



Retrato de Eliza Pareńska, por Stanisław Wyspiański, 1905.

# Transtorno de Ansiedade Generalizada

## Protocolo Clínico

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para o acolhimento e o tratamento de transtornos de ansiedade generalizada.

Sistema Único de Saúde  
Estado de Santa Catarina, 2015.



## 1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é uma situação comum, caracterizada por preocupação excessiva e crônica sobre diferentes temas, associada a tensão aumentada. É o transtorno de ansiedade mais comum na atenção primária, estando entre os dez motivos gerais mais comuns de consulta<sup>1</sup>. Uma pessoa com transtorno de ansiedade generalizada normalmente se sente irritada e tem sintomas físicos, como inquietação, fadiga fácil e tensão muscular. Pode ter problemas de concentração e de sono. Para fazer um diagnóstico, os sintomas devem estar presentes por pelo menos seis meses e causar desconforto clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes.

Um aspecto essencial é a preocupação constante concomitante aos sintomas somáticos e psíquicos. Os receios mais frequentes são: medo de adoecer, de que algo negativo aconteça com seus familiares, de não conseguir cumprir com compromissos profissionais ou financeiros. No curso do transtorno, é comum a preocupação mudar de foco. É especialmente comum entre donas de casa e, entre os homens, mais comum entre os solteiros/separados e desempregados<sup>2</sup>.

O reconhecimento de transtornos de ansiedade na atenção primária é pobre, e apenas uma minoria das pessoas com transtornos de ansiedade recebem algum tratamento. Quando ansiedade coexiste com depressão é comum que os sintomas depressivos sejam reconhecidos sem a detecção do transtorno de ansiedade subjacente. Apesar de considerável variabilidade entre os transtornos de ansiedade, eles costumam estar associados a incapacidades prolongadas, podendo ter um longo curso de remissões e recidivas. Podem ser muito perturbadores para as pessoas afetadas, suas famílias, amigos e cuidadores. Transtornos de ansiedade normalmente ocorrem associados entre si, ou com outros problemas como depressão e abuso de substâncias<sup>3</sup>.

O tratamento deve ser oferecido logo que possível, na própria atenção primária, e pode ser feito com farmacoterapia, psicoterapia ou combinação de ambos.

## 2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

### F41.1 Ansiedade generalizada

Ansiedade generalizada e persistente que não ocorre exclusivamente nem mesmo de modo preferencial numa situação determinada (a ansiedade é “flutuante”). Os

---

<sup>1</sup> GUSSO, G.D.F. **Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária**: 2a. edição (CIAP-2). [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009. Disponível em: <[http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F5%2F5159%2Fde-08032010-164025%2Fpublico%2FGustavoGusso.pdf&ei=LZFBVJaaFieogwT8v4SoAg&usq=AFQjCNHXQbrpOYex-kCyvruB\\_pF1EH4Djw&bvm=bv.78972154,bs.1,d.cGE&cad=rja](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F5%2F5159%2Fde-08032010-164025%2Fpublico%2FGustavoGusso.pdf&ei=LZFBVJaaFieogwT8v4SoAg&usq=AFQjCNHXQbrpOYex-kCyvruB_pF1EH4Djw&bvm=bv.78972154,bs.1,d.cGE&cad=rja)>.

<sup>2</sup> Vide, com maiores detalhes: FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de atenção em saúde mental. Tubarão : Ed. Copiart, 2010. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05\\_08\\_2011\\_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf)>.

<sup>3</sup> NHS. NICE. **Anxiety disorders**. NICE quality standards [QS53]. Manchester: NICE, fevereiro 2014. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/qs53/chapter/introduction>>.

sintomas essenciais são variáveis, mas compreendem nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Medos de que o paciente ou um de seus próximos irá brevemente ficar doente ou sofrer um acidente são frequentemente expressos. Sua sinonímia inclui estado ansioso, neurose ansiosa e reação de angústia. Deve ser diferenciado da neurastenia, codificada em outra seção.

### 3. DIAGNÓSTICO

A ansiedade e o medo, por si, não são doenças e nem transtornos. Além de serem experiências normais do cotidiano, são condições

essenciais e naturais à vida humana, responsáveis por preparar o indivíduo para situações de ameaça e perigo. (...) Em alguns casos, no entanto, um indivíduo pode apresentar ansiedade ou medo elevados de forma desproporcional à situação que os elicia ou em situações nas quais eles não são adaptativos, muitas vezes se mantendo de modo persistente e levando a prejuízos no seu funcionamento, caracterizando os transtornos de ansiedade. (...) Os TA interferem significativamente na vida do indivíduo diagnosticado e daqueles com quem ele convive, comprometendo suas atividades cotidianas, seus relacionamentos sociais e outras esferas da vida. Além disso, transtornos de ansiedade apresentam baixos índices de remissão espontânea e tendem a se cronificar ou mesmo se desdobrar em outros transtornos psiquiátricos quando não tratados<sup>4</sup>.

