvolvidos variadíssimos protocolos para TCC dirigidos a pacientes com diferentes subtipos de perturbações de ansiedade, bem como aqueles com sintomas inespecíficos de ansiedade. (39)

A psicoterapia pode ser usada sozinha ou combinada com farmacoterapia como tratamento de primeira linha para PAG e PP, tendo em consideração a preferência do paciente. (7)

A TCC corresponde ao tratamento psicológico mais amplamente estudado com evidência que suporta a sua recomendação como opção de primeira linha no tratamento das PA. (6, 13)

A TCC, na sua componente cognitiva aplicada à PAG tem por objetivo combater as cognições disfuncionais, centradas na ansiedade antecipatória e subestimação das capacidades pessoais de enfrentar problemas. (6)

Para um processo bem-sucedido é necessário um completo envolvimento e motivação do paciente, sendo mesmo fundamental a verificação destes pré-requisitos, na seleção dos doentes para esta abordagem terapêutica. (6)

Numa vertente mais comportamental, uma abordagem estruturada que ajude o doente a desenvolver comportamentos mais adaptativos e a vivenciar experiências gratificantes, conduzindo à consciencialização de comportamentos que possam perpetuar os sintomas. (6)

A TCC aplicada à PP, através de estratégias que incluem terapia de exposição é considerado um método eficaz no tratamento desta patologia. (32, 41)

A exposição pode assumir variadíssimas formas desde imaginária, in vivo ou interoceptiva, sendo esta forma usada principalmente no tratamento da PP. Para as diferentes perturbações de ansiedade, as terapias de exposição apresentam formas semelhantes, com o conteúdo da exposição, que é específico para as características de cada paciente, a constituir a principal distinção entre terapias. A eficácia e efetividade da terapia de exposição estão bem demonstradas para PA, sendo que esta é considerada tratamento de referência para muitas formas de ansiedade patológica. (39)

O tratamento em ambulatório de pacientes com PP e agorafobia com terapia de exposição é mais eficaz quando realizado sob supervisão direta do que quando realizado pelo paciente sozinho de acordo com as instruções. (13)

O que pode o especialista em Medicina Geral e Familiar fazer pelo doente com ansiedade

Na avaliação de um doente com queixas de ansiedade, o especialista em MGF deve ser capaz de diagnosticar um quadro de ansiedade patológica e explicar ao doente a sua doença e sintomas. Fundamental também é fazer o diagnóstico diferencial e verificar a existência de comorbidades, particularmente depressão, abuso de substâncias e doenças orgânicas. Simultaneamente, avaliar o contexto psicossocial do doente e tentar identificar fatores responsáveis pela manutenção da ansiedade.

O especialista em MGF deve identificar as patologias que são tratadas no seu contexto e referenciar para a especialidade sempre que necessário.

Explicar as opções de tratamento e envolver o doente na elaboração do plano terapêutico é fundamental para a eficácia da abordagem.

No tratamento farmacológico da PAG, o doente deve ser medicado com um antidepressivo serotoninérgico em monoterapia. Os SSRIs como o escitalopram, a fluoxetina ou a sertralina ou um SNRI como a venlafaxina ou a duloxetina. No tratamento da PP os SSRIs são fármacos de primeira linha.

Pelo risco de dependência, as benzodiazepinas não devem ser prescritas por mais de 3 semanas. Uma benzodiazepina de longa ação como o diazepam poderá ser útil no contexto de episódios de exacerbação aguda e nas fases iniciais do tratamento antidepressivo, para controlo sintomático e para diminuir os sintomas de ativação.

O propranolol pode ser utilizado numa situação aguda para controlar os sintomas resultantes da hiperestimulação simpática.

