MANAGEMENT OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER IN PRIMARY HEALTH CARE

MANEJO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ana Paula Tussi Leite
Wyllians Vendramini Borelli
Matheus Dorigatti Soldatelli
Carmen Vera Giacobbo Daudt

UNITERMOS

TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA, ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, MANEJO.

KEYWORDS

GENERALIZED ANXIETY DISORDER, PRIMARY CARE, MANAGEMENT.

SUMÁRIO

O transtorno de ansiedade generalizada é um transtorno mental prevalente, responsável por um considerável impacto negativo na vida das pessoas. Sendo assim, é impotante que seja identificado e tratado corretamente. O objetivo deste artigo é fazer uma revisão sobre o manejo do transtorno de ansiedade gereralizada.

SUMMARY

The generalized anxiety disorder is a prevalent mental disorder, accounting for a significant adverse impact on people's lives. Therefore, it is important that is identified and handled correctly. The purpose of this article is to review on the management of generalized anxiety disorder.

INTRODUÇÃO

A ansiedade é uma emoção que representa um sinal de alerta para situações identificadas como de perigo pelo indivíduo e é caracterizada pela presença de sintomas físicos, acompanhados, geralmente, por pensamentos catastróficos e associados a modificações de comportamento. Em muitas

ocasiões, constitui-se um mecanismo evolutivo, de forma que certo grau de ansiedade é esperado. Pode, no entanto, ser caracterizada como um transtorno mental quando se torna uma emoção desagradável e incômoda, que surge sem um estímulo externo apropriado ou proporcional. Nesses casos, intensidade, duração ou frequência são desproporcionais, causam sofrimento ao sujeito e estão associadas a prejuízo no desempenho social ou profissional[1,2].

O *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* – 4ª Edição Revisada[3] classifica os transtornos de ansiedade em transtorno de pânico (TP) com ou sem agorafobia, agorafobia sem TP (AG), fobias específicas (FE), transtorno de ansiedade social (TAS) ou fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtorno de estresse agudo (TEA) e transtorno de ansiedade generalizada (TAG)[1]. O presente artigo abordará especificamente o manejo do TAG.

Diagnóstico de TAG

No transtorno de ansiedade generalizada, as manifestações de ansiedade oscilam ao longo do tempo, mas não ocorrem na forma de ataques, nem se relacionam com situações determinadas. Estão presentes na maioria dos dias e por longos períodos, de muitos meses ou anos. O sintoma principal é a expectativa apreensiva ou preocupação exagerada, mórbida. A pessoa está a maior parte do tempo preocupada em excesso. Além disso, sofre de sintomas como inquietude, cansaço, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular, insônia e sudorese. O início do transtorno de ansiedade generalizada é insidioso e precoce. Os pacientes informam que sempre foram "nervosos", "tensos". A evolução se dá no sentido da cronicidade[4]. Ver Quadro 1.

Quadro 1 - Critérios diagnósticos simplificados do DSM-IV para Transtorno de ansiedade generalizada (TAG):

A)	Ansiedade e preocupações excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias pelo mínimo de seis meses.
B)	O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.
C)	A ansiedade e a preocupação estão associadas a três ou mais dos seguintes seis sintomas: (1) Inquietação; (2) fatigabilidade; (3) dificuldade em concentrar-se ou sensações de branco na mente; (4) irritabilidade; (5) tensão muscular; (6) alteração no sono.
D)	O foco da ansiedade ou preocupação não está restrito a aspectos específicos de um transtorno do eixo I (transtornos clínicos).

Quadro adaptado do livro Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4ª ed.

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico diferencial deve ser orientado por sintomas. É necessário afastar a possibilidade de que os sintomas sejam provenientes de um problema

clínico. A **Tabela 1** contém uma lista de doenças clínicas e exames que ajudam na diferenciação[1].