O diagnóstico deve avaliar, portanto, se há desproporcionalidade, interferência muito incômoda, diminuição de capacidades, prejuízos atuais e cronificação. Deve-se fazer o diagnóstico diferencial de uma angústia normal, advinda de situações causadoras de sofrimento, das condições neuróticas, vinculadas a predisposições e a características particulares da personalidade, montadas na infância.

Um cuidado que os médicos generalistas, na atenção primária precisam ter é o de não se apressar para fazer o diagnóstico. Na ansiedade, como na depressão, há riscos de fazer identificações equivocadas (falsos positivos). Na suspeita de síndromes depressivas, por exemplo, no Reino Unido são mais frequentes os falsos positivos do que os casos não diagnosticados (falsos negativos)<sup>5</sup>.

Todo paciente com suspeita de transtorno de ansiedade deve receber avaliação adequada para definir se há ou não um transtorno específico, qual a severidade dos sintomas e qual a severidade do prejuízo funcional associado.

Em caso de efetivo diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada deve haver diálogo com o paciente sobre o tema, em linguagem pouco medicalizadora e não biologicista, tão logo possível, para ajudar as pessoas a entender o problema, a se responsabilizar por ele, a repensar suas pautas de relacionamento com pessoas e situações. Espera-se que a pessoa inicie um tratamento sem esperar milagres, dispondo-se a um trabalho psíquico, interior, e esforçando-se para separar as ansiedades realísticas das ansiedades neuróticas. Sob uma ótica psicanalítica, são situações prototípicas

---

<sup>4</sup> De SOUSA, Diogo Araújo et al . Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. **Aval. psicol.**, v. 12, n. 3, dez. 2013 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712013000300015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000300015&lng=pt&nrm=iso)>.

<sup>5</sup> MITCHELL, Alex .; VAZE, Amol; RAO, Sanjay. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. **The Lancet**, Vol. 374, Issue 9690, 22 August 2009 Pages 609-619. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60879-5. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2960879-5/abstract>>.

geradoras de ansiedade: a perda de um objeto desejado, a perda de amor, a perda de identidade e a perda de autoestima.

O uso de uma linguagem excessivamente biológica e medicalizante<sup>6, 7, 8</sup> dá a entender, ao paciente, que ele se torna vítima de uma doença que o invade, com a qual nada tem a ver, e da qual pode se desresponsabilizar. A medicalização excessiva provoca consumo abusivo e contraproducente de serviços de saúde, fazendo declinar a capacidade de enfrentamento autônomo do cidadão<sup>9</sup>. Nesta situação, ele corre o risco de deixar ao médico a obrigação, fantasiosa, de conseguir um remédio que extinga, magicamente, a causa dos sintomas. É comum que tais pacientes, sem se preocupar em buscar um sentido para seu sofrimento, visitem vários médicos, exigindo remédios que trocam seguidamente, por dificuldade de entenderem os fatores pessoais, psíquicos e relacionais envolvidos.

Deve-se considerar este diagnóstico em pessoas se apresentando com ansiedade ou preocupação exageradas, permanentes e significativas, e em pessoas que (1) buscam serviços de saúde frequentemente e que possuem um problema de saúde física crônico; (2) não tem um problema de saúde física mas estão constantemente buscando explicação sobre sintomas somáticos, particularmente idosos ou populações vulneráveis; (3) estão repetidamente preocupadas sobre uma ampla faixa de diferentes temas<sup>10, 11</sup>.

O paciente pode apresentar-se inicialmente com sintomas físicos relacionados à tensão (cefaleia, taquicardia) ou com insônia. A investigação adicional revelará ansiedade proeminente. Deve-se suspeitar deste diagnóstico quando houver sintomas múltiplos de ansiedade ou tensão nas seguintes áreas: tensão mental (preocupação, sentir-se tenso ou nervoso, dificuldade de concentração); tensão física (inquietação, cefaleia, tremores, incapacidade de relaxar); hiperatividade autonômica (tontura, sudorese, taquicardia, desconforto epigástrico). Os sintomas podem durar meses e reaparecer frequentemente. São frequentemente desencadeados por eventos estressantes em pessoas com uma tendência crônica à preocupação.

