

Guia breve de diagnóstico e tratamento: Ansiedade e depressão em atenção primária

Introdução aos Transtornos Psiquiátricos

Os transtornos psiquiátricos, embora não sejam uma das principais causas de morte, representam um grupo de doenças altamente prevalentes, que afetam entre 20 e 30% da população.¹ Além disso, é um dos grupos de doenças que mais incapacitam e deterioram a qualidade de vida das pessoas devido ao seu caráter crônico e recorrente, ao mesmo tempo que geram elevados custos com a saúde.² Alguns dos dados que sabemos sobre o assunto são os seguintes:

Impacto na deficiência e na qualidade de vida

De acordo com a Organização Mundial da Saúde,³ das dez principais causas de incapacidade no mundo, metade são transtornos mentais. A depressão é a primeira dessas causas e representa 10,7% de todos os anos de incapacidade gerados por todas as condições (**Tabela 1**). Além disso, a qualidade de vida, apesar da complexidade desse construto e da dificuldade de quantificação em pacientes psiquiátricos, encontra-se bastante alterada nesse grupo de doenças.⁴

Na América Latina e no Caribe, os problemas de saúde mental, incluindo o uso de substâncias psicoativas, representam mais de um terço da incapacidade total na região. Além dos transtornos depressivos

ISSN: 0186-4866

Recebido: 20 de Junho de 2022

Aceito: 20 de Julho de 2022

Correspondência

equipemedica@mpgrupo.com.br

Este artigo deve ser citado como:

Guia breve de diagnóstico e tratamento: Ansiedade e depressão em atenção primária. Med Int Méx. 2022; 38 (Supl. 1): S91-S102.

que lideram a lista, os transtornos de ansiedade surgem como segunda maior causa de incapacidade na região. Apesar disso, o investimento destinado à saúde mental é baixo nos países e, principalmente em países de baixa renda, grande parte desse investimento se destina a hospitais psiquiátricos.⁵

Impacto econômico

Gastos com transtornos mentais são aproximadamente 3% dos gastos de saúde dos países globalmente.⁵ No Brasil, apenas 2% dos gastos totais de saúde são direcionados ao tratamento dos transtornos mentais.⁵ Como exemplo, um estudo realizado pela Sociedade Espanhola de Psiquiatria quantificou o custo total anual dos transtornos mentais e doenças neurológicas na Espanha em 84 bilhões de euros,⁶ com a distribuição apresentada na **Tabela 2**. De acordo com a estimativa efetuada, o custo mais elevado é para o grupo dos transtornos mentais (46 bilhões de euros) face às enfermidades neurológicas (38 bilhões de euros).

Tabela 2. Distribuição do custo total dos transtornos mentais na Espanha

Custos directos de saúde	41%
Custos directos (não médicos)	12%
Custos indirectos	47%

Fonte: Adaptado de Parés-Badell et al., 2014.⁶

(1) custos diretos de assistência médica, incluindo assistência hospitalar, assistência ambulatorial, medicamentos, procedimentos médicos e custos de dispositivos; (2) custos diretos não médicos compreendem cuidados informais, custos de adaptação e custos de transporte; e (3) os custos indiretos restringiram-se às ausências permanentes ou temporárias do trabalho e à aposentadoria antecipada. Custos indiretos devido à mortalidade prematura, custos intangíveis e custos do crime foram excluídos devido à falta de dados ou métodos valiosos.

Todos os modelos ocidentais de saúde mental foram baseados na chamada “psiquiatria comunitária” que consiste - com importantes variações nas concepções teóricas e estratégias de desenvolvimento - na mudança dos cuidados do hospital psiquiátrico para a comunidade. No entanto esse processo tem apresentado déficits e limitações importantes em todos os países em

Tabela 1. Principais doenças que causam incapacidade no mundo

Causas de incapacidade	Anos de incapacidade (em milhões)	% sobre o total
<i>Transtorno depressivo maior</i>	50.8	10.7
Anemia ferropriva	22.0	4.7
Quedas	22.0	4.6
<i>Abuso de álcool</i>	15.8	3.3
DPOC	14.7	3.1
Transtorno bipolar	14.1	3.0
Anomalias Congênitas	13.5	2.9
Osteoartrite	13.3	2.8
<i>Esquizofrenia</i>	12.1	2.6
<i>Transtorno obsessivo-compulsivo</i>	10.2	2.2

Fonte: Adaptado de WHO, 1996.³

* Em itálico, causas de incapacidade de origem psiquiátrica.
DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica.

que foi desenvolvido,⁷ sendo que esta discussão foge aos objetivos do presente texto. Um dos elementos-chave da psiquiatria comunitária é a transferência do tratamento para transtornos mentais leves (transtornos de ansiedade, transtornos depressivos e transtornos de adaptação) dos serviços de saúde mental para a atenção primária (AP). O motivo é evidente: a partir do trabalho de Goldberg e Huxley^{8,9} sabe-se que a prevalência de transtornos psiquiátricos leves na comunidade é tão alta que nenhum país no mundo, por mais desenvolvido que seja, terá recursos financeiros suficientes para que esses pacientes sejam atendidos por especialistas em psicologia e psiquiatria, sendo necessário utilizar níveis e filtros para o atendimento na AP (**Figura 1**).