Deve-se, também, afastar a possibilidade de que o quadro seja devido a um efeito adverso de algum medicamento. A retirada ou abstinência de drogas (álcool, cocaína, anfetaminas) ou mesmo de alguns psicofármacos, pode produzir sintomas semelhantes aos de um quadro de ansiedade. Os principais fármacos que podem causar sintomas de ansiedade estão apresentados no Quadro 2[1].

TABELA 1 - Condições médicas e exames complementares correspondentes.

Condição Médica	Investigação Inicial Recomendada
Cardiovascular: síndromes coronarianas agudas, insuficiência cardíaca, arritmias	Eletrocardiograma (especialmente com pacientes com mais de 40 anos com palpitações ou dor torácica).
Pulmonar: asma, doença pulmonar obstrutiva crônica	Teste de função pulmonar, radiografia de tórax
Endócrina: disfunção tireoidiana, hiperparatireoidismo, hipoglicemia, menopausa, doença de Cushing, insulinoma, feocromocitoma	Hormônio estimulante da tireoide (TSH), eletrólitos
Hematológica: anemia	Hemograma
Neurológica: epilepsia, encefalopatia, tremor essencial	Eletroencefalograma, Ressonância Magnética
Abuso de substâncias	Exame toxicológico de urina

Tabela adaptada do livro Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4ª ed.

Quadro 2 - Fármacos que podem causar sintomas de ansiedade.

Corticóides	Antihistamínicos
Anticonvulsivantes: carbamazepina	Bloqueador de Canal de Cálcio
Antimicrobianos: cefalosporinas	Antidepressivos: ISRS, ADT
Broncodilatadores	Insulina (associado à hipoglicemia)
Tiroxinas	Indometacina
Dopaminérgicos: amantadina, bromocriptina, levodopa, metoclopramida, antipsicóticos	Anticolinérgicos: meperidina, oxibutinina
Simpaticomiméticos: efedrina, adrenalina, pseudofedrina	Estimulantes: cafeína, anfetamina, aminofilina, cocaína, teofilina, metilfenidato
Digitálicos	Descontinuação de barbitúricos, benzodiazepínicos, narcóticos, álcool e sedativos

Quadro adaptado do livro Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4ª ed.

Abordagem Terapêutica

O tratamento dos transtornos de ansiedade pode ser realizado com psicofármacos, psicoterapias associadas a medidas não farmacológicas e tratamento combinado com psicofármacos e psicoterapias.

A definição das opções de tratamento leva em conta espectro de ação, segurança e tolerabilidade. Dentre os psicofármacos de primeira linha de tratamento estão os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) e os inibidores da recaptação da serotonina e da noradrenalina (IRSN).

Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram): em função do baixo perfil de efeitos adversos, da segurança em altas dosagens (em pacientes com risco de suicídio) e da considerável eficácia, são atualmente os fármacos de primeira escolha no tratamento de qualquer um dos transtornos de ansiedade. Seu início de ação pode demorar até 2 a 6 semanas para ocorrer. Devem ser iniciados em doses baixas, para que não ocorra aumento de ansiedade, e aumentados gradualmente no decorrer do tratamento. A retirada também deve ser gradual, para evitar sintomas de abstinência, sobretudo com as medicações de meia-vida mais curta. Nas primeiras semanas, pode-se pensar em associar um benzodiazepínico para reduzir os sintomas de ansiedade provocados pelo fármaco em indivíduos sem história de abuso e com muitos sintomas físicos[1].

Inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina (duloxetina, venlafaxina e desvenlafaxina): nas doses convencionais, são usados no tratamento de vários transtornos de ansiedade. A venfalaxina é bastante similar aos ISRS quanto ao tempo de início de ação. É relativamente segura em superdosagem e apresenta perfil de efeitos adversos favoráveis. A retirada também deve ser gradual (25mg/dia durante 1 a 2 semanas)[1].