Deve ser feito o diagnóstico diferencial com as condições psiquiátricas comórbidas mais frequentes. Se o humor deprimido for proeminente, considerar depressão. Se houver ataques súbitos de ansiedade não provocados, considerar transtorno do pânico. Se houver medo e evitação de situações específicas, considerar transtornos fóbicos. Se houver

---

<sup>6</sup> MOLINER, Juliane de; LOPES, Stella Maris Brum. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, Dec. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902013000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400010&lng=en&nrm=iso)>.

<sup>7</sup> CONRAD, P. et al. Estimating the costs of medicalization. **Social Science & Medicine**. Volume 70, Issue 12, June 2010, Pages 1943–1947. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953610001784>>.

<sup>8</sup> KVAALE, Erlend P. et al. The 'side effects' of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. **Clinical Psychology Review**, Volume 33, Issue 6, August 2013, Pages 782–794. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735813000883>>.

<sup>9</sup> TESSER, C. D. Social medicalization (I): the exaggerated success of modern 'epistemicide' in health. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.61-76, jan/jun 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a05v1019.pdf>>.

<sup>10</sup> NHS. NICE. **NICE guidelines [CG113]**: Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: management in primary, secondary and community care. Manchester: janeiro 2011. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/introduction>>.

<sup>11</sup> NHS. NICE. **NICE quality standards [QS53]**: Anxiety disorders. Manchester: NICE, fevereiro 2014. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/qs53/chapter/introduction>>.

uso pesado de álcool e drogas, considerar transtornos por uso de substâncias psicoativas. Para tanto, veja-se os protocolos específicos para tais situações<sup>12</sup>.

Pelo menos três de seis sintomas precisam estar presentes para um diagnóstico: inquietação ou nervosismo, fadiga, perda de concentração, irritabilidade, tensão muscular e sono perturbado. É em parte um diagnóstico de exclusão, já que condições médicas gerais, medicamentos, substâncias e outros transtornos mentais devem ser excluídos como causa primária. O exame físico e as provas laboratoriais são geralmente normais se não há problemas médicos ou abuso de substâncias presentes<sup>13</sup>.

Do ponto de vista conceitual, o transtorno, segundo a Organização Mundial da Saúde define-se por uma:

Ansiedade generalizada e persistente que não ocorre exclusivamente nem mesmo de modo preferencial numa situação determinada (a ansiedade é “flutuante”). Os sintomas essenciais são variáveis, mas compreendem nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Medos de que o paciente ou um de seus próximos irá brevemente ficar doente ou sofrer um acidente são freqüentemente expressos<sup>14</sup>.

As crianças com transtorno de ansiedade generalizada geralmente demonstram medos excessivos, preocupações ou sentimentos exagerados e irracionais a respeito de situações triviais, são tensas, inseguras e excessivamente sensíveis a quaisquer situações provocadoras de ansiedade. São crianças, como mostram publicações clássicas e revisões sistemáticas mais novas sobre o tema<sup>15, 16, 17</sup>, muito preocupadas

com o julgamento de terceiros em relação a seu desempenho em diferentes áreas e necessitam exageradamente que lhes renovem a confiança, que as tranquilizem. Apresentam dificuldade para relaxar, queixas somáticas sem causa aparente e sinais de hiperatividade autonômica (ex. palidez, sudorese, taquipneia, tensão muscular e vigilância aumentada). Tendem a ser crianças autoritárias quando se trata de fazer com que os demais atuem em função de tranquilizá-la. (...) Tornam-se crianças difíceis, pois mantêm o ambiente a seu redor tenso, provocam irritação nas pessoas de seu convívio pelo absurdo da situação, sendo difícil acalmá-las e ter atividades rotineiras ou de lazer com elas.

---

<sup>12</sup> FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Tubarão : Ed. Copiart, 2010. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05\\_08\\_2011\\_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf)>.

<sup>13</sup> BMJ BEST PRACTICE. Generalized anxiety disorder [recurso eletrônico]. **BMJ** Best Practice, Oct 2014. Disponível em: <<http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/120.html>>.

<sup>14</sup> OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). 10ª. Revisão. 2ª. ed.. São Paulo: EDUSP, 1994.

<sup>15</sup> ALLEN AJ, LEONARD H, SWEDO SE. Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1995;34:976-86. Disponível em: <<http://www.jaacap.com/article/S0890-8567%2809%2963341-4/abstract>>.

<sup>16</sup> CASTILLO, Ana Regina G.L. et al . Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 22, supl. 2, Dec. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-4446200000600006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446200000600006&lng=en&nrm=iso)> e <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-4446200000600006>>.