Figura 1. Filtros para atendimento de transtornos mentais na saúde.

Para exemplificar, sabe-se que entre um quarto e um terço dos pacientes que vão ao médico de família apresentam algum transtorno psiquiátrico, porém 70-90% apresentam transtornos leves (como transtornos depressivos, de ansiedade e de adaptação), embora produzam um grande sofrimento para os pacientes e enormes custos para o sistema de saúde.^{10,11} Destes, os generalistas identificam, em alguns casos, apenas 10% dos transtornos mentais.¹¹ Aliado a isso, temos sempre um percentual de pacientes que relutaria ser atendido em serviços de saúde mental por preconceitos, acessibilidade ou outras circunstâncias.¹¹

Portanto, por mais que se ampliem os serviços especializados em saúde mental, até mesmo dobrando ou triplicando, muitos pacientes ainda recorrerão à atenção primária para atendimento. Fica a pergunta: quantos podem ser atendidos na atenção primária?

Conseqüentemente, é necessário que boa parte desses transtornos psiquiátricos leves sejam atendidos em AP por médicos de família, generalistas e até por enfermeiros treinados em técnicas psicológicas simples. Portanto, o tratamento adequado de pacientes com ansiedade e depressão em AP é um fator fundamental nos serviços de saúde.¹¹ Este artigo tem como objetivo ajudar os médicos a gerenciar melhor algumas dessas condições.

Transtorno de Ansiedade Generalizada

A ansiedade é um elemento central na psicopatologia do transtorno de ansiedade generalizada (TAG), porém ela também está presente na maioria dos transtornos psicológicos e psicossomáticos; mais de 15% da população irá apresentar um transtorno de ansiedade durante a vida. Todavia, a ansiedade nem sempre pode ser considerada como algo patológico, uma vez que todos nós a experimentamos como uma capacidade de

reagir a um estímulo potencialmente ameaçador. Portanto, nessas ocasiões será uma resposta adaptativa do organismo, que permite fugir ou lutar, escolhendo a resposta mais válida para aquele momento. Ela se tornará mal adaptativa quando antecipar um perigo irreal. A ansiedade patológica é uma manifestação mais frequente, intensa e persistente do que a ansiedade normal. Essa distinção entre ansiedade normal e patológica é diagnosticada pelo grau em que essa resposta ocorre e quão válida ela é em face do estímulo atual.^{12,13}

Embora a ansiedade seja definida, em termos subjetivos, como uma reação emocional que consiste em sentimentos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação, a própria definição abrange não apenas sinais subjetivos, mas também respostas observáveis e objetivas. A ansiedade ativa um sistema de respostas triplas, que podem ou não variar entre si:^{12,13}

- **Resposta cognitiva:** Experiência interna emocional desagradável, semelhante ao medo, que está relacionada à ativação fisiológica. Está associada à percepção do estímulo, avaliação subjetiva e estados ligados a ele (medo, alarme, inquietação, preocupação, pensamentos intrusivos, etc.).
- **Resposta fisiológica:** Mudanças intensas no corpo que produzem um aumento na atividade do sistema nervoso autônomo: midríase, sudorese, taquicardia, taquipneia etc. Alguns podem ser controlados (respiração) e outros não (vômitos ou tremores).
- **Resposta comportamental:** Componentes observáveis, como expressão facial, movimentos, posturas corporais, respostas de fuga ou evitação. Os transtornos de ansiedade abrangem uma série de transtornos,

incluindo ansiedade generalizada. Para o seu diagnóstico, geralmente é utilizado o manual de diagnóstico DSM-5, como veremos a seguir:

Transtorno de ansiedade generalizada¹⁴

- Ansiedade e preocupação excessivas durante a maior parte do dia, por pelo menos seis meses, na maioria das atividades.
- Dificuldade em controlar a preocupação.
- Ansiedade e preocupação estão associadas a três ou mais dos seguintes sintomas, presentes na maioria dos dias ao longo de seis meses:
 - Inquietação, excitação ou nervosismo;
 - Cansar-se facilmente;
 - Dificuldade de concentração ou branco mental;
 - Irritabilidade;
 - Tensão muscular;
 - Problemas de sono.

Nota: para crianças, apenas um sintoma é necessário.