Os fármacos de segunda linha de tratamento são os antidepressivos tricíclicos (ADT) (amitriptilina, imipramina, clomipramina, nortriptilina) e os benzodiazepínicos (BZD) (clonazepam, alprazolam, diazepam, lorazepam, bromazepam). Tais medicações são efetivas na redução de sintomas de ansiedade, sobretudo a curto prazo. Os BZD, em geral, são usados como adjuvantes dos ISRS, IRSN ou ADT. A monoterapia a longo prazo de BZD não é recomendada[1].

As doses recomendadas dos psicofármacos no manejo de TAG, estão listadas na Tabela 3.

Dentre as formas de psicoterapia para os transtornos de ansiedade, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é a que apresenta maiores evidências. Essa psicoterapia visa corrigir os pensamentos automáticos catastróficos, as crenças errôneas, a percepção distorcida das relações fisiológicas, a atenção excessiva e hipervigilância para a possível presença dos objetos e situações fóbicas e para as sensações corporais. Podem ser usadas, também, técnicas para

enfrentar a ansiedade, como a respiração diafragmática e o relaxamento muscular, avaliadas como efetivas em alguns transtornos[1].

Não há evidências de que o tratamento combinado de TCC com medicações ofereça vantagens adicionais à monoterapia utilizando uma ou outra modalidade isoladamente. No entanto, essa estratégia pode ser uma boa alternativa, especialmente para casos resistentes ao tratamento[1].

Encaminhamento ao Especialista em Saúde Mental

Antes de encaminhar o paciente ao especialista em saúde mental, é importante verificar se o paciente não respondeu ao tratamento, mesmo tendo seguido as recomendações de aumento gradual da dose, atingido a dose máxima utilizada e aguardado o tempo de efeito das medicações.

Quando encaminhar:

- Paciente refratário a duas alternativas terapêuticas prévias;
- Transtornos crônicos graves, com alto grau de prejuízo e incapacidade, muitos comportamentos evitativos e agorafobia que não responde a psicofármacos e que claramente exigem terapia comportamental ou TCC (se não disponíveis na unidade de APS).
- Ideação suicida persistente [1].

Tabela 3 - Principais drogas utilizadas no tratamento do transtorno de ansiedade patológica:

Droga	Dose inicial	Dose máxima
Alprazolam	0.25 a 0.5mg, 2 a 3 vezes/dia	4.5mg/dia
Buspirona	5 a 10mg, 2 a 3 vezes/dia	60mg/dia
Citalopram	20mg	40mg
Clomipramina	25mg	300mg
Clonazepam	0.5mg, 1 a 2 vezes/dia	4 a 6mg/dia
Diazepam	5 a 10mg/dia	20 a 30mg/dia
Escitalopram	10mg	20mg
Fluoxetina	20mg	80mg
Fluvoxamina	100mg	300mg
Paroxetina	20mg	60mg
Sertralina	50mg	200mg
Venlafaxina	75mg	225 a 375mg

Tabela adaptada de Mansur, CG. Psiquiatria para o Médico Generalista. Porto Alegre: Artmed; 2013.

Seguimento do Tratamento

Quando iniciado tratamento medicamentoso, sugere-se que o paciente seja visto novamente na semana subsequente para avaliar adesão e na 4ª semana para verificar resposta terapêutica. Se houver remissão, o paciente poderá ser avaliado nas 8ª e 12ª semanas e, depois da estabilização, a cada dois meses. Quando um novo tratamento for isntituído, a reavaliação deverá ser feita a cada duas semanas[1].