<sup>17</sup> BERNSTEIN GA, BORCHARDT CM, PERWIEN AR. Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1996;35:1110-9. Disponível em: <<http://www.jaacap.com/article/S0890-8567%2809%2963485-7/abstract>>.

O início destas condutas ansiosas é insidioso. Muitas vezes os pais têm dificuldade para precisar quando começaram, mas sentem seu agravamento gradual, à intelerabilidade, quando, então, buscam atendimento.

#### 4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Adultos e crianças com 7 anos e mais<sup>18</sup>.

#### 5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- a) Hipersensibilidade aos fármacos;
- b) Abuso atual de álcool ou de fármacos psicoativos;
- c) Ausência de aderência ao tratamento ou falta de acompanhamento médico adequada.

#### 6. CASOS ESPECIAIS

Compreendem situações a respeito do tratamento ou da doença em que a relação risco-benefício deve ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor e nas quais um comitê de especialistas nomeados pelo Gestor Municipal ou Estadual poderá ou não ser consultado para a decisão final.

#### 7. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

O tratamento deve ser oferecido logo que possível, e pode ser feito com abordagem orientadora, farmacoterapia, psicoterapia ou combinação de ambos. Há benefícios no tratamento baseado em serviços de atenção primária, como menores taxas de absenteísmo e maior satisfação das pessoas, e estes serviços devem ser o local preferencial de tratamento sempre que possível, mesmo que necessária a interconsulta com profissional de saúde mental<sup>19</sup>. Por tratar-se de transtorno com tendência a cronicidade e a períodos de remissão e recorrências, o seguimento por um mesmo profissional ou equipe de saúde pode ser importante fator de adesão, além de possibilitar a identificação precoce de situações desencadeantes e sinais de piora. Além do acompanhamento com médico geral ou médico de família, o acompanhamento complementar por enfermeiro pode colaborar com reforço da adesão e orientação e monitoramento de medidas adjuvantes não medicamentosas, como exercícios físicos, técnicas de relaxamento, higiene do sono.

---

<sup>18</sup> Não há boas evidências sobre tratamentos antes de 7 anos, idade definida normalmente na seleção de pacientes para as pesquisas. Vide:

GINSBURG, Golda S. et al. Remission after acute treatment in children and adolescents with anxiety disorders: Findings from the CAMS. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Vol 79(6), Dec 2011, 806-813. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/journals/ccp/79/6/806/>> e em <<http://dx.doi.org/10.1037/a0025933>>.

CRESWELL, C.; MURRAY, L.; COOPER, P. Interpretation and Expectation in Childhood Anxiety Disorders: Age Effects and Social Specificity. **J Abnorm Child Psychol** (2014) 42:453–465. DOI 10.1007/s10802-013-9795-z. Disponível em:<[http://download.springer.com/static/pdf/36/art%253A10.1007%252Fs10802-013-9795-z.pdf?auth66=1413652667\\_47d48809c1e94e7587c270ecdbe6a0f4&ext=.pdf](http://download.springer.com/static/pdf/36/art%253A10.1007%252Fs10802-013-9795-z.pdf?auth66=1413652667_47d48809c1e94e7587c270ecdbe6a0f4&ext=.pdf)>.

<sup>19</sup> NHS. NICE. **NICE guidelines [CG113]**: Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: management in primary, secondary and community care. Manchester: janeiro 2011. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/introduction>>.

Casos refratários à terapêutica inicial ou quando houver dúvida quanto ao diagnóstico podem se beneficiar de interconsulta ou seguimento complementar com profissional de saúde mental de apoio, por exemplo, psiquiatra de Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Suspeita de transtorno de humor severo como transtorno bipolar ou presença de sintomas psicóticos indicam a necessidade de avaliação especializada e possivelmente seguimento em serviço de saúde mental.

Os CAPS devem ser reservados para casos complexos, principalmente quando houver comorbidade com transtornos psicóticos e/ou abuso de substâncias. Como existe alta prevalência de sintomas físicos no TAG, é importante que os profissionais das UPA e emergências hospitalares sejam treinados para identificar casos suspeitos de transtornos de ansiedade – por exemplo, ao fazer o diagnóstico diferencial da dor torácica atípica -, possibilitando prevenção de medicalização excessiva e orientação ao paciente para buscar diagnóstico preciso e cuidado adequado na atenção primária.

Pacientes com depressão severa comórbida ou ideação suicida podem necessitar de hospitalização enquanto terapia efetiva é instituída.