- Ansiedade, preocupação ou sintomas físicos que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo na área social, ocupacional ou outra área funcional importante.
- O desconforto não é atribuído aos efeitos psicológicos de substâncias (por exemplo, drogas ou fármacos).

- O transtorno não é mais bem explicado pela presença de outros transtornos mentais.

Indivíduos que apresentam transtorno de ansiedade generalizada (TAG) frequentemente procuram inicialmente a atenção primária ou seu médico generalista, que irão fazer o diagnóstico. Não é fácil, uma vez que existe grande comorbidade entre ansiedade e transtornos depressivos. Além disso, ela compartilha sintomas com transtornos somatoformes, psicossomáticos, disfunções sexuais, distúrbios do sono, vícios etc. Em suma, está presente em quase todos os transtornos psicopatológicos, portanto, um diagnóstico múltiplo será comum.¹⁴

O tratamento de primeira escolha será a psicoterapia associada à farmacoterapia. Na psicoterapia, recomenda-se a terapia cognitivo-comportamental, na qual a pessoa é ensinada a controlar seus pensamentos, a se comportar e reagir de forma diferente nas situações que geram essa ansiedade; técnicas de relaxamento serão utilizadas para isso. Além disso, será prescrito tratamento farmacológico, que geralmente consiste em ansiolíticos e/ou antidepressivos serotoninérgicos ou duais com perfil sedativo.¹⁴

Os fármacos de primeira linha para o tratamento farmacológico do TAG são:¹⁵

- **Buspirona**
- ISRS: escitalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina
- IRSN: duloxetina, venlafaxina

São fármacos de segunda linha os antidepressivos tricíclicos, a pregabalina e a quetiapina.¹⁵

Os benzodiazepínicos (BZD) são fármacos ansiolíticos eficazes na redução da ansiedade,

porém eles estão associados com tolerância, sedação e potencial abuso/dependência. Quando utilizados em associação aos fármacos de primeira linha, eles podem acelerar a melhora dos sintomas ansiosos, porém eles não se associam a melhora em longo prazo. Desta forma, os BZDs são atualmente recomendados apenas para uso em curto prazo, durante as crises ansiosas.¹⁴

Transtorno de Ansiedade Social

A fobia social ou transtorno de ansiedade social é um transtorno psiquiátrico do espectro dos transtornos de ansiedade, caracterizado por medo intenso em situações sociais que causa considerável sofrimento e prejuízo à capacidade de funcionamento em diferentes áreas da vida diária. As situações que causam ansiedade com mais frequência são:¹

- Falar em público (99%);
- Conversas/reuniões informais (88%);
- Ir a festas (76%);
- Manter uma conversação (64%);
- Iniciar uma conversação (60%);
- Comer/beber em público (39%);
- Escrever em público (31%);
- Usar um banheiro público (8%).

A ansiedade social geralmente se desenvolve na juventude, após a adolescência e pode se prolongar por toda a vida. Sua prevalência é muito mais comum do que se pensa popularmente. Aceitá-la de maneira aberta e pública é a melhor forma de começar a superá-la, a fim de tentar se

sentir mais bem compreendido e, dessa forma, diminuir a angústia.^{16,17}

O transtorno de ansiedade social pode se associar a consequências negativas nos aspectos social, profissional e emocional. Pessoas próximas podem confundir fobia social com timidez, mas uma pessoa com fobia social não precisa ser necessariamente tímida. Atualmente, cresce exponencialmente o número de pesquisas sobre inteligência emocional em diferentes áreas da psicologia clínica e, entre elas, a relação entre inteligência emocional e fobia social.^{16,17} Os critérios do DSM-5 para o transtorno de ansiedade social estão descritos abaixo:¹⁴

- A pessoa teme ser avaliada negativamente com base em seu desempenho ou nos sintomas de ansiedade que apresenta, o que implica humilhação ou vergonha, rejeição por outros ou ofensa a outros.
- Situações sociais quase sempre causam medo ou ansiedade.

Nota: Em crianças, a ansiedade pode se manifestar como choro, acessos de raiva, ficar paralisado, esconder-se atrás de alguém, encolher-se ou não falar em situações sociais.

- Situações sociais são evitadas ou suportadas com intensa ansiedade ou desconforto.
- O medo ou a ansiedade são desproporcionais à ameaça implícita pela situação social e pelo contexto sociocultural.
- O medo, a ansiedade ou a evitação são persistentes e geralmente duram seis meses ou mais.
- O medo, a ansiedade ou a evitação causam sofrimento clinicamente significativo

ou prejuízo na vida social ou profissional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

- O medo, a ansiedade ou a evitação não podem ser atribuídos aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, drogas, fármacos) ou a outra condição médica.
- O medo, a ansiedade ou a evitação não podem ser justificados por sintomas de outro transtorno mental, como transtorno do pânico, transtorno dismórfico corporal ou transtorno do espectro autista.
- Se outra condição médica (por exemplo, doença de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimaduras ou ferimentos) estiver presente, o medo, a ansiedade ou a evitação são claramente não relacionados a ela ou são excessivos.

