

# Ansiedade: Erros de Abordagem e Importância na Avaliação Precoce dos Quadros Demenciais



**Dr. Almeida Nunes**

Especialista em Medicina Interna.

Ex-Assistente Graduado do Hospital de Santa Marta, Lisboa.  
CLIMI, Lisboa.

**Dr. Almeida Nunes** - Qual é o erro mais frequente na abordagem da ansiedade e da depressão na clínica diária, por parte dos especialistas de Medicina Geral e Familiar?

**Dr. Vítor Cotovio** - Actualmente, a ansiedade não complicada, as depressões reactivas e os quadros mistos de depressão e ansiedade podem e devem ser diagnosticados e tratados pelo Médico de Família, entre outras razões, até porque a sua prevalência e incidência não permite uma abordagem exclusivamente psiquiátrica. Claro que as depressões endógenas, com histórico grave, e os quadros de ansiedade grave poderão ser encaminhados para a Psiquiatria. Neste contexto, um dos principais erros do Médico de Família na abordagem da ansiedade e da depressão e poderá ser tratar as depressões reactivas, ou seja o tipo de depressões que são mais frequentes na clínica do dia a dia, como se fossem perturbações de ansiedade. Isto, porque se uma depressão for tratada com ansiolíticos, como as benzodiazepinas, a pessoa doente corre o risco de ficar dependente destes e a depressão poderá agravar-se. Na clínica do

dia-a-dia da Medicina Geral e Familiar e da Medicina Interna predominam os quadros mistos de ansiedade e depressão. Ora, a ansiedade ligada à depressão pode responder a determinado tipo de antidepressivos, não sendo necessário, nestes doentes, utilizar ansiolíticos. Portanto, não se deve tratar uma depressão com ansiolíticos, mas pode tratar-se a ansiedade com antidepressivos.

Dantes, quando só existiam os antidepressivos antigos (tricíclicos, etc), o Médico de Família tinha alguma inibição em utilizá-los devido aos seus efeitos secundários. Por esse motivo, e também por ter muito menor formação na área da Saúde Mental, mais quadros mistos de depressão e ansiedade e depressões reactivas eram então tratadas pelo Médico de Família, incorrectamente, com ansiolíticos. Mesmo assim, persistem lacunas de formação dos especialistas de Medicina Geral e Familiar na área da Saúde Mental que ocasionam ainda algumas vezes esse erro.

**Dr. Almeida Nunes** - O que pode dizer-nos sobre a questão da ansiedade como possível manifestação inicial de quadros demenciais?

**Dr. Vítor Cotovio** - Na prática clínica temos sempre de estar atentos para identificarmos precocemente os défices cognitivos ligeiros que se enquadram nas perturbações neurocognitivas e que vão interferir em várias funções dos domínios cognitivos (atenção, memória, função executiva, linguagem). Quando os quadros já estão instalados é fácil percebermos que estamos perante uma perturbação neurocognitiva, mais ou menos grave. Quando os quadros se iniciam de uma forma larvar, subliminar, o que acontece é que estas pessoas, ao perceberem que podem estar a perder algumas competências tem em relação a isso uma atitude, que serve quase como diagnóstico diferencial, que é omitirem, esconderem (mesmo em relação à memória fazem substituições, confabu-



**Dr. Vítor Cotovio**

Médico Psiquiatra e Psicoterapeuta.

Diretor Clínico do Hospital Psiquiátrico Casa de Saúde do Telhal (CST).

lam) e tentarem preencher lacunas com outras coisas, para que os envolventes não detectem. Como elas próprias não se sentem bem com isso, podemos ter algum sinalizador de perturbação neurocognitiva através daquilo que é a angústia ansiosa que a pessoa pode ter perante a identificação dos seus défices cognitivos, ainda ligeiros. Muitas vezes a associação entre uma ansiedade, uma angústia ansiosa e aquilo que é a percepção que a pessoa tem de perdas de capacidade podem cruzar-se e faz sentido, nesses casos, efectuar, se possível, uma avaliação neuropsicológica para determinar se o quadro pode ser imputado a alterações de ordem degenerativa.

Por outro lado, quando uma pessoa tem uma perturbação de ansiedade tem também condicionamentos das suas capacidades cognitivas, por isso coloca-se sempre a questão do que começou primeiro: eu tenho angústia ansiosa porque percepcionei o meu défice e estou a escondê-lo ou sou ansioso e por estar ansioso tenho um condicionamento da atenção e da

(continua na página 30...)

Navarro-Sarabia F, Coronel P, Collantes E, Navarro FJ, de la Serna AR, Naranjo A, et al; AMELIA study group. A 40-month multicentre, randomised placebo-controlled study to assess the efficacy and carry-over effect of repeated intra-articular injections of hyaluronic acid in knee osteoarthritis: the AMELIA project. *Ann Rheum Dis*. 2011 Nov; 70(11): 1957-62.

## À CONVERSA COM O ESPECIALISTA • TALKING WITH THE SPECIALIST

*Dr. Almeida Nunes e Dr. Vítor Cotovio**(...continuado da página 26)*

concentração só devido à minha ansiedade? Nesse contexto, uma avaliação neuropsicológica consegue perceber se o défice cognitivo é devido à ansiedade ou depressão ou a outras razões (p.ex. alterações degenerativas).

**Dr. Almeida Nunes** - A avaliação neurocognitiva é facilmente exequível para os colegas de Medicina Geral e Familiar?

**Dr. Vítor Cotovio** - Não é facilmente exequível, porque pressupõe formação na área da Neuropsicologia e, no nosso país, não existem muitas pessoas com formação nessa área. Mas o

médico deve ter sempre esse paradigma em mente, para diagnosticar precocemente perturbações neurocognitivas, mesmo que a ju-sante possa ser difícil o acesso a esse tipo de avaliação. A dificuldade de acesso não deve invalidar que essa avaliação faça parte do nosso algoritmo de diagnóstico. ▲

**As Normas de Publicação de Anamnesis encontram-se no novo site da revista: <http://www.anamnesis-revistamedica.com>**