

# **INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ**

## **MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

### **PERTURBAÇÕES DA ANSIEDADE: ABORDAGENS FARMACOLÓGICAS E AVALIAÇÃO EXPLORATÓRIA DO CONSUMO DE FÁRMACOS**

Trabalho submetido por  
**Jean-Noël Flavien Maleek da Silva**  
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

**Outubro de 2024**



# INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

## MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

### PERTURBAÇÕES DA ANSIEDADE: ABORDAGENS FARMACOLÓGICAS E AVALIAÇÃO EXPLORATÓRIA DO CONSUMO DE FÁRMACOS

Trabalho submetido por  
**Jean-Noël Flavien Maleek da Silva**  
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

Trabalho orientado por  
**Prof.<sup>a</sup> Doutora Isabel Margarida Costa**

e coorientado por  
**Prof.<sup>a</sup> Doutora Alexandra Figueiredo**  
**Prof. Doutor Ricardo Baúto**

**Outubro de 2024**



## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer sinceramente à minha orientadora, a Professora Doutora Isabel Margarida Costa, por seu apoio constante, sua disponibilidade, seus conselhos preciosos e seu envolvimento ao longo da elaboração deste trabalho. Sua paciência e sua benevolência foram pilares essenciais no meu percurso, e estou profundamente agradecido por tudo o que me proporcionou.

Aos meus coorientadores, Professores Doutores Alexandra Figueiredo e Ricardo Baúto, agradeço pela ajuda inestimável, observações pertinentes e vastos conhecimentos que tanto me ajudaram na redação deste trabalho.

À Joey, obrigado por tudo, pelo teu apoio infalível e incondicional, e pelo carinho. Foste um verdadeiro pilar nos meus estudos e uma ajuda inestimável. Sou profundamente grato por te ter reencontrado.

À Priscille, minha parceira, minha melhor amiga e minha farmacêutica preferida. Obrigado por todos os momentos inesquecíveis que partilhámos, pelas nossas brincadeiras e pela tua preciosa amizade ao longo destes cinco anos.

Aos meus amigos da faculdade Morgane Alice, Eloïse, Clara, Antonin e todos os outros amigos com quem passei momentos inesquecíveis durante estes cinco anos. Um grande obrigado também aos meus amigos da França.

Ao Dr. Gonçalo e a toda a equipa da Farmácia Central de Almada, obrigado pelo vosso acolhimento caloroso e por me terem transmitido tanto conhecimento.

Aos meus pais, pelo seu amor e apoio, e por sempre acreditarem em mim, mesmo quando eu duvidava. Estiveram comigo em todas as etapas deste percurso, e por isso, estou infinitamente grato.

E por fim, à Doris, ma *grande âme sœur*, que sempre soube demonstrar um amor maximalista e intemporal por mim.



## RESUMO

As perturbações de ansiedade são os quadros psiquiátricos mais comuns a nível mundial, gerando consequências significativas para a saúde mental, física e qualidade de vida. A terapia pode incluir o uso combinado de psicofármacos (antidepressivos de uso contínuo e ansiolíticos pontuais) e terapias alternativas, como a psicoterapia (focada sobretudo em modelos cognitivo-comportamentais).

O objetivo deste estudo foi descrever os medicamentos mais utilizados no tratamento das perturbações de ansiedade, fazer uma análise exploratória do seu consumo e as principais terapias não medicamentosas.

Foi realizada uma revisão da literatura sobre estas perturbações, a terapia farmacológica e as abordagens não medicamentosas. Seguidamente, foi feita uma investigação mista com um questionário, para avaliar, de modo exploratório e descritivo, os tratamentos para perturbações de ansiedade. Este questionário foi distribuído em Portugal e França, obtendo-se 398 e 172 respostas, respetivamente.

Ambos os grupos apresentaram características comuns, como a percentagem de participantes diagnosticados (cerca de um quarto dos respondentes) e a preferência por monoterapia medicamentosa. Em Portugal, os fármacos mais mencionados foram sertralina, valeriana e escitalopram, enquanto em França foram valeriana, alprazolam e venlafaxina. Em ambas as amostras, a duração dos tratamentos ultrapassou, em geral, um ano, e a maioria dos participantes não relatou efeitos secundários, revelando satisfação com o tratamento farmacológico. Em relação às estratégias não farmacológicas, a maioria dos participantes dos dois países demonstrou uma preferência significativa por exercícios de relaxamento, seguidos por psicoterapia e meditação. Entre os estudantes universitários, grupo importante nas duas amostras, destaca-se nos estudantes portugueses uma duração de toma de medicamentos mais curta e nos franceses uma frequência de toma mais pontual e maior satisfação com as abordagens não farmacológicas.

Este estudo realça as práticas terapêuticas na gestão das perturbações de ansiedade em Portugal e França, contribuindo para o conhecimento científico sobre a gestão desta condição.

**Palavras-chave:** saúde mental, perturbações de ansiedade, terapêutica farmacológica, consumo de fármacos.



## ABSTRACT

Anxiety disorders are the most common psychiatric conditions worldwide, leading to significant consequences for mental health, physical well-being, and quality of life. Therapy may include a combination of psychotropic medications (continuous-use antidepressants and as-needed anxiolytics) and alternative therapies, such as psychotherapy (primarily focused on cognitive-behavioral models).

The aim of this study was to describe the most commonly used medications for treating anxiety disorders, conduct an exploratory analysis of their consumption, and examine the main non-pharmacological therapies.

A literature review was conducted on these disorders, pharmacological therapy, and non-pharmacological approaches. Subsequently, a mixed-method investigation was carried out with a questionnaire to exploratory and descriptively assess treatments for anxiety disorders. This questionnaire was distributed in Portugal and France, yielding 398 and 172 responses, respectively.

Both groups presented common characteristics, such as the percentage of participants diagnosed (about a quarter of respondents) and a preference for medication monotherapy. In Portugal, the most frequently mentioned medications were sertraline, valerian, and escitalopram, while in France, they were valerian, alprazolam, and venlafaxine. In both samples, the duration of treatments generally exceeded one year, and most participants did not report side effects, indicating satisfaction with pharmacological treatment. Regarding non-pharmacological strategies, most participants from both countries showed a significant preference for relaxation exercises, followed by psychotherapy and meditation. Among university students, an important group in both samples, Portuguese students reported a shorter duration of medication use, while French students exhibited a more occasional medication frequency and greater satisfaction with non-pharmacological approaches.

This study highlights therapeutic practices in managing anxiety disorders in Portugal and France, contributing to scientific knowledge on managing this condition.

**Keywords:** mental health, anxiety disorders, pharmacological therapy, drug consumption.



## RÉSUMÉ

Les troubles anxieux sont les troubles psychiatriques les plus courants dans le monde, entraînant des conséquences significatives sur la santé mentale, physique et la qualité de vie. La thérapie peut inclure une utilisation combinée de psychotropes (antidépresseurs à usage continu et anxiolytiques de manière ponctuelle) et de thérapies alternatives, telles que la psychothérapie (principalement axée sur des modèles cognitivo-comportementaux).

L'objectif de cette étude était de décrire les médicaments les plus utilisés dans le traitement des troubles anxieux, de réaliser une analyse exploratoire de leur consommation et d'examiner les principales thérapies non médicamenteuses.

Une revue de la littérature a été réalisée sur ces troubles, la thérapie pharmacologique et les approches non médicamenteuses. Ensuite, une enquête mixte a été menée à l'aide d'un questionnaire pour évaluer, de manière exploratoire et descriptive, les traitements des troubles anxieux. Ce questionnaire a été distribué au Portugal et en France, obtenant respectivement 398 et 172 réponses.

Les deux groupes ont présenté des caractéristiques communes, telles que le pourcentage de participants diagnostiqués (environ un quart) et la préférence pour une monothérapie médicamenteuse. Au Portugal, les médicaments les plus mentionnés étaient la sertraline, la valériane et l'escitalopram, tandis qu'en France, ils étaient la valériane, l'alprazolam et la venlafaxine. Dans les deux échantillons, la durée des traitements a généralement dépassé un an, et la majorité des participants n'a pas signalé d'effets secondaires, indiquant une satisfaction avec le traitement pharmacologique. En ce qui concerne les stratégies non pharmacologiques, la majorité des participants des deux pays a montré une préférence significative pour les exercices de relaxation, suivis de la psychothérapie et la méditation. Parmi les étudiants universitaires, un groupe important dans les deux échantillons, les Portugais ont signalé une durée de prise de médicaments plus courte, tandis que les Français ont montré une fréquence de prise plus ponctuelle et une plus grande satisfaction avec les approches non médicamenteuses.

Cette étude met en avant les pratiques thérapeutiques dans la gestion des troubles anxieux au Portugal et en France, contribuant ainsi à la connaissance scientifique sur la gestion de cette condition.

**Mots clés :** santé mentale, troubles de l'anxiété, thérapie pharmacologique, consommation de médicaments.



## ÍNDICE GERAL

<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>8</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	<b>10</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	<b>11</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>PARTE 1: PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE, TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA E ABORDAGENS NÃO MEDICAMENTOSAS</b>	
<b>I. Apresentação clínica das perturbações de ansiedade</b> .....	<b>21</b>
I.1. Etiologia e fisiopatologia .....	21
I.2. Apresentação das principais perturbações de ansiedade .....	22
I.3. Sintomatologia .....	23
I.4. Diagnóstico .....	24
<b>II. Terapêutica farmacológica</b> .....	<b>25</b>
II.1. Objetivos terapêuticos.....	25
II.2. Antidepressivos.....	25
II.3. Benzodiazepinas .....	27
II.4. Buspirona .....	31
II.5. Tratamentos alternativos.....	32
II.6. Recomendações terapêuticas .....	33
<b>III. Abordagens não-medicamentosas para o tratamento da ansiedade</b> .....	<b>37</b>
III.1. Psicoterapia.....	37
III.2. Fitoterapia.....	38
III.3. Suplementos alimentares .....	39
III.4. Outras abordagens não medicamentosas .....	40
<b>PARTE 2: AVALIAÇÃO EXPLORATÓRIA DO CONSUMO DE FÁRMACOS PARA AS PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE</b>	
<b>I. Materiais e métodos</b> .....	<b>41</b>
I.1. Tipo do estudo.....	41
I.2. Conceção do questionário .....	41
I.3. Divulgação do questionário.....	42
I.4. Critérios de inclusão e de exclusão .....	42
I.5. Recolha e análise de dados.....	44
<b>II. Resultados e discussão</b> .....	<b>45</b>
II.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes nos questionários .....	45
II.2. Caracterização do consumo de medicamentos e SA para PA em Portugal .....	48
II.3. Caracterização do consumo de medicamentos e SA para PA em França.....	55
II.4. Caracterização da utilização de estratégias não medicamentosas em Portugal .....	62
II.5. Caracterização da utilização de estratégias não- medicamentosas em França .....	65
II.6. Caracterização da população de estudantes universitários .....	67
II.7. Limitações.....	72
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>73</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>77</b>
<b>ANEXOS</b>	