Nota: especificar se o medo se restringe a falar ou agir em público.

De acordo com a “Pesquisa Nacional de Comorbidade” dos Estados Unidos, o transtorno de ansiedade social é um dos transtornos de ansiedade mais comuns e o terceiro transtorno mental mais prevalente naquele país. Estima-se que 19,2 milhões de norte-americanos sofram de transtorno de ansiedade social, que pode estar presente em qualquer momento da vida, porém é mais frequente iniciar na adolescência, no início da idade adulta ou mesmo na primeira infância. Estatisticamente, também é mais comum em mulheres do que em homens.¹⁶

O transtorno de ansiedade social costuma apresentar boa resposta à terapia cognitivo-comportamental (TCC), individual ou em grupo: é fundamental que seja realizada por profissional altamente treinado. Na maioria dos casos, tam-

bém é indicado o tratamento farmacológico, que tende a obter respostas quando a TCC por si só não funciona, além de reduzir o tempo até a melhora.¹⁷ Os ISRSs são os medicamentos de primeira linha para o tratamento do transtorno de ansiedade social; a venlafaxina e a mirtazapina mostraram eficácia semelhante à dos ISRSs.^{16,17} Os betabloqueadores, como o propranolol, controlam alguns dos sintomas físicos da ansiedade, como tremores e sudorese.

Os benzodiazepínicos, como o clonazepam, são uma alternativa aos ISRSs e são utilizados com frequência, porém eles somente são recomendados em curto prazo e devem ser evitados em pacientes com histórico de abuso de substâncias, já que se associam a tolerância e dependência.¹⁸

Habilidades de comunicação com pacientes com Transtornos Depressivos e Ansiosos

A comunicação com os pacientes psiquiátricos deve seguir as mesmas diretrizes da comunicação padrão, simplesmente adotando algumas medidas específicas, uma vez que esses pacientes podem apresentar sintomas psiquiátricos, estar sob efeito de psicofármacos ou exibir distorção do senso de realidade. Como acontece com qualquer outro paciente, os princípios básicos da comunicação são aceitação, interesse, respeito e honestidade. Por outro lado, os objetivos principais são fazer o diagnóstico correto, criar uma relação terapêutica, envolver o paciente no tratamento, respeitar o tempo da consulta e tentar atender às expectativas do paciente.¹⁹

Há uma série de características que devem ser levadas em consideração para promover uma boa comunicação com os pacientes de saúde mental. A saudação deve ser natural e adequada ao paciente;¹⁰ por exemplo, não se deve receber o paciente deprimido sorrindo nem o paranoico com demasiada confiança. No que diz respeito

ao contato físico, pode ser um indício de patologia, como o excesso de afetividade em maníacos. Em todos os casos, devem ser estabelecidos limites que permitam conforto durante a consulta, tanto para o médico quanto para o paciente. O médico deve dar atenção especial à linguagem corporal, pois por meio dela ele pode mostrar ao paciente sua irritação, sua desaprovação ou seu aborrecimento, e o paciente psiquiátrico é especialmente receptivo a essa linguagem. Nas situações em que existe a possibilidade de uma atitude agressiva ou violenta (pacientes paranoicos, esquizofrênicos etc.) é aconselhável não ficar sozinho com o paciente e não obstruir a saída.¹⁹

O paciente psiquiátrico costuma apresentar maior ansiedade antes da consulta por vergonha e autoavaliação negativa, medo de ser rotulado como louco, medo de ser internado, medo de lidar com questões íntimas com um estranho, entre outros. Essa ansiedade pode não ser exclusiva do paciente, e também afetar o médico caso ele não se sinta confortável com esse tipo de paciente. As técnicas para reduzir essa ansiedade focam no uso de uma conversa social adequada e no emprego de perguntas direcionadas à patologia, demonstrando aceitação e empatia. Quando o paciente se sente aceito, é mais fácil seguir as recomendações do profissional; para isso, é importante destacar aspectos positivos do paciente para aumentar sua percepção de apoio. É preciso ter cuidado no início para não criar expectativas infundadas, por exemplo, com expressões como “tudo vai se resolver” ou “vai dar tudo certo”. Deve-se elogiar os esforços que o paciente está realizando e demonstrar que ele não está sozinho. Devemos informar que seu problema é relativamente comum, que não é um “caso raro” e que outros pacientes, em circunstâncias semelhantes, conseguiram melhorar. Se o paciente chora, o silêncio empático transmite aceitação, tendo que normalizá-lo, para amenizar os sentimentos de vergonha do