Existem cada vez mais evidências que mostram que intervenções no estilo de vida são eficazes na gestão de pacientes com doença mental e nomeadamente nas PA. Estas permitem melhorar a saúde mental, a saúde física e a qualidade de vida com impacto na redução da diferença da esperança de vida entre pacientes com doença mental grave e a população em geral. Os especialistas em MGF desempenham um papel fundamental na iniciação e apoio aos pacientes na implementação destas medidas. (42)

As recomendações comuns de estilo de vida que podem reduzir os sintomas relacionados com ansiedade envolvem a identificação e remoção de possíveis desencadeantes como a cafeína, a

nicotina e o stresse. Melhorar a qualidade e a quantidade do sono e a atividade física também são essenciais. (7, 28, 42)

A formação dos especialistas em MGF em programas de estilo de vida pode levar a um aumento significativo na avaliação e gestão de fatores de risco aumentando as estratégias para a mudança de comportamento. (42)

Há evidência de que o coaching em saúde pode melhorar a confiança e capacidade de gestão pessoal das condições de saúde e auxiliar na adoção de escolhas de estilo de vida mais saudáveis. O termo “coaching em saúde” refere-se a um conjunto diversificado de intervenções de mudança de comportamento, como entrevistas motivacionais e intervenções breves, todas com o objetivo comum de ajudar as pessoas a definir objetivos e agir. (42)

A escuta empática e a educação são uma base importante no tratamento das PA. Através da psicoeducação consegue-se uma maneira rápida e fácil de ajudar os pacientes a entender os sintomas e simultaneamente fornecer informação para intervenções adicionais. (7, 43) O estabelecimento de uma aliança terapêutica entre o paciente e o médico é fundamental para avançar no tratamento e evitar os receios da intervenção. (7)

A terapia de relaxamento é uma outra forma de intervenção na ansiedade que pode ser abordada ao nível dos CSP, sendo considerada uma intervenção útil e eficaz para reduzir emoções negativas em pessoas com PA. (43-45) Habitualmente a terapia de relaxamento progride de técnicas mais longas, praticadas num ambiente calmo e sem distrações, para exercícios mais curtos que podem ser praticados em ambientes públicos sob inúmeras condições e que envolvem predominantemente o controlo respiratório. Dentro desta terapia, a técnica do relaxamento rápido tem por objetivo munir o paciente de uma competência prática e rápida (20-30 segundos) que pode ser aplicada numa variedade de situações. (45)

Tendo em consideração as limitações de tempo numa consulta de MGF, o ensino e a utilização desta técnica de relaxamento rápido pode ser uma alternativa viável e eficaz no controlo da ansiedade.

Acompanhamento

As orientações quanto ao acompanhamento do doente com ansiedade não são consensuais havendo referência a necessidade reavaliação do tratamento instituído a cada 2 a 4 semanas

durante os primeiros 3 meses de tratamento e, posteriormente, a cada 3 meses (35) e acompanhamento a intervalos de duas semanas durante as primeiras seis semanas e depois mensalmente. (32)

Um tratamento prolongado associa-se a melhoria sintomática contínua e a prevenção de recaídas. O tratamento e respetivo seguimento deve ser realizado por pelo menos 12 meses, podendo prolongar-se até aos 24 meses para alguns pacientes. (18, 32, 35)

Referenciação

Tanto a PAG como a PP devem ser preferencialmente tratadas nos CSP. A referenciação para os cuidados de saúde secundários deverá ser efetuada nas seguintes circunstâncias:

- Dificuldade ou incerteza no diagnóstico
- Apresentação atípica
- Má resposta ao tratamento - presença de níveis elevados de ansiedade, após mais de 12 semanas de tratamento farmacológico e/ou psicológico
- Existência de comorbidades médicas ou psiquiátricas (depressão major, dependência alcoólica e/ou abuso de substâncias)
- Presença de sintomas altamente incapacitantes na adaptação social e/ou ao trabalho
- Manifestação de ideação suicida (critério de referenciação urgente). (6, 7)

Conclusão

A prevalência das PA é elevada na população geral e se os estudos epidemiológicos de prevalência forem realizados nos utilizadores dos CSP, esta ainda mais elevada é. Sendo bem conhecido o impacto que as PA têm na qualidade de vida dos doentes, nas relações familiares e sociais com consequente uso recorrente dos serviços de saúde, sem que muitas vezes haja uma resposta adequada, torna-se fundamental mudar esta realidade.