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Mapa da distribuição global das perturbações de ansiedade em 2019 (Javaid et al., 2023) .....	16
<b>Figura 2</b> - Mapa das evoluções da prevalência da PA em relação à pandemia de Covid-19 em 2020 (Santomauro et al., 2021).....	16
<b>Figura 3</b> - Estrutura química das principais benzodiazepinas (Sanabria et al., 2021)...	28
<b>Figura 4</b> - Fluxograma dos critérios de inclusão e validação do questionário Q-TUA PT .....	43
<b>Figura 5</b> - Fluxograma dos critérios de inclusão e validação do questionário Q-TUA FR .....	44
<b>Figura 6</b> - Frequência de participantes portugueses que consumiram medicamentos ou SA para PA nos últimos 3 meses (% , N=398).....	48
<b>Figura 7</b> - Fluxograma da distribuição dos participantes Q-TUA PT segundo o diagnóstico e o tratamento medicamentoso .....	48
<b>Figura 8</b> - Distribuição percentual dos participantes portugueses diagnosticados com PA (N= 113) segundo o profissional de saúde responsável pelo diagnóstico .....	49
<b>Figura 9</b> - Distribuição dos consumidores portugueses de medicamentos ou SA para PA segundo o diagnóstico (% , N=93) .....	49
<b>Figura 10</b> - Frequência de participantes portugueses que consumiram medicamentos ou SA para PA em função do tipo de medicação (% , N=93) .....	50
<b>Figura 11</b> - Distribuição de participantes portugueses que consumiram medicamentos para PA em função do número de medicamentos consumidos (% , N=81) .....	50
<b>Figura 12</b> - Distribuição percentual de medicamentos consumidos para os participantes consumidores portugueses para PA (N=122) .....	51
<b>Figura 13</b> - Distribuição dos medicamentos consumidos pelos participantes portugueses, segundo quem aconselhou/prescreveu (% , N=122) .....	52
<b>Figura 14</b> - Distribuição dos medicamentos consumidos pelos participantes portugueses não diagnosticados com PA, segundo quem aconselhou/prescreveu (% , N=22).....	52
<b>Figura 15</b> - Frequência da toma de medicamentos ou suplementos para PA pelos participantes portugueses (% , N=93) .....	53
<b>Figura 16</b> - Duração da toma de medicamentos ou SA para PA pelos participantes portugueses (% , N=93).....	53
<b>Figura 17</b> - Grau de satisfação com a terapêutica (medicamentosos ou SA) para PA pelos participantes portugueses (% , N=93) .....	53
<b>Figura 18</b> - Efeitos secundários dos medicamentos ou SA relatados pelos participantes portugueses (% , N=93) .....	54
<b>Figura 19</b> - Frequência de participantes franceses que consumiram medicamentos ou SA para PA nos últimos 3 meses (% , N=172).....	55
<b>Figura 20</b> - Fluxograma da distribuição dos participantes Q-TUA FR segundo o diagnóstico e o tratamento medicamentoso .....	55
<b>Figura 21</b> - Distribuição percentual dos participantes franceses diagnosticados com PA (N= 41) segundo o profissional de saúde responsável pelo diagnóstico .....	56

<b>Figura 22</b> - Distribuição dos consumidores franceses de medicamentos ou SA para PA segundo o diagnóstico (% , N=39) .....	56
<b>Figura 23</b> - Frequência de participantes franceses que consumiram medicamentos ou SA para PA em função do tipo de medicação (% , N=39).....	57
<b>Figura 24</b> - Distribuição de participantes franceses que consumiram medicamentos para PA em função do número de medicamentos consumidos (% , N=35).....	57
<b>Figura 25</b> - Distribuição percentual de medicamentos consumidos para os participantes consumidores franceses para PA (N=44) .....	58
<b>Figura 26</b> - Distribuição dos medicamentos consumidos pelos participantes franceses segundo quem prescreve/aconselha (% , N=44).....	59
<b>Figura 27</b> - Distribuição dos medicamentos consumidos pelos participantes franceses não diagnosticados com PA segundo o prescritor (% , N=17).....	59
<b>Figura 28</b> - Frequência da toma de medicamentos ou SA para PA pelos participantes franceses (% , N=39) .....	60
<b>Figura 29</b> - Duração da toma de medicamentos ou SA para PA pelos participantes franceses (% , N=39) .....	60
<b>Figura 30</b> - Grau de satisfação com a terapêutica (medicamentosos ou SA) para PA pelos participantes franceses (% , N=39) .....	61
<b>Figura 31</b> - Efeitos secundários dos medicamentos ou SA para PA relatados pelos participantes franceses (% , N=39).....	61
<b>Figura 32</b> - Frequência de participantes portugueses que utilizam ou já utilizaram estratégias não medicamentosas para lidar com PA (% , N=398).....	62
<b>Figura 33</b> - Frequência de participantes portugueses que atualmente utilizam estratégias não medicamentosas para lidar com PA (% , N=225).....	62
<b>Figura 34</b> - Distribuição percentual de estratégias não medicamentosas utilizadas pelos participantes portugueses para PA (N=369).....	63
<b>Figura 35</b> - Duração da utilização de estratégias não medicamentosas para lidar com PA entre participantes portugueses que as utilizam atualmente (% , N=178).....	63
<b>Figura 36</b> - Grau de satisfação com as estratégias não medicamentosas para PA pelos participantes portugueses (% , N=225) .....	63
<b>Figura 37</b> - Frequência de participantes franceses que utilizam ou já utilizaram estratégias não medicamentosas para lidar com PA (% , N=172).....	65
<b>Figura 38</b> - Frequência de participantes franceses que atualmente utilizam estratégias não medicamentosas para lidar com PA (% , N=103).....	65
<b>Figura 39</b> - Distribuição percentual de estratégias não medicamentosas utilizadas pelos participantes franceses para PA (N=200) .....	66
<b>Figura 40</b> - Duração da utilização de estratégias não medicamentosas para lidar com PA entre participantes franceses que as utilizam atualmente (% , N=75).....	66
<b>Figura 41</b> - Grau de satisfação com as estratégias não medicamentosas para PA pelos participantes franceses (% , N=103).....	66
<b>Figura 42</b> - Fluxograma da distribuição dos participantes UNI Q-TUA PT segundo o diagnóstico e o tratamento medicamentoso.....	67
<b>Figura 43</b> - Fluxograma da distribuição dos participantes UNI Q-TUA FR segundo o diagnóstico e o tratamento medicamentoso.....	68

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Classificação das benzodiazepinas em função do tempo de semi-vida de eliminação (adaptado de Mirko Petrovic, 2002) .....	29
<b>Tabela 2</b> – Recomendações terapêuticas para as principais perturbações de ansiedade (adaptado de Wells et al., 2015) .....	34
<b>Tabela 3</b> – Diferentes psicoterapias utilizadas no tratamento da PAG (adaptado de DeMartini et al., 2019) .....	38
<b>Tabela 4</b> - Mecanismos de ação das plantas e especiarias medicinais para as PA (adaptado de Pillon et al., 2013) .....	39
<b>Tabela 5</b> - Mecanismos de ação dos minerais, vitaminas e aminoácidos para as PA (adaptado de Pillon et al., 2013) .....	40
<b>Tabela 6</b> - Distribuição percentual dos participantes do questionário Q-TUA PT segundo as características sociodemográficas (% , N=398).....	46
<b>Tabela 7</b> - Distribuição percentual dos participantes do questionário Q-TUA FR segundo as características sociodemográficas (% , N=172).....	47
<b>Tabela 8</b> - Distribuição percentual dos participantes estudantes universitários dos questionários Q-TUA PT e Q-TUA-FR segundo o consumo de medicamentos e SA para as PA.....	70
<b>Tabela 9</b> - Distribuição percentual dos participantes estudantes universitários dos questionários Q-TUA PT e Q-TUA-FR segundo a utilização de estratégias não medicamentosas para as PA .....	71

## LISTA DE ABREVIATURAS

- 5-HT** – Serotonina (5-hidroxitriptamina)
- AD** – Antidepressivo
- ADT** – Antidepressivo Tricíclico
- ANSM** – Agência Nacional de Segurança do Medicamento (*Agence Nationale de Sécurité du Médicament*)
- BZD** – Benzodiazepina
- DASS-21** – Escala de Depressão Ansiedade e Stress - 21 Itens (*Depression Anxiety and Stress Scale- 21 Items*)
- DDD** – Dose Diária Definida por 1000 habitantes por dia
- DGS** – Direção-Geral da Saúde
- DSM-V** – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª edição (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*)
- ES** – Efeito Secundário
- FR** – França
- GABA** – Ácido Gama-AminoButírico (*Gamma-AminoButyric Acid*)
- IMAO** – Inibidores da Monoamina Oxidase
- INSA** – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
- ISRS** – Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina
- ISRSN** – Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina
- NA** – Noradrenalina
- NICE** – Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (*National Institute for Health and Care Excellence*)
- NT** – Neurotransmissor
- OCDE** – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PA** – Perturbação de Ansiedade
- PAG** – Perturbação de Ansiedade Generalizada
- POC** – Perturbação Obsessivo-Compulsiva
- PSPT** – Perturbação de Stress Pós-Traumático
- PT** – Portugal
- Q-TUA** – Questionário sobre as Terapêuticas utilizadas nas Perturbações da Ansiedade

**Q-TUA FR** – Questionário sobre as Terapêuticas utilizadas nas Perturbações da Ansiedade em língua francesa para a população residente em França

**Q-TUA PT**– Questionário sobre as Terapêuticas utilizadas nas Perturbações da Ansiedade em língua portuguesa para a população residente em Portugal

**SA** – Suplemento Alimentar

**SNC** – Sistema Nervoso Central

**TCC** – Terapia Cognitivo-Comportamental

**UNI** – Universitário

## INTRODUÇÃO

As perturbações de ansiedade (PA) são os quadros psiquiátricos mais comuns em todo o mundo (Garakani et al., 2020), estimando-se que afete, atualmente, cerca 4% da população mundial, o que corresponde a mais de 300 milhões de pessoas (Javaid et al., 2023). As pessoas que sofrem de ansiedade têm maior probabilidade de desenvolver outras perturbações, como depressão, complicações cardiovasculares, respiratórias e metabólicas. A ansiedade, para além das repercussões na saúde física e mental, acarreta ainda custos económicos e sociais (Penninx et al., 2021; Wells et al., 2015). As PA afetam a produtividade e a qualidade de vida, aumentam o absentismo escolar e profissional, entre outros aspetos (Wells et al., 2015). A Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que as PA são o sexto fator responsável pela perda de saúde não fatal a nível mundial (WHO, 2017).

### *Definição do tema*

A ansiedade é uma resposta natural do organismo a diferentes ameaças, sejam estas ambientais e/ou psicológicas, que se manifesta através de estados psíquicos, mentais e físicos desagradáveis. No entanto, a ansiedade pode tornar-se patológica quando é desencadeada por uma situação imaginária, injustificada ou desproporcionada. Esta perturbação pode manifestar-se quantitativamente por uma intensidade excessiva ou uma frequência elevada, bem como qualitativamente, por reações inadequadas e descontroladas (ANEPC et al., 2018).