paciente, com expressões como “o choro é um alívio habitual”.¹⁹

O controle do tempo de consulta é importante: um tempo excessivo pode aumentar a ansiedade do paciente, por isso é preferível continuar em outro dia, permitindo, assim, o descanso e a reflexão. Por outro lado, as consultas devem ser breves para pacientes que não cooperam, estão profundamente deprimidos, agudamente psicóticos, com demência, agitados ou com aqueles que desejam apenas o alívio dos sintomas. Os pacientes psiquiátricos fazem perguntas pessoais ao médico com mais frequência. Quando a motivação for simples curiosidade, cortesia ou a necessidade de determinar a competência, elas podem ser aceitas. No entanto, quando as perguntas pessoais são motivadas pela necessidade de amizade ou por questões de conflito, elas devem ser limitadas.¹⁹

Em suma, o médico deve deixar o paciente saber o motivo da consulta, manter uma atitude tranquilizadora, com o objetivo de diminuir o medo e a ansiedade do paciente, e mostrar uma atitude firme e segura. Deve se expressar de forma direta, clara e o mais honesta possível, além de mostrar respeito pelo paciente e não prejudicar sua autoestima. O médico deve ser uma referência de ordem e segurança.¹⁹

Paciente com transtornos de ansiedade

Pacientes ansiosos mostram-se falantes e educados nos primeiros contatos, podendo apresentar evitação em consultas subsequentes, geralmente diante de condutas do profissional que geram insegurança. Esses pacientes buscam proteção e desejam ser tratados como crianças. Se o profissional concorda e aumenta sua condescendência para com o paciente, geralmente valida e reforça no paciente seus próprios sentimentos de dependência. O

paciente, necessitando de proteção, tende a idealizar o médico, algo que o profissional não deve promover. Quando o médico demonstra aborrecimento ou irritação, o paciente fica desapontado e confirma que seu medo é razoável, passando a considerar o tratamento como mais uma situação estranha e assustadora, diante da qual se sente impotente, aumentando sua ansiedade. Portanto, é necessário apoiar e tranquilizar o paciente.¹⁹

TESTES PSICOMÉTRICOS NA DEPRESSÃO E NA ANSIEDADE

Alguns dos principais testes psicométricos usados para auxiliar no diagnóstico dessas duas doenças são os listados a seguir.

ANSIEDADE

Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A)²⁰

A Escala de Ansiedade de Hamilton é um questionário usado por médicos para avaliar a gravidade da ansiedade dos pacientes. É considerada uma avaliação clínica da extensão da ansiedade e é utilizada em pacientes que já foram diagnosticados com transtorno de ansiedade. É composta por 14 itens, cada um contendo um grupo de sintomas que é pontuado em uma escala de 0 a 4, sendo 4 o mais grave. Todas essas pontuações são usadas para obter uma pontuação global para a gravidade da ansiedade do paciente. Esse cálculo resulta em uma pontuação entre 0 e 56, onde números ≤ 17 indicam ansiedade leve; 18 a 24, ansiedade leve à moderada, e de 25 a 30, ansiedade moderada à grave.

Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI)²¹

O inventário de Ansiedade Traço-Estado é baseado em escalas do tipo Likert de 4 pontos contendo 40 questões autorreferidas. O STAI

Tabela 3. Sugestão de condução da consulta para pacientes em risco de cometer suicídio

<ul style="list-style-type: none">• Iniciar a partir de uma situação concreta, identificada como conflitante ou preocupante. Trate-a diretamente, como um problema grave:<ul style="list-style-type: none">- Como você planeja resolver sua situação ou a situação que você descreveu para mim?- Você já pensou em cometer suicídio?- Você já pensou em se machucar?- Você já se sentiu tão mal a ponto de pensar em acabar com sua vida?
<ul style="list-style-type: none">• Se essa situação específica não existir, dar exemplos de situações, levantar possíveis histórias alternativas que sirvam de exemplo, que excluam o final suicida, demonstrando interesse genuíno pelo potencial suicida da pessoa.
<ul style="list-style-type: none">• Explorar a elaboração de planos e preparativos:<ul style="list-style-type: none">- Como, quando e onde você pensou em cometer suicídio?
<ul style="list-style-type: none">• Descobrir os motivos e o significado: chamar a atenção, aspecto autodestrutivo, impulso suicida, fuga de situações dolorosas:<ul style="list-style-type: none">- Por que você pensou em cometer suicídio?
<ul style="list-style-type: none">• Perguntar sobre o significado da morte, os valores, as crenças e a impulsividade:<ul style="list-style-type: none">- Há algo que o impede de fazer isso? (Família, amigos, religião, etc.)
<ul style="list-style-type: none">• Explorar se o paciente tem planos para o futuro (desesperança):<ul style="list-style-type: none">- Como se vê daqui a um tempo?- Você acha que vai melhorar?- O que você espera para o futuro?- O que você vai fazer nas férias?
<ul style="list-style-type: none">• Avaliar ideias e sentimentos de culpa:<ul style="list-style-type: none">- Você acha que está causando algum mal à sua família ou a amigos?- Você acha que eles estariam melhor sem você? Por quê?- Você acha que tudo o que acontece é sua culpa?