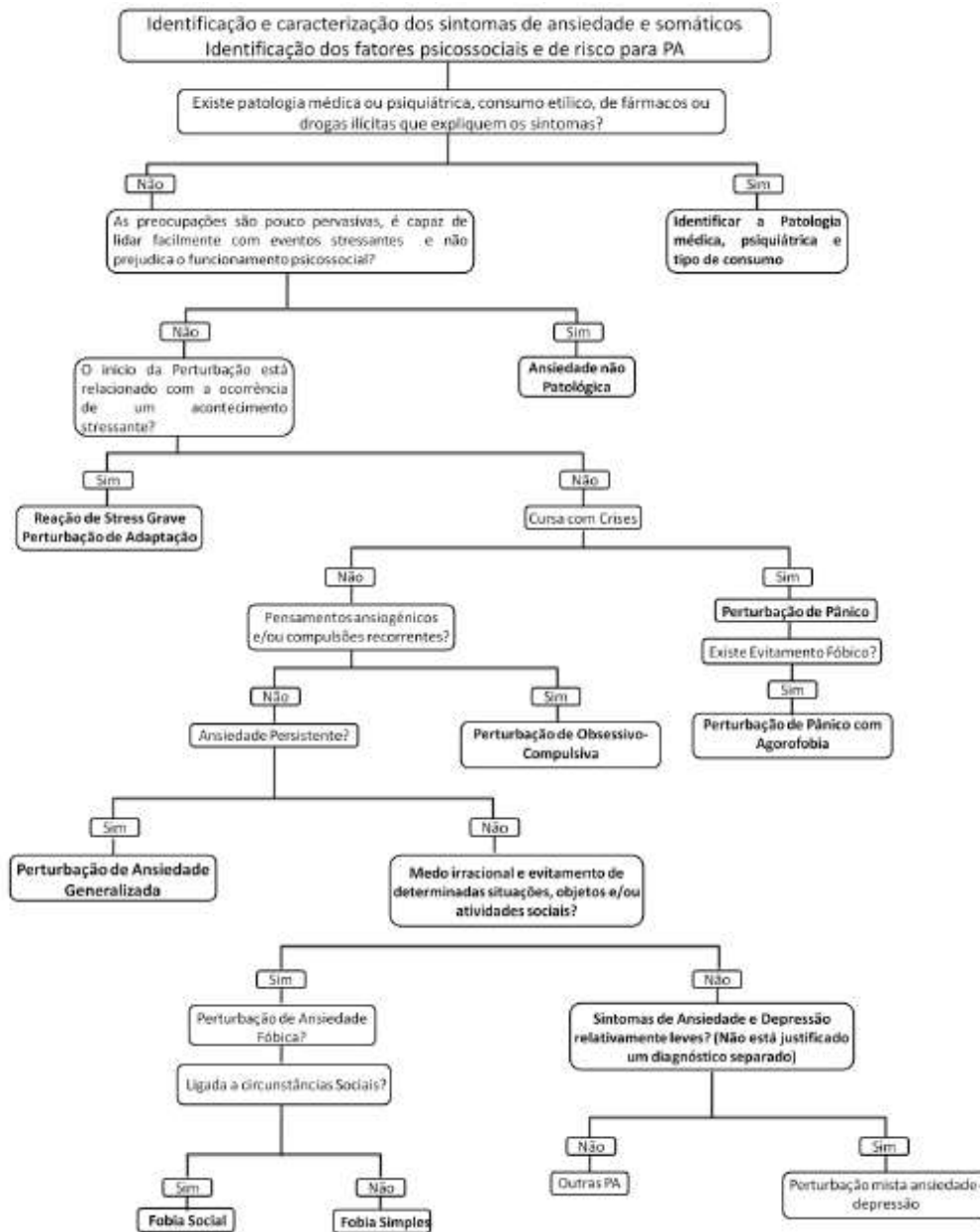
Com o objetivo de modificar o curso, muitas vezes crónico destas patologias, é essencial dotar os especialistas em MGF de ferramentas válidas, confiáveis, rápidas e fáceis de aplicar. Por outro lado, a sensibilização dos especialistas em MGF para as PA melhora a identificação da patologia, possibilitando a qualidade e celeridade do diagnóstico, assim como um tratamento adequado e atempado. Uma correta abordagem das PA melhora a qualidade de vida dos doentes, diminui a recidiva e reduz os gastos económicos, nomeadamente através do recurso exagerado a consultas nos CSP.