Distinguem-se várias formas de perturbações de ansiedade, que diferem entre si consoante a ameaça, o comportamento de evitamento subjacente e o raciocínio cognitivo. De acordo com a *American Psychiatric Association*, as principais PA são: perturbação de ansiedade generalizada (PAG), perturbação de pânico, fobias específicas, agorafobia, fobia social, perturbação de ansiedade de separação, perturbação obsessivo-compulsiva (POC) e perturbação de stress pós-traumático (PSPT), que serão descritas mais detalhadamente na Parte I da monografia (American Psychiatric Association, 2013). Todas as PA apresentam sintomas comuns: a nível somático, ocorrem sintomas cardiovasculares, respiratórios, gastrointestinais, músculo-esqueléticos, metabólicos e termorreguladores; a nível psicocognitivo, ocorre apreensão, excitabilidade, dificuldade

de concentração, bem como perturbações da memória e do sono (American Psychiatric Association, 2013; Belon, 2019).

A terapia da ansiedade, poderá conjugar uma abordagem baseada na utilização conjunta de psicofármacos e psicoterapia, sendo a última fundamentalmente focada em modelos terapêuticos cognitivo-comportamentais. A abordagem farmacológica baseia-se essencialmente na utilização de antidepressivos (AD) de forma continuada, nomeadamente, inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) e inibidores seletivos da recaptção da serotonina e noradrenalina (ISRSN) e ansiolíticos, principalmente, benzodiazepinas (BZD) em caso de crise. O Dicionário Médico define os antidepressivos como medicamentos que melhoram os episódios ou estados depressivos, enquanto os ansiolíticos melhoram as crises de ansiedade, de pânico e de nervosismo (Manuila et al., 2003). Podem ainda ser utilizadas outras classes de fármacos, nomeadamente antipsicóticos, anti-histamínicos, anti-epiléticos, medicamentos à base de plantas e suplementos alimentares (SA) (ANEPC et al., 2018; Rector et al., 2017). O modelo psicoterapêutico reconhecido como mais eficaz baseia-se na terapia cognitivo-comportamental (TCC). A TCC representa um modelo que combina a eficácia do tratamento comportamental com a compreensão cognitiva. Ao integrar estratégias de modificação de comportamento com a reestruturação cognitiva, a TCC oferece um tratamento robusto e adaptável para diversas condições psicológicas. Estes dois tipos de tratamento são igualmente eficazes e eficientes sendo a combinação de ambos, muitas vezes, a abordagem mais recomendada (Bandelow et al., 2015; Ströhle et al., 2018).

Este estudo engloba uma avaliação exploratória do consumo de fármacos para tratamento das PA. Fundamenta-se na elaboração e divulgação de um Questionário sobre as Terapêuticas utilizadas nas Perturbações da Ansiedade (Q-TUA), em Portugal (Q-TUA PT) e em França (Q-TUA FR), seguido de análise dos resultados para recolher dados sobre a utilização de fármacos e terapias não farmacológicas, com o objetivo de comparar o perfil de consumo de fármacos para as PA entre as duas populações.

### *Enquadramento*

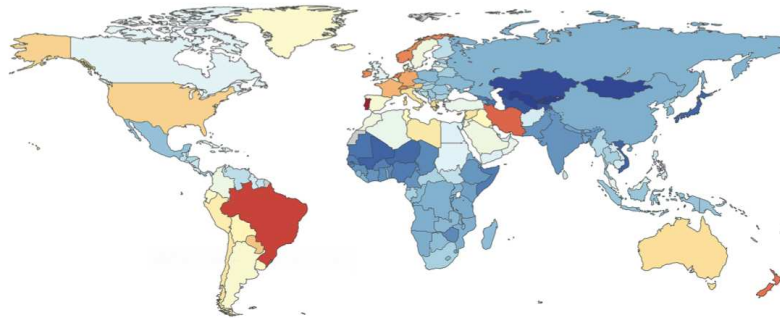
Atualmente, as BZD, no âmbito do tratamento das PA, são recomendadas de forma não continuada (duas a quatro semanas), devido ao seu risco de dependência e tolerância. Devem ser acompanhadas de um tratamento de primeira linha com AD (ISRS

ou ISRSN) durante um mínimo de 6 meses, para evitar o risco de recaída, e eventualmente com um tratamento psicológico e mudanças de estilo de vida (ANEPC et al., 2018; DGS, 2011; NICE, 2019). Apesar destas recomendações, muitas pessoas continuam a utilizá-las de forma crónica para tratar as PA (Bonnay et al., 2021).

As BZD continuam a ser uma das classes farmacológicas mais utilizadas no mundo. Segundo o relatório de 2019 do *International Narcotics Control Board*, em 2018, as BZD representavam quase metade da produção e do consumo de medicamentos psicotrópicos em todo o mundo (Narcotics Control Board, 2019).

De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Portugal e França estão entre os maiores consumidores de ansiolíticos (classificação N05B) e hipnóticos (N05C). A unidade de medida utilizada pela OCDE para indicar o consumo de fármacos é a Dose Diária Definida por 1000 habitantes por dia (DDD). A OMS define a DDD como “a dose média de manutenção assumida por dia para um medicamento utilizado para a sua principal indicação em adultos” (World Health Organization, 2024). Na realidade, segundo a base de dados estatísticos da OCDE sobre o consumo de fármacos, em 2021 Portugal era o primeiro consumidor de ansiolíticos entre os países da OCDE, com 85,9 DDD e França ocupava o quarto lugar (47 DDD) (OCDE, 2022). Em PT e FR, o consumo de ansiolíticos é particularmente elevado e preocupante, apesar das regulamentações massivas, das intervenções sanitárias e das campanhas de sensibilização (ANSM, 2017; Conselho Nacional de Saúde, 2019). Em 2016, 18,4 % da população portuguesa utilizou BZD (Conselho Nacional de Saúde, 2019), enquanto em 2015, esse número era de 13,4 % em França (ANSM, 2017). Em ambos os países, as BZD com efeito ansiolítico são mais utilizadas do que as hipnóticas, com um consumo maior entre as mulheres e o alprazolam como a molécula mais comum (ANSM, 2017; Conselho Nacional de Saúde, 2019).

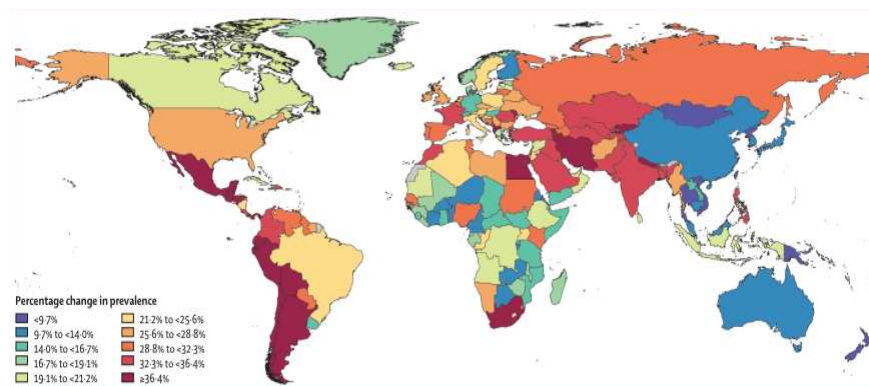
Em 2019, Portugal apresenta a prevalência de PA mais elevada, com 8,6 %, enquanto a da França é de 6,5 %. As prevalências dos outros países estão indicadas na Figura 1.



**Figura 1** - Mapa da distribuição global das perturbações de ansiedade em 2019(Javaid et al., 2023)

**Legenda** - Por ordem decrescente, da cor vermelho-escuro (indicando 8 600 casos/100 000 habitantes), para vermelha viva, depois laranja, amarelo, azul-claro e finalmente azul-escuro (2 000 casos/100 000 habitantes).

É importante realçar que a pandemia de Covid-19 deteriorou a saúde mental da população. Assistimos a um aumento das doenças mentais, nomeadamente das perturbações de ansiedade e depressivas. Efetivamente, diversos estudos relatam que a prevalência de PA no mundo quadruplicou durante a Covid-19, passando de 3,6% para 15,15%. Atribui-se, assim, um aumento de 76,2 milhões de casos de PA à pandemia de Covid-19 (Kupcova et al., 2023; Mallet et al., 2022; Santomauro et al., 2021). O mapa da Figura 2 revela a variação da prevalência das PA a nível mundial devido à Covid-19. A França e Portugal registaram um aumento significativo da prevalência da ansiedade, da ordem dos 34% e 30%, respetivamente.



**Figura 2** - Mapa das evoluções da prevalência da PA em relação à pandemia de Covid-19 em 2020 (Santomauro et al., 2021)

*Problemáticas*

Apesar das diretivas das autoridades incentivarem a redução da prescrição e do uso destes medicamentos, o consumo de BZD, hipnóticos e AD estagnou nos mesmos níveis em França desde 2018, enquanto em Portugal, o consumo de AD aumentou significativamente desde 2018, passando de 109 DDD em 2018 para 150 em 2022 (ANSM, 2017; Conselho Nacional de Saúde, 2019; OCDE, 2022).

Apesar das BZD serem utilizadas desde os anos 60, o seu mecanismo de ação ser bem conhecido e a sua eficácia e rapidez de resposta tenham sido demonstradas, muitos problemas associados à sua utilização permanecem inexplorados (ANEPC et al., 2018; Wick, 2013). As BZD apresentam efeitos secundários (ES) decorrentes da depressão do sistema nervoso central (SNC), tais como sonolência, confusão, perturbações da memória (amnésia), diminuição da coordenação motora e risco de quedas, diminuição da capacidade de condução e das funções cognitivas. Acarretam também, a longo prazo, um risco de tolerância (redução da resposta terapêutica com a mesma dose e necessidade de aumentar a dosagem), dependência física e psicológica e/ou síndrome de abstinência (reaparecimento dos sintomas durante a interrupção abrupta ou redução do tratamento) (ANEPC et al., 2018; Bandelow et al., 2017; Edinoff et al., 2021).

Por outro lado, os jovens recorrem cada vez mais às BZD ou hipnóticos, seja para fins terapêuticos, experimentais, recreativos ou para dopagem (Milhet & Langlois, 2016). O consumo de BZD em idosos também apresenta vários riscos. De facto, esta população é a mais suscetível aos ES das BZD, como as quedas e consequentes fraturas da anca, o comprometimento das funções cognitivas e os riscos associados ao uso crónico (Edinoff et al., 2021).

Os psicotrópicos, nomeadamente as BZD, têm sido objeto de uma utilização ilícita preocupante, que tem crescido constantemente nos últimos anos, com consequências potencialmente fatais, como a sobredosagem e a morte (Edinoff et al., 2021; Narcotics Control Board, 2019; Votaw et al., 2019). Consequentemente, emergiram numerosas interrogações sobre as abordagens terapêuticas da ansiedade. Podemos questionar sobre o estado da ansiedade pós-Covid-19 na população, os padrões de consumo, a eficácia e a segurança das opções terapêuticas, o cumprimento das diretrizes de prescrição, a contribuição das opções não-medicamentosas e o ponto de vista dos doentes. Esta monografia tenta abordar algumas das problemáticas encontradas na literatura sobre a ansiedade e a utilização de fármacos em Portugal e em França para o seu tratamento.

### *Metodologia utilizada*

Inicialmente foi conduzida uma revisão da literatura científica para descrever as PA e explorar as terapias recomendadas, sobretudo as medicamentosas. Em segundo lugar, foi concebido um questionário, distribuído em Portugal e em França para recolher dados sobre a prevalência das PA, bem como sobre o consumo de tratamentos farmacológicos, psicológicos e alternativos.