Fonte: Adaptado de Mackinnon et al., 2016.¹⁹

mede dois tipos de ansiedade, ansiedade-estado (ou ansiedade relacionada a um evento) e ansiedade-traço (ou nível de ansiedade como uma característica pessoal). Pontuações mais altas indicam níveis mais altos de ansiedade. Cada tipo de ansiedade possui uma escala própria, composta por 20 questões. As pontuações variam de 20 a 80.

Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG-7)²²

O questionário de transtorno de ansiedade generalizada é um questionário autorreferido para diagnóstico e avaliação de sua gravidade. É composto por sete itens que medem a situação atual. A avaliação resulta da pontuação total.

DESCRIÇÃO DOS PRINCIPAIS MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS

Buspirona

A buspirona é um fármaco com ação agonista parcial sobre os receptores de serotonina (1A) pós-sinápticos, ação antagonista sobre receptores dopaminérgicos pré-sinápticos e ação agonista sobre os receptores alfa-1-adrenérgicos.^{23,24}

Em estudos randomizados e duplo-cegos, a buspirona se mostrou eficaz no tratamento do TAG, com melhora de sintomas psíquicos e somáticos, em curto e longo prazo.²⁵⁻²⁸ A buspirona apresenta eficácia semelhante à de BZD (diazepam), sem se associar aos efeitos de tolerância, dependên-

cia e 13 sedação dos últimos.^{24,26,29} Além disso, promove melhora de sintomas depressivos que possam estar associados ao TAG.^{25,30}

A buspirona está disponível em comprimidos de 5 ou 10 mg. A dose inicial é de 5 mg a cada 8 horas, podendo ser aumentada em 5 mg/dia a cada 2 ou 3 dias, até atingir a resposta adequada. A maioria dos pacientes responde com doses de 20 a 30 mg/dia. A dose máxima diária é de 60 mg.³¹

Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos são fármacos depressores do Sistema Nervoso Central (SNC) que possuem ação ansiolítica, sedativa, miorrelaxante e anticonvulsivante. Introduzidos no mercado na década de 1960, a partir da descoberta acidental do clordiazepóxido, se tornaram um dos grupos de medicamentos com propriedades ansiolíticas mais prescritos em todo o mundo. Sua ação se deve a interação com os receptores do Ácido Gama Aminobutírico (GABA), um importante neurotransmissor inibitório no cérebro, potencializando o efeito inibidor do GABA.³²

Os principais efeitos colaterais dos BZDs são: sonolência, falta de memória, diminuição da atividade psicomotora, entre outros que são mais comuns em doses normais de uso. É necessária maior atenção com o uso de BDZs em idosos, pois estes estão mais susceptíveis aos efeitos colaterais devidos as suas alterações fisiológicas.³²

Se usados em doses maiores e/ou período maiores do que os necessários para o tratamento, os BZDs geram problemas de tolerância, dependência e crises de abstinência durante a retirada desses medicamentos. Além do uso prolongado, as características farmacológicas dos BZDs também são fatores que influenciam nos problemas de dependência e crise de abstinência, como tempo de meia-vida e lipossolubilidade.

Fármacos com tempo de meia-vida menor e que possuem alta lipossolubilidade conferem maior probabilidade de causar dependência e crises de abstinência.³²

Descrição dos principais benzodiazepínicos

Farmacocinética: são fármacos lipossolúveis, com boa absorção oral e menor eficácia por via intravenosa. Eles são metabolizados pelo fígado (com exceção do lorazepam, que é o benzodiazepínico de escolha na insuficiência hepática).³⁴ Eles têm uma margem de segurança muito ampla na superdosagem e podem potencializar os efeitos dos depressores do SNC.³²

Tabela 4. Meia-vida, início de ação e dose dos principais benzodiazepínicos

Princípio ativo	Meia-vida plasmática (h)	Início de ação (minutos)	Dose usual
Ação longa			
Bromazepam	10-12	30-40	3-6 mg
Clonazepam	20-60	20-30	0.5-2 mg
Diazepam	20-40	20-30	5-10 mg
Ação curta			
Alprazolam	6-20	20-40	0.25-3 mg
Lorazepam ³⁴	9-22	-	2-6 mg/dia

Fonte: Adaptado de Azevedo et al., 2004.³³

CONCLUSÃO

Os transtornos de ansiedade e depressão têm aspectos comuns e relacionados, e é relativamente comum encontrar pacientes com sintomas de ambos os transtornos. No entanto, ao usar esses termos e dar um diagnóstico desses transtornos no serviço de saúde, é preciso ter clareza sobre a diferença entre os dois. Quais são as características de cada um, quais sintomas são compartilhados e o que os diferencia. Além

disso, é preciso também saber quando fazer um diagnóstico de comorbidades entre TDM e transtorno de ansiedade. A **Figura 2** descreve as características clínicas de cada um desses distúrbios e quais são comuns a ambos.