O médico de família, pela proximidade e relação empática com o doente e família, tendo conhecimento prévio do contexto psicossocial, encontra-se numa posição privilegiada para a abordagem das PA.

O tratamento das PA pode beneficiar com uma abordagem simultaneamente farmacológica e psicológica, nomeadamente através da TCC, mas para que tal funcione ao nível dos CSP seria importante dotar este serviço com mais profissionais na área da Psicologia. Também um reforço do número de especialistas em MGF nos CSP em muito contribuiria para um diagnóstico e tratamento atempados.

Sempre que aplicável o especialista em MGF deverá referenciar o doente para os cuidados de saúde secundários.

ANEXO 1: Abordagem diagnóstica ao doente com suspeita de Perturbação de Ansiedade (6)



BIBLIOGRAFIA

1. Ahuja N. A Shorte Textbook of Psychiatry 7th edition. New Delhi: Jaypee. ed2011.
2. Bandelow B, Werner AM, Kopp I, Rudolf S, Wiltink J, Beutel ME. The German Guidelines for the treatment of anxiety disorders: first revision. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2021;1-12.
3. Caldas de Almeida JMC, & Xavier, M. . Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º Relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. 2013.
4. Muntingh AD, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk HW, Spinhoven P, van Balkom AJ. Collaborative care for anxiety disorders in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract*. 2016;17:62.
5. Barnes MC, Kessler D, Archer C, Wiles N. Prioritising physical and psychological symptoms: what are the barriers and facilitators to the discussion of anxiety in the primary care consultation? *BMC Fam Pract*. 2019;20(1):106.
6. Silva C TD, Martins S. Abordagem da Perturbação de Ansiedade Generalizada nos Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação*. 2016;20-24.
7. Locke AB, Kirst N, Shultz CG. Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *Am Fam Physician*. 2015;91(9):617-24.
8. Parker EL, Banfield M, Fassnacht DB, Hatfield T, Kyrios M. Contemporary treatment of anxiety in primary care: a systematic review and meta-analysis of outcomes in countries with universal healthcare. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):92.
9. Organization WH. Depression and Other Common Mental Disorders - Global Health Estimates. 2017.
10. Schiele MA, Domschke K. Epigenetics at the crossroads between genes, environment and resilience in anxiety disorders. *Genes Brain Behav*. 2018;17(3):e12423.
11. Association. AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. . 5th ed Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013;xliv, 947 p. p.
12. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):93-107.
13. Ströhle A, Gensichen J, Domschke K. The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Dtsch Arztebl Int*. 2018;155(37):611-20.
14. Fullana MA, Tortella-Feliu M, Fernández de la Cruz L, Chamorro J, Pérez-Vigil A, Ioannidis JPA, et al. Risk and protective factors for anxiety and obsessive-compulsive disorders: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychol Med*. 2020;50(8):1300-15.
15. Bhatt NV. Anxiety Disorders. Medscape. 2019.
16. Gottschalk MG, Domschke K. Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):159-68.
17. Maron E, Nutt D. Biological markers of generalized anxiety disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):147-58.
18. Garakani A, Murrough JW, Freire RC, Thom RP, Larkin K, Buono FD, et al. Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options. *Front Psychiatry*. 2020;11:595584.
19. Murrough JW, Yaqubi S, Sayed S, Charney DS. Emerging drugs for the treatment of anxiety. *Expert Opin Emerg Drugs*. 2015;20(3):393-406.
20. Kandola A, Vancampfort D, Herring M, Rebar A, Hallgren M, Firth J, et al. Moving to Beat Anxiety: Epidemiology and Therapeutic Issues with Physical Activity for Anxiety. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(8):63.
21. Iani L, Quinto RM, Lauriola M, Crosta ML, Pozzi G. Psychological well-being and distress in patients with generalized anxiety disorder: The roles of positive and negative functioning. *PLoS One*. 2019;14(11):e0225646.