#### i. Revisão da literatura científica

A pesquisa da literatura foi efetuada em bases de dados científicas como PubMed, SciELO, B-On, ScienceDirect e Google Scholar, de outubro de 2023 a setembro de 2024, utilizando várias palavras-chave como: “ansiedade”, “tratamento da ansiedade”, “benzodiazepinas”, “antidepressivos”, “ansiolíticos” e outras, bem como os seus equivalentes em francês e inglês. Foram consideradas publicações científicas que datam de 2010 a 2024, com exceção de alguns artigos mais antigos, pela sua relevância científica (Lovibond & Lovibond, 1995; Manuila et al., 2003; Mirko Petrovic, 2002; Pais-Ribeiro et al., 2004; Richelson, 1994). As línguas utilizadas na pesquisa foram o português, o francês e o inglês. Foram realizadas pesquisas adicionais no Google para explorar *sites* internacionais como: OCDE e a Organização Mundial de Saúde (OMS) e páginas governamentais como o Infarmed, a Direção-Geral da Saúde (DGS) e o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) em Portugal e a ANSM em França.

#### ii. Breve metodologia do questionário

Em complemento à revisão da literatura, foi conduzida uma investigação em Portugal e em França para avaliar de forma exploratória a prevalência, bem como os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos das perturbações de ansiedade. A metodologia detalhada do questionário será desenvolvida na parte II da monografia.

### *Objetivo e organização da monografia*

#### i. Objetivo geral

Perante o contexto e as problemáticas anteriormente abordadas, esta monografia tem como principal objetivo descrever os fármacos mais usados na abordagem farmacológica das PA, bem como avaliar de forma exploratória o seu consumo.

#### ii. Objetivos específicos

Vários objetivos específicos complementam o principal: avaliar a prevalência das PA; medir a percepção da eficácia e dos efeitos secundários dos tratamentos medicamentosos ; definir as novas terapias alternativas adotadas pelas populações e a sua eficácia; contribuir para o desenvolvimento das investigações e o enriquecimento dos conhecimentos científicos sobre as PA e finalmente, realizar uma análise comparativa de todos esses elementos entre dois países que apresentam um consumo excessivo de ansiolíticos, hipnóticos e antidepressivos, bem como as suas populações de estudantes universitários.

#### iii. Organização

A monografia está estruturada em duas partes principais, permitindo uma análise aprofundada do tema. A primeira parte centra-se numa revisão da literatura sobre as perturbações de ansiedade, e as abordagens farmacológicas e não farmacológicas, enquanto a segunda consiste numa avaliação exploratória do consumo de fármacos, SA e estratégias não farmacológicas para as PA, através da análise do questionário.



## **PARTE 1: PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE, TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA E ABORDAGENS NÃO MEDICAMENTOSAS**

### **I. Apresentação clínica das perturbações de ansiedade**

As PA estão entre as doenças psiquiátricas mais comuns em todo o mundo (Ströhle et al., 2018). A prevalência das PA é particularmente acentuada nas mulheres, que têm 1,66 vezes mais probabilidades de sofrer destas perturbações do que os homens (Javaid et al., 2023). Além disso, as PA começam frequentemente na infância ou na adolescência, nomeadamente no caso das fobias específicas e da fobia social (Ströhle et al., 2018).

#### ***I.1. Etiologia e fisiopatologia***

A etiologia das PA é complexa e pode incluir vários fatores interdependentes, tais como fatores genéticos e antecedentes familiares de doença mental (American Psychiatric Association, 2013; Mishra & Varma, 2023; Wells et al., 2015). De facto, cerca de 25% dos indivíduos com familiares em primeiro grau com PAG estão em maior risco (Munir & Takov, 2022). Os fatores ambientais, nomeadamente condições socioeconómicas desfavoráveis ou de um contexto pessoal e/ou profissional difícil também desempenham um papel muito importante. Isso verifica-se especialmente nos jovens, como os maus-tratos na infância ou o abuso de substâncias na adolescência (Mishra & Varma, 2023; Rector et al., 2017; Zinbarg et al., 2022).

Além disso, muitos doentes desenvolvem PA sem que seja identificado um fator desencadeante aparente. Por exemplo, os indivíduos que sofrem de fobias específicas (FE), como a fobia de cobras, muitas vezes nunca foram expostos a uma experiência traumática com uma cobra (Rector et al., 2017; Zinbarg et al., 2022). Certas doenças podem desenvolver sintomas de ansiedade, como as doenças respiratórias, metabólicas ou mentais. A toma de determinados medicamentos também pode provocar sintomas de ansiedade, como os anti-inflamatórios não esteroides, os anticonvulsivantes ou os AD (Wells et al., 2015). Ademais, a meta-análise de Zimmermann et al., em 2020, identificou também fatores de risco modificáveis, especialmente em relação ao consumo de tabaco, café, álcool e cannabis.

Vários neurotransmissores (NT) estão envolvidos no desenvolvimento das PA, incluindo o ácido gama-aminobutírico (GABA), o glutamato, a serotonina (5-HT), a noradrenalina (NA) e a dopamina. Alguns destes NT estão envolvidos no mecanismo de ação dos tratamentos farmacológicos para as PA. Por exemplo, as BZD aumentam o efeito inibitório do GABA, enquanto alguns AD aumentam a concentração de 5-HT e NA, melhorando assim a regulação do humor e reduzindo os sintomas de ansiedade (American Psychiatric Association, 2013; Wells et al., 2015; Zinbarg et al., 2022).

Dado que as PA são muito heterogêneas, o papel relativo destes fatores varia de acordo com o tipo de perturbação. Por exemplo, algumas, como a perturbação de pânico, parecem ter uma base genética mais forte do que outras, embora os genes específicos envolvidos ainda não tenham sido identificados (Munir & Takov, 2022; Zinbarg et al., 2022).

### ***1.2. Apresentação das principais perturbações de ansiedade***

As PA são um grupo de perturbações que partilham a característica comum de medo e ansiedade excessivos. Estas são classificadas em várias categorias de acordo com a classificação do DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais), com base nas suas características clínicas. Cada tipo apresenta sintomas específicos, embora todos interfiram no quotidiano e na qualidade de vida do indivíduo devido ao excesso de ansiedade (American Psychiatric Association, 2013). Um indivíduo pode sofrer de várias PA ao mesmo tempo (Rector et al., 2017). Serão apresentadas as principais formas de PA de acordo com a classificação do DSM-V, cada uma com suas características específicas e impacto distinto no quotidiano.

A **perturbação de pânico** caracteriza-se por ataques de pânico frequentes, episódios súbitos de medo intenso, muitas vezes acompanhados de sintomas físicos (American Psychiatric Association, 2013; Rector et al., 2017; Wells et al., 2015).

A **agorafobia** envolve um medo intenso de estar em locais ou situações em que a fuga possa ser complicada ou embaraçosa, como locais públicos ou multidões (American Psychiatric Association, 2013; Rector et al., 2017; Ströhle et al., 2018).

A **ansiedade de separação**, que é muito comum nas crianças, envolve uma inquietação excessiva perante a ideia de se separar dos pais ou de substitutos (American Psychiatric Association, 2013).

A **fobia específica** é provocada por objetos ou situações particulares, como animais, injeções ou situações que envolvem alturas (American Psychiatric Association, 2013; Rector et al., 2017).

A **fobia social** é marcada por um medo intenso de situações sociais em que a pessoa possa ser julgada ou sentir-se embaraçada. Distingue-se da agorafobia pelo facto de as pessoas com fobia social se preocuparem principalmente com o julgamento dos outros, enquanto as pessoas com agorafobia se preocupam com as situações em que a fuga possa ser difícil (American Psychiatric Association, 2013).

A **POC** caracteriza-se por pensamentos intrusivos (obsessões) e comportamentos repetitivos (compulsões) (American Psychiatric Association, 2013; Rector et al., 2017).

A **PSPT** ocorre após um evento traumático e leva a flashbacks, pesadelos e hipervigilância (American Psychiatric Association, 2013; Rector et al., 2017).

A **PAG** caracteriza-se geralmente por uma ansiedade crónica excessiva que dura pelo menos seis meses, causando um stress considerável e dificuldade em controlar as preocupações quotidianas (American Psychiatric Association, 2013; Wells et al., 2015).

### ***1.3. Sintomatologia***

As PA manifestam-se clinicamente por sintomas cognitivos, psicológicos, somáticos e comportamentais. Estes sintomas são comuns a todas as PA, mas podem apresentar-se em graus e intensidades diferentes consoante a perturbação, o indivíduo e as comorbilidades (Belon, 2019; Penninx et al., 2021; Rector et al., 2017).

Os sintomas psicológicos e cognitivos são principalmente ansiedade excessiva, apreensão, preocupação, antecipação, pânico, irritabilidade, tensão, dificuldades de atenção e concentração, fuga e medo de morrer (Belon, 2019; Rector et al., 2017).

Os sintomas somáticos incluem problemas digestivos (diarreia e obstipação), taquicardia, palpitações, dores no peito, sensação de nó no estômago ou na garganta, dispneia, suores, tremores, alterações do sono, fadiga, cefaleias e espasmofilia (Belon, 2019; Rector et al., 2017).

Os sintomas comportamentais incluem comportamentos de evitamento e fuga, bem como compulsões e obsessões (American Psychiatric Association, 2013; Rector et al., 2017).

#### ***I.4. Diagnóstico***

O diagnóstico das PA é um processo complexo. Por um lado, não existe um biomarcador específico para as PA, nem uma tecnologia de imagem capaz de as detetar (Penninx et al., 2021). Por outro lado, é crucial diferenciar os vários tipos de PA, assim como distingui-las da ansiedade fisiológica, de outras doenças mentais e de doenças somáticas (Penninx et al., 2021; Ströhle et al., 2018). De acordo com o DSM-V, “uma perturbação de ansiedade só pode ser diagnosticada se os sintomas não forem atribuíveis ao efeito fisiológico de uma substância ou medicação, ou a outra condição médica, ou se não puderem ser mais bem explicados por outra perturbação mental” (American Psychiatric Association, 2013, p. 189). Existe uma elevada prevalência de comorbilidade entre as perturbações de ansiedade e as perturbações de humor (Bandelow et al., 2017; Mishra & Varma, 2023). De facto, 59% das pessoas com PAG também preenchem os critérios de diagnóstico para perturbação depressiva *major* (Mishra & Varma, 2023). O diagnóstico das PA consiste em avaliações estruturadas e puramente clínicas, utilizando critérios de diagnóstico internacionais como o DSM-V ou a Classificação estatística Internacional de Doenças-11 (CID-11) (Mishra & Varma, 2023; Penninx et al., 2021). A avaliação clínica leva em consideração parâmetros como a duração, a gravidade e o grau de incapacidade (Penninx et al., 2021). Escalas de autoavaliação, como a escala de ansiedade de Hamilton, a DASS-21 e a *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7), são regularmente utilizadas para avaliar a gravidade das PA e monitorizar o tratamento (Mughal et al., 2020; Penninx et al., 2021). Finalmente, o diagnóstico em crianças e adolescentes inclui a avaliação das observações clínicas feitas por familiares (Penninx et al., 2021).