O tratamento de ambos os transtornos é feito principalmente com antidepressivos e ansiolíticos, embora os benzodiazepínicos possam ser associados como tratamento adjuvante por algum tempo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sartorius N, Goldberg D, Girolamo G, et al (eds). Psychological disorders in general medical settings. New York: Hogrefe & Huber; 1990.
2. Menken M, Munsat T, Toole JF. The global burden of disease study: implications for neurology. Arch Neurol. 2000;57(3):418-20.
3. World Health Organization. The global burden of disease. Geneva: WHO; 1996.
4. Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. Calidad de vida en los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2000.

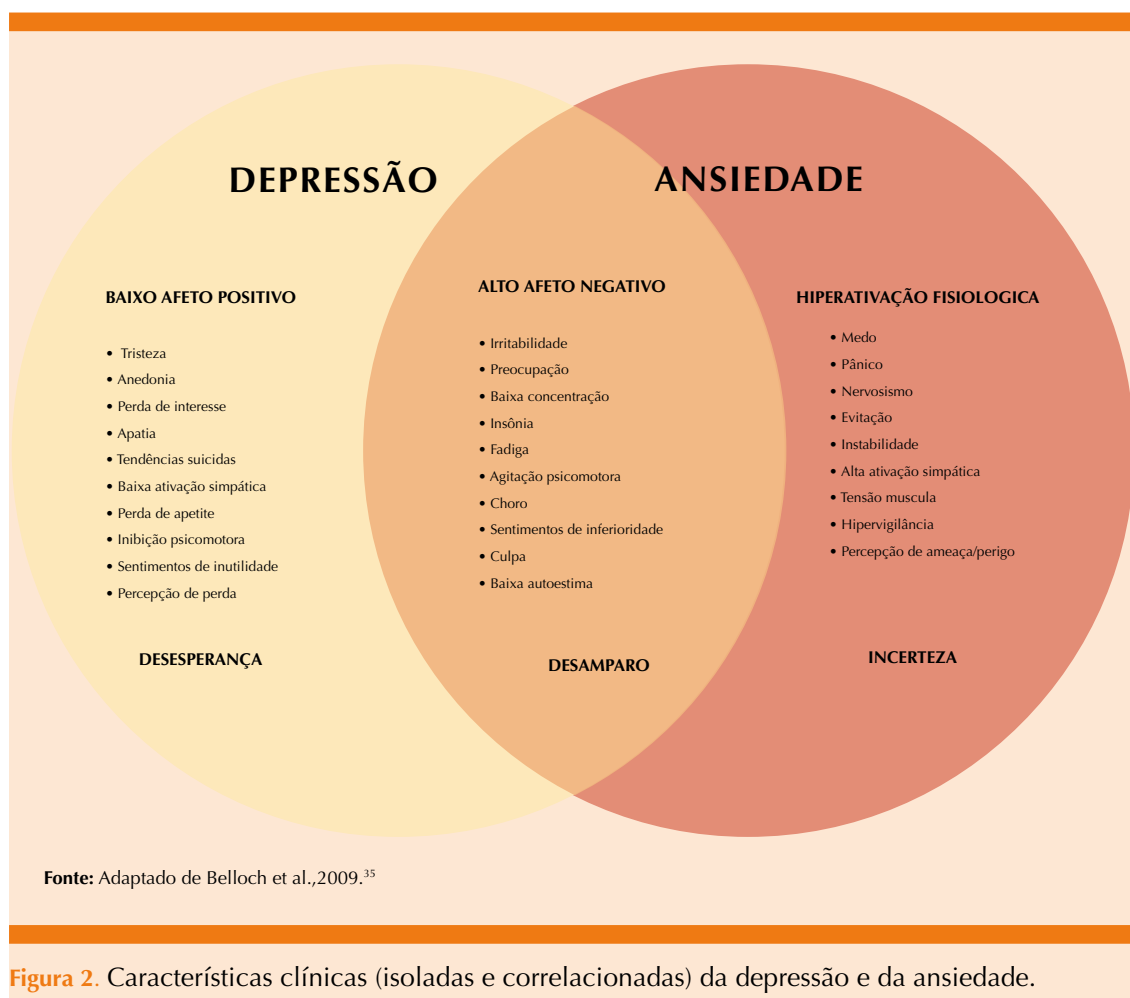


Figura 2. Características clínicas (isoladas e correlacionadas) da depressão e da ansiedade.