## 8. TRATAMENTO

### 8.1 Recomendações gerais

As seguintes recomendações gerais devem ser feitas a todos os pacientes e familiares, independente da prescrição de tratamento farmacológico:

- a) O paciente deve ser encorajado a praticar métodos de relaxamento diários para reduzir os sintomas físicos de tensão;
- b) O paciente deve ser encorajado a envolver-se em atividades prazerosas e exercícios físicos e a retomar atividades que foram úteis no passado;
- c) Identificar e desafiar preocupações exageradas ou pensamentos pessimistas podem reduzir os sintomas de ansiedade;
- d) Identificar eventos que desencadeiam preocupação excessiva pode ajudar a formular estratégias para reduzir a ansiedade;
- e) Discutir o que o paciente está fazendo para manejar as situações desagradáveis, identificando e reforçando atitudes que estão funcionando;
- f) Identificar algumas medidas específicas que o paciente pode tomar nas próximas semanas.

Atualmente, existem alguns fármacos, tratamentos psicoterápicos e técnicas comportamentais com evidências científicas de efetividade nos diversos transtornos de ansiedade. Não existe evidência de superioridade de um sobre o outro. O tratamento disponível no local deve ser oferecido no momento do diagnóstico e monitorado em consultas subsequentes para avaliar resposta e eventual necessidade de mudança.

Caso médico assistente conclua haver necessidade de tratamento medicamentoso, deve ser selecionado um inibidor seletivo de recaptção de serotonina (ISRS). Benzodiazepínicos não devem ser oferecidos para tratamento de TAG na atenção primária ou secundária, a não ser como medida de curto prazo durante crises. Antipsicóticos não devem ser oferecidos como tratamento para TAG na atenção primária, e só devem ser prescritos para esta condição em qualquer cenário quando especificamente indicados<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> NHS. NICE. **NICE guidelines [CG113]**: Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: management in primary, secondary and community care. Manchester: janeiro 2011. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/introduction>>.

É muito importante que o médico, ao prescrever um fármaco, explique ao paciente que o remédio, diferentemente de um antibiótico numa infecção comum, não tem o poder de cura, mas tão somente alivia os sintomas<sup>21</sup>.

Café, tabaco, bebidas alcoólicas, maus hábitos de sono e drogas ilícitas são fatores que podem piorar os sintomas. O paciente deve ser orientado para os riscos da mistura de tratamentos ditos naturais, como chás tidos como calmantes porque baixam a pressão arterial. Também quanto ao uso da erva de São João (*Hypericum perforatum*), que pode interagir com remédios psicoanalépticos potencializando efeitos colaterais<sup>22</sup>. Sobre o *Hypericum* há discretos indícios de que, se for bem aplicado, em monoterapia, na dose de 900 mg por dia, sob observação médica, possa ter melhores efeitos do que placebos<sup>23,24</sup>.

A utilidade da passiflora, bastante conhecida e procurada pela população, não foi confirmada<sup>25</sup>. Não há estudos que possam garantir a existência de seus efeitos benéficos comparados a placebo.

## 8.2 Fármacos

### Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS)

São o tratamento de primeira linha para a ansiedade generalizada em adultos. O fármaco ISRS disponível na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME, 2013) é o cloridrato de fluoxetina, na forma de cápsulas ou comprimidos de 20 mg. Fora do SUS os psiquiatras usam, também, em determinadas situações, a sertralina, a paroxetina e o citalopram<sup>26</sup>.

Antes de se iniciar o tratamento com fluoxetina, deve-se explicar os prováveis benefícios do tratamento; os efeitos colaterais esperados, síndrome de retirada e interações medicamentosas; o risco de ativação, com sintomas como aumento da ansiedade, agitação e sono perturbado; o gradual desenvolvimento do efeito ansiolítico durante as primeiras semanas de tratamento; a importância de se tomar o medicamento como prescrito e

---

<sup>21</sup> NHI. **Anxiety Disorders**. Washington: National Institute of Mental Health. Department of Health and Human Services. Disponível em: <<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/anxiety-disorders/index.shtml>>.

<sup>22</sup> LINDE K, BERNER MM, KRISTON L. St John's wort for major depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2008, Issue 4. Art. No.: CD000448. DOI: 10.1002/14651858.CD000448.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000448.pub3/full>>.

<sup>23</sup> MORENO, Ricardo Alberto et al. *Hypericum perforatum* versus fluoxetine in the treatment of mild to moderate depression: a randomized double-blind trial in a Brazilian sample. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, n. 1, Mar. 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462006000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000100007&lng=en&nrm=iso)>.