## II. Terapêutica farmacológica

### *II.1. Objetivos terapêuticos*

O tratamento farmacológico é recomendado quando os sintomas perturbam significativamente a qualidade de vida do doente, o seu equilíbrio emocional, as suas atividades diárias, as suas interações sociais e o seu desempenho académico e profissional. Os principais objetivos da terapêutica farmacológica são a redução dos sintomas (psicológicos, cognitivos e somáticos), a remissão completa dos sintomas e a melhoria da qualidade de vida (ANEPC et al., 2018; DGS, 2011; Rector et al., 2017).

### *II.2. Antidepressivos*

Os AD são o tratamento farmacológico de primeira linha para o controlo a longo prazo das PA. Não causam dependência e, embora possam causar ES, estes são geralmente temporários (DGS, 2011; Ströhle et al., 2018). No entanto, estes medicamentos necessitam de 6 meses a 1 ano de tratamento para serem totalmente eficazes, razão pela qual são frequentemente combinados com outros medicamentos, como as BZD, para tratar rapidamente os sintomas desde o início (Bandelow et al., 2017; Garakani et al., 2020; Rector et al., 2017). Os AD mais frequentemente utilizados no tratamento das PA são os ISRS, os ISRSN, os antidepressivos tricíclicos (ADT) e os inibidores da monoamina oxidase (IMAO) (Bandelow et al., 2017; Wells et al., 2015).

#### *Inibidores seletivos da recaptção da serotonina*

Os ISRS incluem fármacos como a fluoxetina, a paroxetina, a sertralina e o escitalopram, que têm estruturas químicas diferentes, mas um mecanismo de ação comum. O seu mecanismo de ação consiste no bloqueio seletivo da recaptção de 5-HT na sinapse, o que provoca um aumento da concentração do NT. Isto contribui para reduzir os sintomas de ansiedade e depressão (Chang et al., 2022; Rector et al., 2017; Wells et al., 2015). Ao contrário dos ADT, os ISRS não inibem os recetores adrenérgicos, histaminérgicos ou muscarínicos, o que lhes confere um perfil de tolerância mais favorável (Chang et al., 2022; Richelson, 1994).

Relativamente à farmacocinética, a fluoxetina tem uma semi-vida prolongada (até 15 dias para o seu metabolito ativo, a norfluoxetina), enquanto a paroxetina tem uma semi-vida mais curta de 24h, exigindo uma toma mais regular. Todos os ISRS são muito absorvidos por via oral e têm uma elevada afinidade pelas proteínas plasmáticas (Richelson, 1994; Wells et al., 2015).

São geralmente bem tolerados, mas podem causar ES, como perturbações gastrointestinais (náuseas, diarreia), perda de peso, cefaleias, agitação e disfunção sexual. Também há um risco de ideias suicidas no início do tratamento. Estes efeitos tendem a diminuir com o decorrer do tratamento (Garakani et al., 2020; Richelson, 1994; Wells et al., 2015). Os ISRS não são recomendados para os doentes que tomam IMAO devido ao risco de síndrome serotoninérgica (Richelson, 1994; Wells et al., 2015).

Os ISRS são inibidores enzimáticos das isoenzimas do citocromo P450, como a fluoxetina, que inibe o CYP2D6, aumentando assim o risco de interações com outros medicamentos, especialmente com certos antiarrítmicos (Chang et al., 2022; Wells et al., 2015).

#### *Inibidores da Recaptação da Serotonina e da Noradrenalina*

Os ISRSN incluem fármacos como a venlafaxina e a duloxetina. Partilham certas características com os ISRS. Tal como estes, inibem a recaptação da 5-HT, mas também da NA. Assim, os ISRSN aumentam as concentrações destes dois NT na sinapse (Chang et al., 2022; Rector et al., 2017; Wells et al., 2015). Os ISRSN partilham os mesmos ES que os ISRS, mas podem também provocar um aumento da tensão arterial. De igual modo, não devem ser combinados com os IMAO, devido ao risco de síndrome serotoninérgica. Por último, a duloxetina inibe igualmente a CYP2D6, o que pode provocar interações com determinados antiarrítmicos (Chang et al., 2022; Richelson, 1994; Wells et al., 2015).

#### *Antidepressivos tricíclicos*

Os ADT são outra classe de AD também utilizada no tratamento da ansiedade, como a amitriptilina ou a clomipramina. Têm uma estrutura tricíclica com uma amina secundária ou terciária (Chang et al., 2022; Rector et al., 2017). Atuam sobre vários NT: inibem a recaptação da 5-HT e da NA, mas também dos recetores adrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos, o que lhes confere mais ES do que os antidepressivos seletivos (Chang et al., 2022; Richelson, 1994). São bem absorvidos por via oral, mas têm

geralmente semi-vidas longas, o que pode aumentar o risco de acumulação e toxicidade (Chang et al., 2022).

Os ES relacionados com a inibição dos recetores adrenérgicos incluem hipotensão ortostática e tonturas. Adicionalmente, a sua ação sobre os recetores colinérgicos leva a efeitos como xerostomia, retenção urinária, obstipação e taquicardia. Quanto à ação dos ADT sobre os recetores histaminérgicos, induzem sedação e aumento de peso. Podem igualmente provocar disfunções sexuais devido à sua ação nos recetores da 5-HT (Chang et al., 2022; Rector et al., 2017; Richelson, 1994). São contraindicados em caso de hipertrofia da próstata, de perturbações cardíacas e de glaucoma. Por último, apresentam numerosas interações medicamentosas, nomeadamente com o álcool, os IMAO, os antiarrítmicos e as BZD (Bandelow et al., 2017; Rector et al., 2017; Wells et al., 2015).

### *Inibidores da monoamina oxidase*

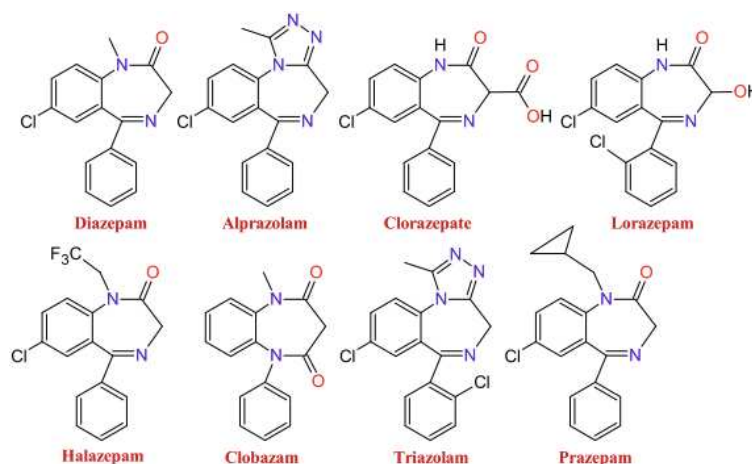
Os IMAO, como a moclobemida ou o pirlindol, inibem a enzima monoamina oxidase, que degrada a 5-HT e a NA. Desta forma, aumentam as concentrações destes dois NT e melhoram os sintomas de ansiedade e depressão (Chang et al., 2022; Rector et al., 2017; Wells et al., 2015). Os IMAO mais recentes ligam-se de forma reversível à enzima, o que melhorou o seu perfil de ES (Chang et al., 2022). Os ES mais frequentes são a hipotensão e a disfunção sexual (Rector et al., 2017). No entanto, é importante lembrar que o consumo de alimentos ricos em tiramina, como o queijo, aumenta o risco de crise hipertensiva, que pode levar à morte. Assim, os IMAO interagem com todos os medicamentos que aumentam a concentração de 5-HT, nomeadamente os AD, bem como com alimentos ricos em tiramina (Chang et al., 2022; Richelson, 1994; Wells et al., 2015).

### ***II.3. Benzodiazepinas***

As BZD são uma classe de ansiolíticos frequentemente utilizada no tratamento das PA (Bonnay et al., 2021; Edinoff et al., 2021). São os sucessores dos barbitúricos e, antes da introdução dos ISRS, constituíam o tratamento farmacológico de primeira linha para as PA (Bandelow et al., 2017; Votaw et al., 2019). Apesar da sua eficácia no controlo rápido dos sintomas de ansiedade, a utilização a longo prazo das BZD não é recomendada devido ao risco de dependência, tolerância e síndrome de abstinência. Por isso, são principalmente recomendados no tratamento das PA para uso a curto prazo ou como adjuvante inicial dos AD, para compensar a sua eficácia retardada (ANEPC et al., 2018; Bonnay et al., 2021; Ströhle et al., 2018).

### *Estrutura química*

As BZD têm um anel benzodiazepínico, constituído por um anel benzénico ligado a um ciclo diazepínico de sete membros com dois átomos de azoto. As características farmacocinéticas das BZD diferem de acordo com os substituintes no anel benzénico e no ciclo diazepínico (Buxeraud & Faure, 2019; Sanabria et al., 2021). As estruturas químicas dos principais BZD são apresentadas na Figura 3:



**Figura 3** - Estrutura química das principais benzodiazepinas (Sanabria et al., 2021)

### *Mecanismo de ação*

As BZD são moduladoras alostéricas positivas dos recetores GABA-A. Elas aumentam a frequência de abertura dos canais de cloreto e potencializam o efeito inibitório do GABA. Isso provoca uma hiperpolarização dos neurônios, diminuindo a excitabilidade neuronal. Essa diminuição da excitabilidade confere às BZD suas propriedades ansiolíticas, sedativas, miorelaxantes e anticonvulsivantes, que são suas principais indicações clínicas (Edinoff et al., 2021; Jufer-Phipps & Levine, 2020).

### *Farmacocinética*

As BZD são bem absorvidas por via oral, com uma biodisponibilidade entre 80% e 100%. São altamente lipossolúveis, o que permite uma distribuição rápida e ampla no organismo. A ligação às proteínas plasmáticas varia de acordo com a molécula. As BZD são principalmente metabolizadas no fígado e eliminadas pelos rins. Algumas BZD, como o diazepam, podem ser metabolizadas em metabolitos ativos, tais como o oxazepam, o que prolonga a sua duração de ação (Buxeraud & Faure, 2019; Wells et al., 2015).

As BZD apresentam semi-vidas muito heterogêneas: curtas, intermédias longas, descritas na Tabela 1, e influenciam as indicações clínicas das BZD (Jufer-Phipps &

Levine, 2020; Mirko Petrovic, 2002). As BZD com uma semi-vida muito curta são utilizadas principalmente como hipnóticos, enquanto as BZD com uma semi-vida intermédia ou longa são indicadas como ansiolíticos e anticonvulsivantes. No entanto, as BZD de semi-vida curta também podem ser prescritas como ansiolíticos em doses múltiplas (ANEPC et al., 2018; Buxeraud & Faure, 2019; Jufer-Phipps & Levine, 2020).