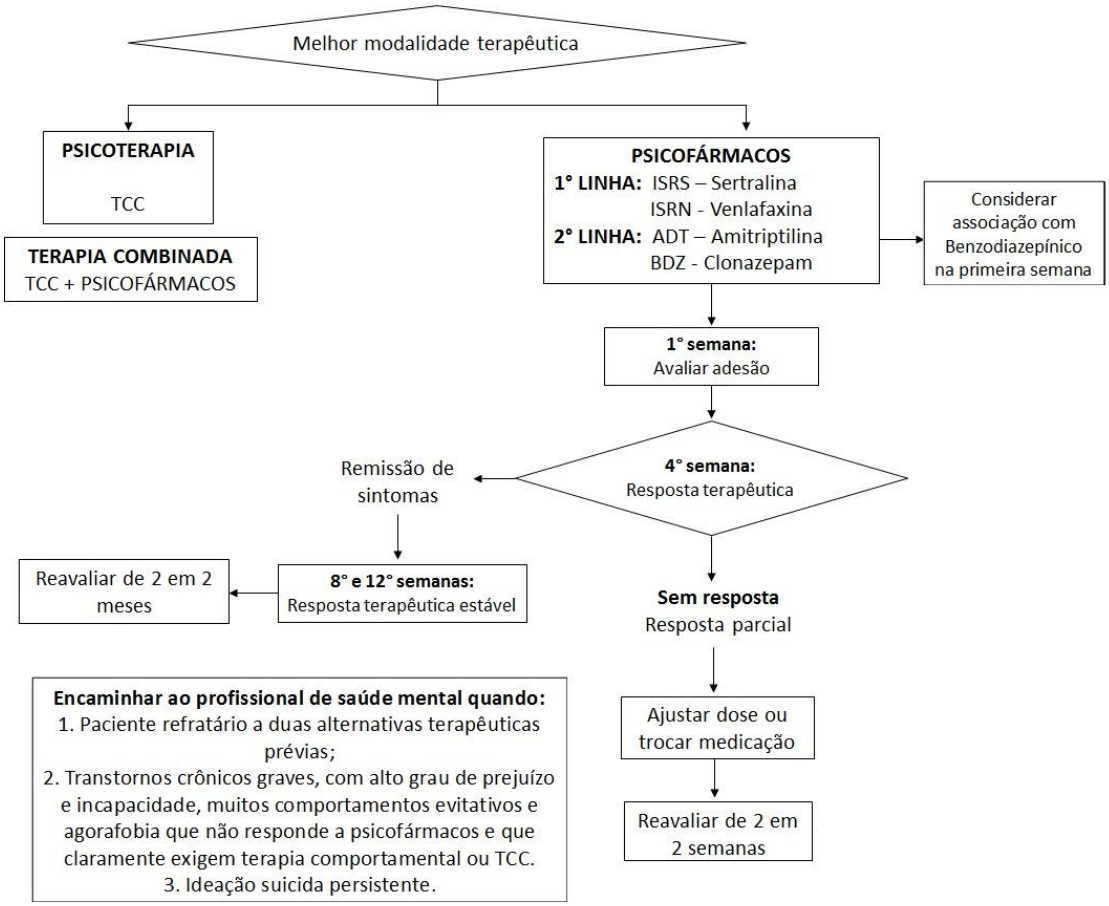

Figura 1 - Fluxograma de abordagem terapêutica do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).

CONCLUSÃO

O TAG afeta boa parte da população em algum momento da vida e traz diversos prejuízos tanto sociais, quanto profissionais para o indivíduo. É, portanto, de extrema importância que o médico generalista seja capaz de realizar um diagnóstico precoce e uma intervenção adequada a fim de melhorar o prognóstico do seu paciente.

REFERÊNCIAS

1. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013

2. Ballester D, Fortes S, Chazan LF, Tófoli LF, Nunes M, Fürst MC, Scalco F, Scalco R. Os transtornos de ansiedade na prática do médico de família. Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Mod.2 ciclo1. Porto Alegre: Artmed; 2006
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
4. Associação Brasileira de Psiquiatria. Transtornos de Ansiedade: Diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes. Associação Brasileira de Psiquiatria; 2008.
5. Mansur CG. Psiquiatria para o médico generalista. Porto Alegre: Artmed; 2013