22. Hurtado MM, Noguerras EV, Cantero N, Gálvez L, García-Herrera JM, Morales-Asencio JM. Development of a guideline for the treatment of generalized anxiety disorder with the ADAPTE method. *Int J Qual Health Care*. 2020;32(6):356-63.
23. Slee A, Nazareth I, Freemantle N, Horsfall L. Trends in generalised anxiety disorders and symptoms in primary care: UK population-based cohort study. *Br J Psychiatry*. 2021;218(3):158-64.
24. Struijs SY, de Jong PJ, Jeronimus BF, van der Does W, Riese H, Spinhoven P. Psychological risk factors and the course of depression and anxiety disorders: A review of 15 years NESDA research. *J Affect Disord*. 2021;295:1347-59.
25. Newman MG, Llera SJ, Erickson TM, Przeworski A, Castonguay LG. Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:275-97.
26. DGS. Programa Nacional para a Saúde Mental. DGS. 2017.
27. Guideline Development Group on Treatment of Patients with Anxiety Disorders in Primary Care: National Plan for the NHS of the MSC. Clinical Practice Guideline for Treatment of Patients with Anxiety Disorders in Primary Care. Health technology Assessment Unit Laín Entralgo Agency Community of Madrid; Clinical Practice Guidelines in the NHS. 2008;UETS N° 2006/10.
28. Tomlinson-Perez S, Machaczek KK, Firth J, Pollard N, Meda G, Keddie E, et al. Evaluation of the uptake, retention and effectiveness of exercise referral schemes for the management of mental health conditions in primary care: a systematic review. *BMC Public Health*. 2022;22(1):249.
29. Tilli V, Suominen K, Karlsson H. Panic disorder in primary care: comorbid psychiatric disorders and their persistence. *Scand J Prim Health Care*. 2012;30(4):247-53.
30. Gensichen J, Hiller TS, Breitbart J, Brettschneider C, Teismann T, Schumacher U, et al. Panic Disorder in Primary Care. *Dtsch Arztebl Int*. 2019;116(10):159-66.
31. Lijster JM, Dierckx B, Utens EM, Verhulst FC, Zieldorff C, Dieleman GC, et al. The Age of Onset of Anxiety Disorders. *Can J Psychiatry*. 2017;62(4):237-46.
32. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14 Suppl 1(Suppl 1):S1.
33. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization. 1993. .
34. Saeed SA, Cunningham K, Bloch RM. Depression and Anxiety Disorders: Benefits of Exercise, Yoga, and Meditation. *Am Fam Physician*. 2019;99(10):620-7.
35. National Institute for Health and Clinical Excellence. Generalised anxiety disorder in adults. 'Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: management in primary, secondary and community care' Manchester, England: NICE; 2011, amended 2020.
36. DGS. Tratamento Sintomático da Ansiedade e Insónia com Benzodiazepinas e Fármacos Análogos. DGS. 2015.
37. DGS. Abordagem Terapêutica da Ansiedade e Insónia. DGS. 2011.
38. Curth NK, Brinck-Claussen U, Davidsen AS, Lau ME, Lundsteen M, Mikkelsen JH, et al. Collaborative care for panic disorder, generalised anxiety disorder and social phobia in general practice: study protocol for three cluster-randomised, superiority trials. *Trials*. 2017;18(1):382.
39. Kaczurkin AN, Foa EB. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(3):337-46.
40. Roy A, Hoge EA, Abrante P, Druker S, Liu T, Brewer JA. Clinical Efficacy and Psychological Mechanisms of an App-Based Digital Therapeutic for Generalized Anxiety Disorder: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2021;23(12):e26987.

41. Lukaschek K, Hiller TS, Schumacher U, Teismann T, Breitbart J, Brettschneider C, et al. Symptom trajectories in patients with panic disorder in a primary care intervention: Results from a randomized controlled trial (PARADISE). *Sci Rep.* 2019;9(1):7170.
42. Manger S. Lifestyle interventions for mental health. *Aust J Gen Pract.* 2019;48(10):670-3.
43. Shepardson RL, Minnick MR, Funderburk JS. Anxiety interventions delivered in primary care behavioral health routine clinical practice. *Fam Syst Health.* 2020;38(2):193-9.
44. Kim HS, Kim EJ. Effects of Relaxation Therapy on Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs.* 2018;32(2):278-84.
45. Hayes-Skelton SA, Roemer L, Orsillo SM, Borkovec TD. A contemporary view of applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Cogn Behav Ther.* 2013;42(4):292-302.