**Tabela 1** - Classificação das benzodiazepinas em função do tempo de semi-vida de eliminação (adaptado de Mirko Petrovic, 2002)

<b>Tempo de eliminação</b>	<b>Benzodiazepinas</b>
<b>Curto</b> (2 a 5 horas)	Triazolam, Midazolam, Brotizolam
<b>Intermédio</b> (6 a 24 horas)	Alprazolam, Lorazepam, Lormetazepam, Oxazepam, Temazepam
<b>Longo</b> (> 24 horas)	Clonazepam, Clorazepato, Diazepam, Flunitrazepam, Flurazepam, Prazepam

### *Efeitos secundários*

Os ES das BZD incluem sonolência e sedação, que são comuns, particularmente no início do tratamento. Outros ES resultam da depressão do SNC, como confusão, amnésia, dificuldade de concentração e diminuição dos reflexos. Também foi observada uma redução do tónus muscular e um aumento do risco de queda, especialmente em idosos. Algumas pessoas podem ainda apresentar disfunção sexual e dificuldades na fala (Edinoff et al., 2021; Sanabria et al., 2021; Wells et al., 2015). Por último, em doses elevadas, as BZD podem causar depressão respiratória potencialmente fatal. Nestes casos, deve ser administrado o antídoto, o flumazenil (Wells et al., 2015). O aparecimento de ES é favorecido pelo consumo contínuo e prolongado de BZD (Edinoff et al., 2021).

### *Contraindicações*

O uso das BZD é contraindicado em doentes com miastenia, glaucoma, apneia do sono, insuficiência respiratória ou hepática, assim como em pacientes com antecedentes de dependência ou abuso de substâncias (Bonnay et al., 2021; DGS, 2011; Wells et al., 2015).

### *Interações medicamentosas*

As BZD podem apresentar diversas interações medicamentosas. Por um lado, interagem por efeito aditivo ou sinérgico com fármacos depressores do SNC, como o álcool, os hipnóticos, os sedativos, os opioides e os anti-histamínicos H1 sedativos. Se administradas com inibidores do citocromo P450, como certos antifúngicos azólicos, macrólidos e a fluoxetina, podem sofrer um aumento da sua concentração plasmática. Pelo contrário, se administradas com indutores enzimáticos, como a carbamazepina e a rifampicina, as concentrações das BZD podem ser reduzidas (Jufer-Phipps & Levine, 2020; Wolfe, 2022).

### *Tolerância, dependência e abstinência*

A tolerância e a dependência são complicações associadas ao uso prolongado de BZD e/ou a doses repetidas e/ou elevadas (Edinoff et al., 2021). A tolerância ocorre após algumas semanas de uso, resultando numa redução dos efeitos terapêuticos, devido a uma diminuição da sensibilidade dos recetores GABA aos BZD. A tolerância leva a um aumento do regime posológico para manter os efeitos terapêuticos desejados (ANEPC et al., 2018; Edinoff et al., 2021).

A dependência, que pode ser física e/ou psicológica, manifesta-se por sintomas de abstinência quando o tratamento é interrompido abruptamente ou quando as doses são reduzidas (Edinoff et al., 2021). Estes incluem tremores, convulsões, sudorese, insónia, ansiedade, irritabilidade, alucinações e *craving* (ou seja, um desejo intenso de consumir a substância) (Wells et al., 2015). O aparecimento dos sintomas de abstinência é mais rápido conforme a semi-vida das BZD: quanto mais curta for a semi-vida, mais rapidamente surgem esses sintomas (Bonnay et al., 2021; Buxeraud & Faure, 2019; Wells et al., 2015).

Para evitar estas complicações, é recomendado reduzir gradualmente a dose durante várias semanas até parar completamente o tratamento. O uso simultâneo de álcool ou de medicamentos psicotrópicos aumenta o risco destes efeitos (Balon & Starcevic, 2020; Edinoff et al., 2021; Wells et al., 2015).

### *Interrupção do tratamento*

Não é aconselhável interromper abruptamente a toma de benzodiazepinas. A interrupção brusca pode provocar efeitos de *rebound* ou seja, o reaparecimento transitório de sintomas de grande intensidade, mas também pode induzir sintomas de abstinência, que correspondem a uma deterioração dos sintomas existentes e ao aparecimento de novos sintomas (ANEPC et al., 2018; Bandelow et al., 2017; Bonnay et al., 2021; DGS, 2011).

Para evitar o aparecimento desses sintomas, é aconselhável seguir um tratamento de curta duração, monitorizar o tratamento e a sua interrupção com o seu médico, privilegiar uma BZD de ação prolongada (p. ex., o diazepam), e reduzir a dose em 25% por semana até atingir metade da dose inicial, depois reduzir em 1/8 a cada 4 a 7 dias. Pode também iniciar uma terapia adjuvante com pregabalina ou carbamazepina, que reduzem os sintomas de abstinência. (DGS, 2011; Wells et al., 2015).

#### **II.4. Buspirona**

A buspirona é um ansiolítico que não pertence à classe das BZD, mas à classe das azaspirodecanedionas, habitualmente utilizado no tratamento da PAG (ANEPC et al., 2018; Garakani et al., 2020; Wells et al., 2015). Não provoca sedação, nem dependência física ou psicológica. Apresenta um interesse terapêutico particular nos doentes em risco de dependência ou que necessitam de um tratamento ansiolítico prolongado. No entanto, o seu efeito não é imediato, surgindo os efeitos após 2 a 4 semanas, o que limita a sua utilização em crises agudas (ANEPC et al., 2018; Rector et al., 2017).

A sua estrutura química é distinta daquela das BZD. Liga-se seletivamente aos recetores da 5-HT e não interage com os recetores GABA. É um agonista parcial dos recetores 5-HT<sub>1A</sub> pré-sinápticos e pós-sinápticos, o que evita efeitos depressivos no SNC (ANEPC et al., 2018; Garakani et al., 2020).

A buspirona é bem absorvida por via oral, mas está sujeita a um efeito hepático de primeira passagem significativo. É metabolizada no fígado e eliminada principalmente pelos rins (ANEPC et al., 2018).

A buspirona possui um bom perfil de ES, o que a torna mais bem tolerada do que as BZD. Os mais frequentemente observados incluem tonturas, dores de cabeça, náuseas e perturbações gastrointestinais (Bandelow et al., 2017; Wells et al., 2015).

## ***II.5. Tratamentos alternativos***

Os AD e as BZD são os tratamentos farmacológicos mais utilizados nas PA, mas existem outras opções terapêuticas. Estas são frequentemente utilizadas em associação com AD e/ou BZD, ou em casos especiais, como quando as classes convencionais não são eficazes. Diversas classes terapêuticas podem ser utilizadas, nomeadamente os anti-histamínicos, antipsicóticos, betabloqueadores e a pregabalina (ANEPC et al., 2018; Garakani et al., 2020).

### *Hidroxizina*

A hidroxizina é um anti-histamínico de primeira geração, com propriedades ansiolíticas e sedativas, devido à sua ação antagonista nos recetores H1 da histamina. É geralmente indicada como alternativa às BZD em casos de PA ligeiras (ANEPC et al., 2018). Representa uma opção mais segura para crianças e mulheres grávidas. Os seus ES são, principalmente, de natureza anticolinérgica, o que a torna desaconselhável para os idosos (Garakani et al., 2020).

### *Quetiapina*

A quetiapina, um antipsicótico de 2ª geração, tem interesse no tratamento da PAG quando os tratamentos convencionais não são suficientes. No entanto, a sua utilização pode ser limitada pela sua tolerabilidade (Garakani et al., 2020). Os ES incluem hipotensão ortostática, sedação, síndrome metabólica e discinésia tardia (Wells et al., 2015).

### *Pregabalina*

Apesar de ser prescrita para a dor neuropática e a epilepsia, a pregabalina pode também ser indicada para a PAG. O seu mecanismo de ação consiste em bloquear a libertação de glutamato, um NT excitatório (ANEPC et al., 2018). O seu efeito terapêutico inicia-se após uma semana. Os ES incluem aumento de peso, tonturas, sonolência, edema periférico e trombocitopenia (Wells et al., 2015).

### *Propranolol*

O propranolol, um betabloqueador não seletivo, é amplamente utilizado no tratamento de perturbações cardiovasculares, como a hipertensão e a angina. Pode também ser utilizado fora das indicações aprovadas na autorização de introdução no mercado para tratar as PA, com o objetivo de reduzir ou prevenir sintomas somáticos, como a taquicardia e os tremores (ANEPC et al., 2018; Garakani et al., 2020).

### ***II.6. Recomendações terapêuticas***

O tratamento das PA baseia-se em terapias farmacológicas e psicológicas. De acordo com alguns autores, essas duas abordagens podem ser combinadas (Bandelow et al., 2015; NICE, 2019; Ströhle et al., 2018). Alguns autores também recomendam modificações no estilo de vida para otimizar a terapia (ANEPC et al., 2018).

A introdução do tratamento farmacológico deve ser rigorosamente planeada e seguir as recomendações das organizações de saúde, como a DGS ou o *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*.

Os ISRS e os ISRSN, como a sertralina, são o tratamento de primeira linha para as PA (DGS, 2011; Garakani et al., 2020; Rector et al., 2017; Wells et al., 2015). A escolha do fármaco deve ser adaptada de acordo com a perturbação de ansiedade considerada, conforme resumido na Tabela 2.

**Tabela 2** – Recomendações terapêuticas para as principais perturbações de ansiedade (adaptado de Wells et al., 2015)

<b>Perturbação de ansiedade</b>	<b>Fármacos de primeira linha</b>	<b>Fármacos de segunda linha</b>	<b>Alternativas</b>
PAG	Duloxetina Escitalopram Paroxetina Sertralina Venlafaxina	Benzodiazepinas Buspirona Imipramina Pregabalina	Hidroxizina Quetiapina
Perturbação de pânico	ISRS Venlafaxina	Alprazolam Citalopram Clomipramina Clonazepam Imipramina	Fenelzina
Fobia social	Escitalopram Fluvoxamina Paroxetina Sertralina Venlafaxina	Clonazepam Citalopram	Gabapentina Fenelzina Pregabalina

O tratamento com ISRS ou ISRSN tem uma duração mínima de 6 a 12 meses. Recomenda-se que o tratamento seja progressivo, começando com um ISRS ou ISRSN durante pelo menos 3 meses para avaliar a sua eficácia. Em caso de falha terapêutica, é aconselhável tentar um outro ISRS ou ISRSN (ou uma outra classe de AD em caso de intolerância a estas classes). Mesmo em caso de sucesso, é importante monitorizar o tratamento e reavaliar a dose regularmente (DGS, 2011; NICE, 2019; Rector et al., 2017). No entanto, devido ao seu início de ação retardado, é frequentemente recomendado que um ansiolítico seja temporariamente combinado no início do tratamento para aliviar os sintomas agudos (DGS, 2011; Garakani et al., 2020; NICE, 2019).

As BZD não são consideradas um tratamento de primeira linha para as PA. São principalmente indicadas para o tratamento de episódios agudos e são utilizadas de forma pontual para o alívio de crises. Devido ao risco de tolerância e dependência, a sua prescrição limita-se a uma única molécula e a uma duração máxima de 4 a 12 semanas, incluindo o período de descontinuação gradual. O tratamento deve ser iniciado com a dose mínima eficaz indicada no resumo das características do medicamento (ANEPC et al., 2018; DGS, 2011).

Antes de prescrever uma BZD, é aconselhável verificar se o doente não tem antecedentes de abuso de substâncias e se não existem contraindicações (DGS, 2011). Em determinadas populações de risco, como crianças, idosos ou pessoas com antecedente de abuso de substâncias, podem ser preferidos uma outra classe de ansiolíticos, como a buspirona (ANEPC et al., 2018; Bandelow et al., 2017; DGS, 2011).