<sup>24</sup> CHIOVATTO, Renato Davino et al. Fluoxetina ou *Hypericum perforatum* no tratamento de pacientes portadores de transtorno depressivo maior leve a moderado? Uma revisão. **Arq. bras. ciênc. saúde**;36(3), jan. 12. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n3/a2662.pdf>>.

<sup>25</sup> MIYASAKA LS, ATALLAH ÁN, SOARES B. Passiflora for anxiety disorder. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2007, Issue 1. Art. No.: CD004518. DOI: 10.1002/14651858.CD004518.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004518.pub2/abstract>>.

<sup>26</sup> BALDWIN, David S. et al. Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. **The International Journal of Neuropsychopharmacology**, Volume 14, Issue 05, June 2011, pp 697 – 710. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8261043&fileId=S1461145710001434>>.

a necessidade de continuar o tratamento após remissão dos sintomas para evitar recidiva. Isto vale também para crianças<sup>27</sup>. Orientar que a administração seja preferencialmente pela manhã.

Deve-se levar em conta o risco aumentado de sangramento associado ao seu uso, principalmente para idosos e pessoas usando outras drogas que aumentam este risco, como os anti-inflamatórios não esteroidais (AINE). Deve-se alertar o paciente a evitar o uso de bebidas alcoólicas durante o tratamento e orientar que pode afetar a capacidade de realizar atividades que exijam atenção e coordenação motora, como dirigir máquinas ou veículos. O médico orienta sobre o risco de mudança na frequência cardíaca e levantar-se mais lentamente devido ao risco de hipotensão postural<sup>28</sup>.

Pessoas abaixo de 30 anos devem ser orientadas sobre o fato de estas drogas associarem-se a um risco aumentado de pensamento suicida e autolesão em uma minoria de pessoas. Os pacientes devem ser vistos novamente em uma semana e monitoradas para pensamento suicida e autolesão durante o primeiro mês de tratamento.

Este fármaco apresenta um número elevado de interações medicamentosas, e deve-se fazer uma pesquisa sobre este aspecto ao introduzir ou descontinuar este ou outros medicamentos do esquema terapêutico do paciente<sup>29</sup>.

## Tricíclicos

Utilizadas historicamente em transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes, a clomipramina, a amitriptilina, a nortriptilina e a imipramina são drogas clássicas<sup>30</sup>.

Apesar de também não estar indicada especificamente para o transtorno de ansiedade generalizada, entre as drogas disponíveis no Formulário Terapêutico Nacional, o cloridrato de clomipramina pode ser uma alternativa. Tem grande eficácia na vigência de sintomas de tendência fóbica, obsessivo-compulsiva, pânico, ou angústia refratária

<sup>27</sup> IPSEY JC, STEIN DJ, HAWKRIDGE S, HOPPE L. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No.: CD005170. DOI: 10.1002/14651858.CD005170.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005170.pub2/abstract>>.

<sup>28</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional** 2008: Rename 2006. Brasília : Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario\\_terapeutico\\_nacional\\_2008.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2008.pdf)>.

<sup>29</sup> Quando a fluoxetina não for eficaz ou não for bem tolerada e houver necessidade de substituição, caso não seja conveniente o uso de tricíclicos, pode-se oferecer outro fármaco da mesma classe. Neste caso, e de acordo com a disponibilidade em listas de medicamentos municipais, o cloridrato de sertralina pode ser uma alternativa à fluoxetina, inclusive com potenciais vantagens em pacientes selecionados pelo perfil de efeitos colaterais e maior segurança em alguns grupos populacionais, como lactantes. Porém, devido a não haver vantagem em termos de eficácia e efetividade não consta ainda na RENAME e não está disponível na maioria dos municípios. A paroxetina tem utilidade, também, especialmente nas ansiedades com sintomas de pânico, fóbicos, obsessivos e compulsivos. Algumas prefeituras municipais colocaram a sertralina ou a paroxetina na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME).

<sup>30</sup> Vide:

MODIGH K, WESTBERG P, ERIKSSON E. Superiority of clomipramine over imipramine in the treatment of panic disorder: a placebo-controlled trial. **J Clin Psychopharmacol** 1992;12:251-61. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1527228>>.

ABP. Transtornos de Ansiedade: Diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes. Rio de Janeiro: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Associação Brasileira de Psiquiatria, 2008. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/099.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/099.pdf)>.

elevada. A clomipramida deve ser evitada em idosos, por seus efeitos adversos anticolinérgicos e cardiovasculares. Recomenda-se orientar o paciente a realizar bochecho frequente com água, consumir de bala de goma sem açúcar ou cubo de gelo para amenizar o efeito de boca seca e melhorar a adesão, principalmente no início do tratamento. A nortriptilina é incisiva em depressões apáticas e não é tão sedativa quanto a amitriptilina.