5. Pan American Health Organization. The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018 [internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2018 [acesso em 01 abr 2021]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275120286_eng.pdf?sequence=10&isAllowed=y.
6. Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, et al. Cost of Disorders of the Brain in Spain. *PLoS ONE*. 2014;9(8): e105471.
7. Salvador L, Bulbena A, Gómez M, et al. La salud mental en España: el informe Sespas 2001. In: Guimón J, De la Sota E, Sartorius N. La gestión de las intervenciones psiquiátricas. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003. p. 179-204.
8. Huxley P. Mental illness in the community: The Goldberg-Huxley model of the pathway to psychiatric care. *Nordic J Psychiatry*. 1996;50(Suppl 37):47-53.
9. Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the community - the pathway to psychiatric care. London: Tavistock Publications Ltda; 1980.
10. García Campayo J, Campos R, Marcos G, et al. Somatisation in primary care in Spain: II. Differences between somatisers and psychologists. Working Group for the Study of the Psychiatric and Psychosomaticity in Zaragoza. *Br J Psychiatry*. 1996;168(3):348-53.
11. Organização Mundial de Saúde - OMS. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global [internet]. Geneva: OMS; 2008 [acesso em 01 abr 2021]. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf?ua=1.
12. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock sinopsis de psiquiatria: Ciencias de la conducta/Psiquiatria clínica. 10. ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
13. Steimer T. The biology of fear- and anxiety-related behaviors. *Dialogues Clin Neurosci*. 2002; 4(3):231-249.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. Anxiety Disorders.
15. Locke AB, Kirst N, Shultz CG. Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults. *Am Fam Physician*. 2015;91(9):617-624.
16. Beidel DC, Turner SM. Shy children, phobic adults: nature and treatment of social anxiety disorder. 2 ed. American Psychological Association; 2007.
17. Davidson JRT. Pharmacotherapy of social anxiety disorder: what does the evidence tell us? *J Clin Psychiatry*. 2006;67(Suppl 12):20-6.
18. Rose GM, Tadi P. Social Anxiety Disorder. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
19. Mackinnon RA, Michels R, Buckley PJ. The psychiatric interview in clinical practice. 3. ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2016.
20. Vaccarino AL, Evans KR, Sills TL, et al. Symptoms of anxiety in depression: assessment of item performance of the Hamilton Anxiety Rating Scale in patients with depression. *Depress Anxiety*. 2008;25(12):1006-13.
21. Andrade L, Gorenstein C, Vieira Filho AH, et al. Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. *Braz J Med Biol Res*. 2001;34(3): 367-374.
22. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-7.
23. Howland RH. Buspirone: Back to the future. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2015;53(11):21-4.
24. Loane C, Politis M. Buspirone: what is it all about? *Brain Res*. 2012;1461:111-8.
25. Sramek JJ, Frackiewicz EJ, Cutler NR. Efficacy and safety of two dosing regimens of buspirone in the treatment of outpatients with persistent anxiety. *Clin Ther*. 1997;19(3):498-506.
26. Cohn JB, Rickels K. A pooled, double-blind comparison of the effects of buspirone, diazepam and placebo in women with chronic anxiety. *Curr Med Res Opin*. 1989;11(5):304-20.
27. Feighner JP. Buspirone in the long-term treatment of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 1987;48(Suppl):3-6.
28. Slee A, Nazareth I, Bondaronek P, et al. Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2019;393(10173):768-77.
29. Pecknold JC. A Risk-Benefit Assessment of Buspirone in the Treatment of Anxiety Disorders. *Drug Saf*. 1997;16(2):118-32.
30. Sramek JJ, Tansman M, Suri A, et al. Efficacy of buspirone in generalized anxiety disorder with coexisting mild depressive symptoms. *J Clin Psychiatry*. 1996;57(7):287-91.
31. Ansitac®. Libbs Farmacêutica Ltda: Bula do medicamento.
32. Nunes BS, Bastos FM. Efeitos colaterais atribuídos ao uso indevido e prolongado de benzodiazepínicos. *Rev Acad Inst Ciênc Saúde*. 2016;3(1):71- 82.
33. Azevedo AP, Alóe F, Hasan R. Hipnóticos. *Rev Neurociên*. 2004;12(4):198-208.
34. Nastasy H, Ribeiro M, Marques ACPR. Abuso e dependência dos benzodiazepínicos Projeto diretrizes. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria; 2008.
35. Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de psicopatología. Vol. 2. Madrid: McGraw-Hill; 2009.