Em caso de sinais clínicos de remissão, deve proceder-se à descontinuação gradual do tratamento (DGS, 2011). Para otimizar a terapia, a escolha do medicamento e da dosagem deve ser adaptada à patologia da ansiedade e às características do paciente (Bandelow et al., 2017).



### **III. Abordagens não-medicamentosas para o tratamento da ansiedade**

#### ***III.1. Psicoterapia***

Tal como a farmacoterapia, a psicoterapia é um tratamento de primeira linha para as PA (NICE, 2019; Penninx et al., 2021). O objetivo da psicoterapia é melhorar as relações sociais, a saúde mental e física, e reduzir ou eliminar pensamentos e comportamentos negativos (Mishra & Varma, 2023).

Muitos autores defendem que a TCC é a psicoterapia mais eficaz e com maior evidência para as PA (Bandelow et al., 2017; DeMartini et al., 2019; NICE, 2019; Ströhle et al., 2018).

#### *Terapia cognitivo-comportamental*

A TCC é uma terapia de curta duração, que consiste em cerca de quinze sessões semanais (DeMartini et al., 2019; Penninx et al., 2021; Rector et al., 2017). As sessões podem ser individuais ou em grupo (Rector et al., 2017).

A TCC permite identificar e modificar os pensamentos responsáveis pela ansiedade excessiva, o que melhora a qualidade de vida do paciente, bem como o seu desempenho social e profissional (DeMartini et al., 2019; Mishra & Varma, 2023). Pode ser utilizada como complemento de tratamentos medicamentosos ou isoladamente, para os pacientes que não necessitam de medicação ou que não respondem aos tratamentos medicamentosos (Mishra & Varma, 2023). Além disso, a abstinência de BZD pode ser facilitada pela TCC (Bandelow et al., 2017).

No entanto, o acesso à TCC pode ser limitado para alguns pacientes devido ao custo da terapia, ao tempo necessário e à disponibilidade e acessibilidade dos profissionais de saúde. Apesar disso, nos últimos anos, desenvolveu-se uma alternativa mais acessível: a TCC online, que demonstra uma eficácia comparável à da TCC tradicional (Bandelow et al., 2015; DeMartini et al., 2019; Penninx et al., 2021). Além disso, a psicoterapia evoluiu com a utilização de tecnologias digitais, como a realidade virtual, que oferece uma exposição imaginária imersiva (Penninx et al., 2021).

### *Outras psicoterapias*

Existem muitas outras psicoterapias utilizadas no tratamento da ansiedade, como a psicoterapia de suporte, a terapia psicodinâmica, o *mindfulness* ou a terapia de aceitação e compromisso, que estão detalhadas na Tabela 3 (DeMartini et al., 2019; Mishra & Varma, 2023; Ströhle et al., 2018).

**Tabela 3** – Diferentes psicoterapias utilizadas no tratamento da PAG (adaptado de DeMartini et al., 2019)

<b>Tipo de Terapia</b>	<b>Observações</b>
<b>TCC</b>	Esta terapia é tradicionalmente administrada em 12 sessões e foca na análise e mudança de pensamentos e comportamentos que perpetuam a ansiedade excessiva. Elementos da terapia cognitivo-comportamental incluem autoajuda, que pode ser realizada sem a participação do terapeuta, por meio de ferramentas como livros, áudio, vídeo, internet ou aplicativos. As técnicas incluem a exposição, terapia de relaxamento, treinamento em <i>biofeedback</i> e resolução de problemas.
<b>Psicoterapia de Suporte</b>	Uma forma de terapia comumente praticada e não diretiva, que foca em apoiar o paciente socialmente em um ambiente acolhedor e incentivador. O terapeuta auxilia o paciente a explorar suas emoções, fortalecendo a relação terapêutica.
<b>Terapia Psicodinâmica</b>	Uma forma de terapia que visa acessar conflitos inconscientes que se acredita serem responsáveis pelos sintomas de ansiedade. As técnicas incluem interpretações, explorações e reflexões.
<b>Mindfulness</b>	Um tipo de meditação na qual os pacientes aprendem a focar sua atenção no presente. Os pacientes são encorajados a se concentrar nas sensações corporais, emoções e pensamentos sem julgamento.
<b>Terapia de Aceitação e Compromisso</b>	Esta terapia ensina os pacientes a aceitar seus pensamentos e sentimentos, sem tentar mudá-los ou evitá-los. Ao invés disso, os pacientes praticam estratégias para se desvincular de pensamentos internos e sensações, uma técnica chamada defusão cognitiva.

### **III.2. Fitoterapia**

A fitoterapia é a utilização de plantas medicinais para fins terapêuticos. Algumas plantas são conhecidas pelos seus benefícios para a saúde mental e são utilizadas para tratar PA menores (Rector et al., 2017). Entre as plantas mais utilizadas neste contexto encontram-se a valeriana, a camomila, a erva-de-são-joão, a passiflora, a erva-limão, a kava-kava e o óleo de lavanda (Bandelow et al., 2017; Pillon et al., 2013; Rector et al., 2017). O mecanismo de ação destas plantas é succintamente descrito na Tabela 4.

**Tabela 4** - Mecanismos de ação das plantas e especiarias medicinais para as PA (adaptado de Pillon et al., 2013)

<b>Substâncias</b>	<b>Ações Principais</b>
<b>Apocine asiática</b>	Aumento dos níveis de GABA
<b>Ashwagandha</b>	Ativação da via GABA
<b>Camomila</b>	Aumento dos níveis de GABA
<b>Canela</b>	Aumento dos níveis de GABA
<b>Cereja vermelha do vale do Jerte</b>	Diminuição dos níveis de cortisol
<b>Ginkgo biloba</b>	Ativação da via GABA, aumento dos níveis de 5-HT, dopamina e noradrenalina
<b>Lúpulo</b>	Aumento dos níveis de GABA
<b>Kawa-kawa</b>	Ativação da via GABA e da via dopaminérgica
<b>Melissa officinalis</b>	Aumento dos níveis de GABA, diminuição dos níveis de cortisol
<b>Erva-de-São-João</b>	Ativação da via GABA, aumento dos níveis de serotonina
<b>Passiflora</b>	Aumento dos níveis de GABA
<b>Chá verde</b>	Aumento dos níveis de serotonina, dopamina e noradrenalina
<b>Valeriana</b>	Ativação da via GABA e aumento da síntese de GABA

No entanto, as plantas podem causar interações medicamentosas, efeitos secundários e até toxicidade. Assim, só devem ser utilizados sob o controlo de um médico e/ou farmacêutico. Além disso, algumas destas plantas não estão sujeitas à regulamentação das autoridades de saúde, o que levanta problemas em termos de composição, qualidade e padronização das dosagens (Rector et al., 2017). Destaca-se o facto de vários autores sublinharem a falta de evidências sólidas sobre a eficácia destas abordagens em comparação com os tratamentos convencionais (Bandelow et al., 2017; Rector et al., 2017).

### ***III.3. Suplementos alimentares***

Numerosos SA, com zinco, magnésio, vitaminas e aminoácidos, são igualmente utilizados como tratamentos alternativos ou complementares. Os seus mecanismos de ação estão resumidos na Tabela 5. No entanto, tal como acontece com os medicamentos à base de plantas, não existem provas suficientes de que sejam eficazes no tratamento das PA (Kamat et al., 2023; Pillon & Allaert, 2013).

**Tabela 5** - Mecanismos de ação dos minerais, vitaminas e aminoácidos para as PA (adaptado de Pillon et al., 2013)

<b>Substâncias</b>	<b>Ações Principais</b>
<b>Cálcio</b>	Aumento dos níveis de dopamina e noradrenalina
<b>Magnésio</b>	Manutenção dos níveis de cortisol, aumento dos níveis de dopamina e noradrenalina
<b>Selênio</b>	Aumento dos níveis de serotonina
<b>Vitamina B1</b>	Potencialização dos efeitos da acetilcolina
<b>Vitamina B3</b>	Diminuição dos níveis de cortisol
<b>Vitamina B6</b>	Aumento dos níveis de GABA e serotonina, ajuda na absorção de magnésio
<b>Vitaminas B9 e B12</b>	Ação sobre o ácido desoxirribonucleico, manutenção da produção de NT
<b>Vitamina C</b>	Diminuição do estresse oxidativo e dos níveis de cortisol.
<b>Vitamina D</b>	Aumento dos níveis de serotonina e dopamina
<b>Vitamina E</b>	Aumento da dopamina
<b>Zinco</b>	Aumento dos níveis de dopamina e noradrenalina
<b>5-hidroxitriptofano</b>	Aumento dos níveis de serotonina
<b>L-arginina e L-lisina</b>	Aumento dos níveis de serotonina, diminuição dos níveis de cortisol
<b>L-ornitina</b>	Ativação das vias GABA, serotoninérgicas e dopaminérgicas
<b>L-fenilalanina, L-triptofano, L-tirosina</b>	Aumento dos níveis de serotonina, dopamina e noradrenalina

#### ***III.4. Outras abordagens não medicamentosas***

Existem muitas outras opções de tratamento não medicamentoso para as PA. As modificações do estilo de vida podem ajudar a reduzir a ansiedade, como uma dieta equilibrada, uma boa higiene do sono e evitar estimulantes como o café (ANEPC et al., 2018). Numerosos estudos referem que a prática regular de atividade física, como musculação ou corrida, ou exercícios de relaxamento, como o yoga, melhora a gestão do stress e da ansiedade (Antos et al., 2024; Bandelow et al., 2017; Rector et al., 2017). Apesar disso, a atividade física mostrou-se menos eficaz do que os tratamentos medicamentosos, sendo assim considerada uma opção terapêutica complementar (Bandelow et al., 2017).

Outras terapias, como a hipnose clínica, a acupuntura, a homeopatia, a dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares (EMDR), a luminoterapia e o canabidiol podem ser úteis para reduzir a ansiedade. No entanto, ainda faltam provas sólidas da sua eficácia em comparação com os tratamentos farmacológicos convencionais e a TCC (Antos et al., 2024; Bandelow et al., 2017; Ravindran et al., 2013).

## **PARTE 2: AVALIAÇÃO EXPLORATÓRIA DO CONSUMO DE FÁRMACOS PARA AS PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE**

### **I. Materiais e métodos**

#### ***I.1. Tipo do estudo***

Em complemento à revisão da literatura, foi conduzida uma investigação para avaliar de forma exploratória e descritiva a prevalência, assim como os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos das perturbações de ansiedade. A metodologia de investigação é de natureza mista, combinando abordagens quantitativas e qualitativas.

#### ***I.2. Conceção do questionário***

Foi aplicado um questionário online intitulado “Q-TUA: Questionário sobre as Terapêuticas utilizadas nas Perturbações da Ansiedade”, com o objetivo de recolher dados sobre a prevalência e os padrões de utilização de medicamentos, SA, ou terapêuticas não farmacológicas no tratamento de perturbações da ansiedade.

O questionário foi elaborado com base em um modelo de referência, a *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995), que é uma escala de avaliação para distúrbios de ansiedade e depressão. Com a intenção de ser distribuído nos dois países em questão, foi fundamentado nas adaptações portuguesa (Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004) e francesa (Ramasawmy, 2015) do DASS-21. Trata-se de um questionário online, voluntário, anónimo e confidencial, com uma duração máxima estimada de 10 minutos. A sua estrutura está dividida em três partes principais: características sociodemográficas, terapias farmacológicas e, por fim, terapias não-medicamentosas.