Nas ansiedades agitadas, com sintomas depressivos e com insônia a amitriptilina pode ter um papel importante. O perfil menos favorável de efeitos colaterais, dos tricíclicos, constitui-se em motivo de cuidados redobrados, do ponto de vista clínico e farmacológico. Os tricíclicos podem ser uma opção terapêutica principalmente quando houver depressão comórbida e esta for o foco inicial do tratamento. Quando usados para depressão isolada ou comórbida com transtornos de ansiedade, em geral seus efeitos terapêuticos são tão bons quanto os dos inibidores seletivos de recaptção da serotonina, mas a taxa de abandono do remédio é maior, pelos efeitos colaterais frequentes<sup>31</sup>. As doses de tricíclicos variam de 75 a um máximo de 250 mg por dia, iniciando-se com 25 mg/dia, em aumentos graduais, na primeira semana. A dose usual é 75 mg/dia. As mesmas doses podem ser seguidas para a amitriptilina e a imipramina.

A imipramina apresenta boa segurança na lactação. Deve ser evitada em idosos devido aos efeitos adversos anticolinérgicos e cardiovasculares. Caso seja usada, recomenda-se ao paciente aumentar ingestão de água e de fibras, para evitar retenção urinária e constipação intestinal, assim como limitar o uso de cafeína e bebidas alcoólicas.

Em gestantes, todos os antidepressivos citados são classe C, e deve-se preferir terapias não medicamentosas como relaxamento, meditação, exercícios físicos, higiene do sono, ou psicoterapias estruturadas, quando estas estiverem disponíveis. Se for imprescindível a farmacoterapia da ansiedade nesta população, deve-se preferir o inibidor seletivo de recaptção da serotonina (fluoxetina), preferencialmente a partir do segundo semestre. Se uma mulher ficar grávida durante o tratamento medicamentoso do transtorno de ansiedade generalizada, o médico deve pesar sobre os riscos e benefícios de manter o tratamento, já que hoje há evidências de que continuar ISRS, por exemplo, durante a gestação pode prevenir riscos associados com sintomas ansiosos e depressão comórbida, inclusive trabalho de parto pré-termo<sup>32, 33</sup>.

### 8.3. Tempo de tratamento e critérios de interrupção

O tratamento deve ser mantido por um ano após remissão dos sintomas, devido ao curso normalmente crônico e com recidivas deste transtorno. A interrupção deve ser feita após avaliação conjunta entre médico e paciente do quadro atual (com remissão dos

---

<sup>31</sup> Vide, entre outras comparações:

MOON, CA; JAGO, W; WOOD, K; DOOGAN, DP. A double-blind comparison of sertraline and clomipramine in the treatment of major depressive disorder and associated anxiety in general practice. **J Psychopharmacol**. 1994 Jan;8(3):171-6. doi: 10.1177/026988119400800306.

GOUVEA DA COSTA, Carolina Zdrozny et al. Comparison Among Clomipramine, Fluoxetine, and Placebo for the Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. **Journal of child and adolescent psychopharmacology**, v. 23, n. 10, p. 687-692, DEC 1 2013. Disponível em: <<http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/cap.2012.0110>>.

<sup>32</sup> MASSACHUSETTS General Hospital Center for Women's Mental Health. **Psychiatric disorders during pregnancy**. 2013. Disponível em: <<http://womensmentalhealth.org>>.

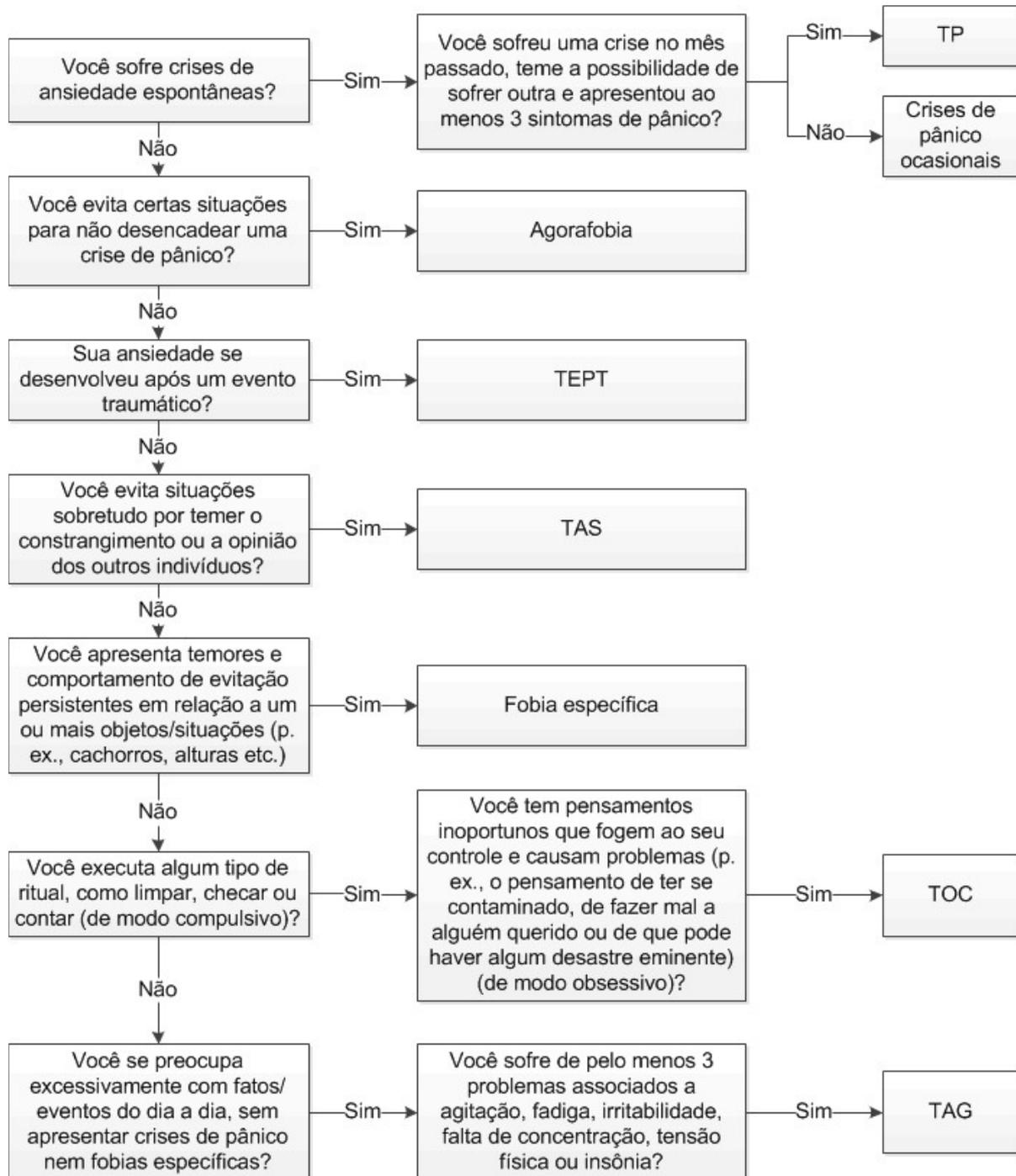
<sup>33</sup> RAY S, STOWE ZN. The use of antidepressant medication in pregnancy. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**. 2014;28:71-83. Disponível em: <<http://www.bestpracticeobgyn.com/article/S1521-6934%2813%2900136-3/abstract>>.

sintomas), contexto e risco de recidivas, e compreensão do paciente sobre os riscos e benefícios. Deve ser oferecida durante todo o tratamento e reforçada no momento da interrupção psicoeducação a respeito de fatores desencadeantes e estressores de quadros de ansiedade, sintomas de recidiva e como buscar novo tratamento.

#### **8.4. Benefícios esperados**

Todo paciente recebendo tratamento deve ser monitorado e ter sua resposta ao tratamento avaliada a cada consulta. Um erro comum que deve ser evitado é iniciar tratamento e não propor um seguimento estruturado do transtorno, deixando o problema se disfarçar entre outras queixas nas consultas seguintes, ou mesmo deixando os retornos a critério do paciente. Os objetivos centrais do tratamento do TAG são a melhora dos sintomas de ansiedade e a redução ou eliminação da incapacidade.

## 9. ALGORITMO – DIAGNÓSTICOS DOS TRANSTORNOS ANSIOSOS



Fonte: IACOVIELLO Brian; MATHEW, Sanjay J. Transtornos de ansiedade. **Medicina Net**. Disponível em: <[http://www.medicinanet.com.br/conteudos/acp-medicine/4642/transtornos\\_de\\_ansiedade\\_%E2%80%93\\_brian\\_m\\_iacoviello\\_phd\\_sanjay\\_j\\_mathew\\_md.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/acp-medicine/4642/transtornos_de_ansiedade_%E2%80%93_brian_m_iacoviello_phd_sanjay_j_mathew_md.htm)>.