O questionário foi construído numa plataforma online para o efeito e implementado através da internet, para facilitar a recolha de dados e promover o anonimato dos envolvidos. O questionário foi disponibilizado em língua portuguesa para a população residente em Portugal (Q-TUA PT) e em língua francesa para a população residente em França (Q-TUA FR). Antes de participar no estudo, os indivíduos foram convidados a ler e assinar um termo de consentimento informado, para garantir que os participantes compreendiam de forma clara o propósito da investigação e as condições da sua

participação. Além disso, este estudo foi conduzido em estrita conformidade com os princípios éticos e deontológicos, seguindo as diretrizes da Declaração de Helsínquia para a proteção dos direitos e bem-estar dos participantes. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos, métodos e procedimentos do estudo, e o consentimento informado foi obtido previamente, assegurando a autonomia e a confidencialidade dos seus dados. Adicionalmente, a investigação foi previamente submetida e aprovada pela Comissão de Ética, garantindo que todos os procedimentos metodológicos e éticos cumprissem os requisitos necessários para uma pesquisa ética e responsável (ANEXOS I a V).

### ***1.3. Divulgação do questionário***

O questionário online foi disponibilizado de 8 de janeiro até 1 de março de 2024 através de um link divulgado nas redes sociais, como WhatsApp, Instagram e Facebook, de forma a atingir uma ampla gama de utilizadores sem favorecer nenhum grupo específico. O objetivo deste tipo de divulgação foi alcançar uma demografia ampla, sem focar em características específicas que possam limitar a diversidade de participantes. O convite à participação foi também enviado para a comunidade Egas Moniz por e-mail, através dos Serviços Informáticos, com ligação para a plataforma eletrónica com o questionário. Cada participante podia responder apenas uma vez. Foi realizado igualmente um pré-teste para avaliar seu funcionamento e eficácia antes da divulgação.

### ***1.4. Critérios de inclusão e de exclusão***

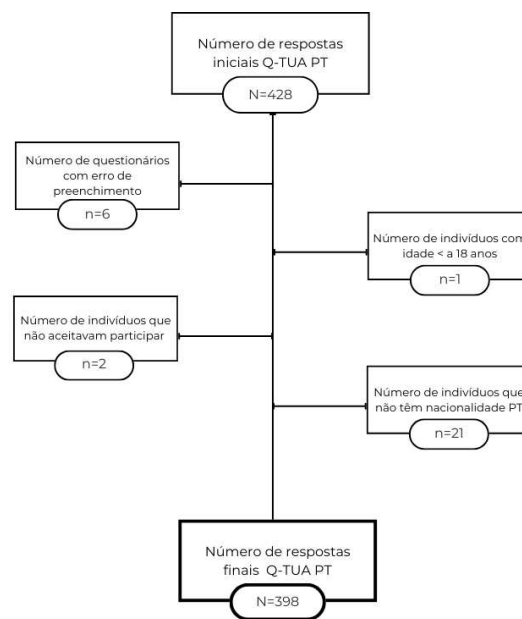
Os critérios de inclusão no estudo foram os seguintes, cumulativamente:

- Indivíduos com 18 anos ou mais;
- Capacidade de ler e escrever;
- Acesso à internet;
- Nacionalidade portuguesa (para o questionário Q-TUA PT) ou nacionalidade francesa (para o questionário Q-TUA FR).

Foram excluídos do estudo os participantes que apresentassem uma das seguintes condições:

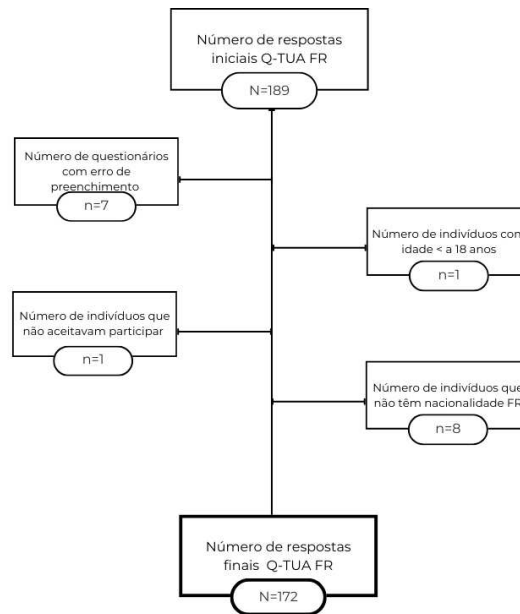
- Declararem no consentimento informado que não aceitavam participar no estudo;
- As respostas serem consideradas inválidas.

No questionário Q-TUA PT, de um total inicial de 428 respostas, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram considerados válidos 398 questionários (Figura 4).



**Figura 4** - Fluxograma dos critérios de inclusão e validação do questionário Q-TUA PT

Para o questionário Q-TUA FR, obtiveram-se 189 respostas, resultando num total de 172 questionários válidos após a aplicação dos mesmos critérios (Figura 5).



**Figura 5** - Fluxograma dos critérios de inclusão e validação do questionário Q-TUA FR

### ***1.5. Recolha e análise de dados***

Posteriormente, as respostas dos dois questionários foram transpostas, harmonizadas e analisadas no programa Excel. Os resultados foram tratados em médias e em percentagens, e representados sob a forma de gráficos e tabelas.

## II. Resultados e discussão

### II.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes nos questionários

A maioria dos participantes no questionário em língua portuguesa Q-TUA PT era do sexo feminino (79,1%), à semelhança dos participantes no questionário Q-TUA FR (78,5%), conforme se observa nas Tabelas 6 e 7. Os dois países têm, portanto, uma distribuição por género muito semelhante, com uma sobre representação do sexo feminino.

Na população portuguesa, a idade média foi de  $34,6 \pm 15,6$  anos (média  $\pm$  desvio padrão), com uma de 29 anos, com idades variando entre um mínimo de 18 anos e um máximo de 76 anos. Já na população francesa, a média de idade foi de  $30,7 \pm 13,5$  anos, a mediana de idade foi 24 anos, com idades compreendidas entre um mínimo de 18 anos e um máximo de 75 anos. Ambas as populações apresentam uma maioria de jovens com idades entre os 18 e os 24 anos.

Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes portugueses (58,3%) e franceses (73,8%) declararam ser solteiros (Tabela 6 e 7).

Quanto às habilitações académicas, entre os participantes portugueses predomina o grau de licenciado (43,5%), enquanto 53,5% dos participantes franceses detêm o grau de mestre (Tabela 6 e 7).

No que diz respeito à zona de residência, na população portuguesa, a maioria dos participantes (74,4%) residia na região de Lisboa e Vale do Tejo (Tabela 6). No caso da população francesa, 42,4% dos participantes residia na região de Île-de-France, que corresponde a Paris e seus arredores (Tabela 7). Além disso, 10,3% dos participantes portugueses e 24,4% dos participantes franceses indicaram viver sozinhos.

**Tabela 6** - Distribuição percentual dos participantes do questionário Q-TUA PT segundo as características sociodemográficas (% , N=398)

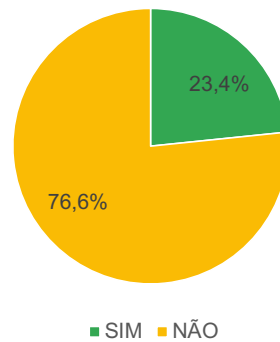
<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Género</b>		
Feminino	315	79,1%
Masculino	83	20,9%
<b>Idade</b>		
18-24 anos	174	43,7%
25-34 anos	44	11,1%
35-44 anos	53	13,3%
45-54 anos	72	18,1%
55-64 anos	41	10,3%
65 ou + anos	14	3,5%
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	232	58,3%
Casado/ União de facto	126	31,7%
Divorciado/ Separado	38	9,5%
Viúvo	2	0,5%
<b>Habilitações académicas</b>		
1º Ciclo (4ª classe)	1	0,3%
2º Ciclo	2	0,5%
Ensino Secundário	68	17,1%
Bacharelato	15	3,8%
Licenciatura	173	43,5%
Mestrado	70	17,6%
Doutoramento	69	17,3%
<b>Áreas de residência</b>		
Região de Lisboa e Vale do Tejo	296	74,4%
Norte	7	1,8%
Centro	61	15,3%
Sul	28	7,0%
Ilhas	6	1,5%

**Tabela 7** - Distribuição percentual dos participantes do questionário Q-TUA FR segundo as características sociodemográficas (%; N=172)

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Género</b>		
Feminino	135	78,5%
Masculino	37	21,5%
<b>Idade</b>		
18-24 anos	98	57,0%
25-34 anos	30	17,4%
35-44 anos	10	5,8%
45-54 anos	21	12,2%
55-64 anos	9	5,2%
65 ou + anos	4	2,3%
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	127	73,8%
Casado/ União de facto	37	21,5%
Divorciado/ Separado	7	4,1%
Viúvo	1	0,6%
<b>Habilitações académicas</b>		
Sem diploma	1	0,6%
Curso de Formação Profissional	2	1,2%
Bacharelato	22	12,8%
Curso Técnico Superior	9	5,2%
Licenciatura	31	18,0%
Mestrado	92	53,5%
Doutoramento	15	8,7%
<b>Áreas de residência</b>		
Île-de-France / Região de Paris	73	42,4%
Norte	30	17,4%
Centro	16	9,3%
Sul	47	27,3%
Ilhas	6	3,5%

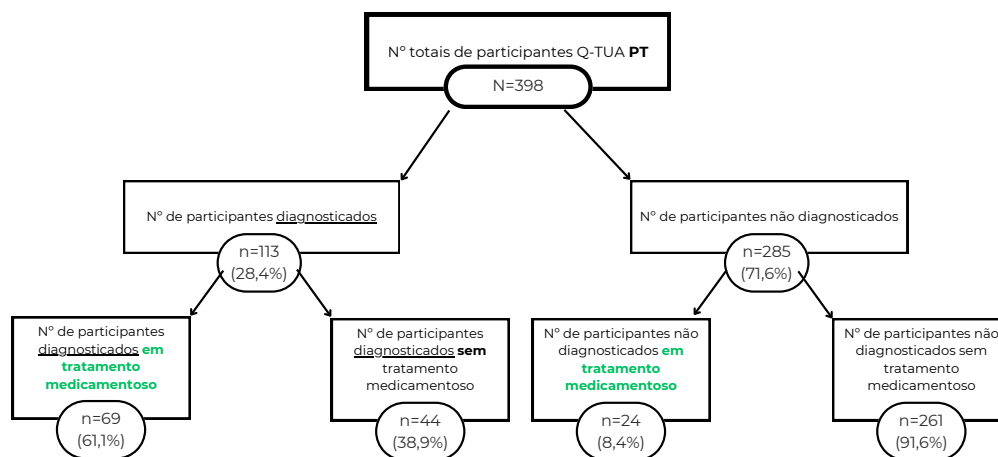
## **II.2. Caracterização do consumo de medicamentos e SA para PA em Portugal**

Dos 398 respondentes, 23,4% indicou que tomou medicamentos ou SA para PA nos últimos 3 meses (Figura 6).

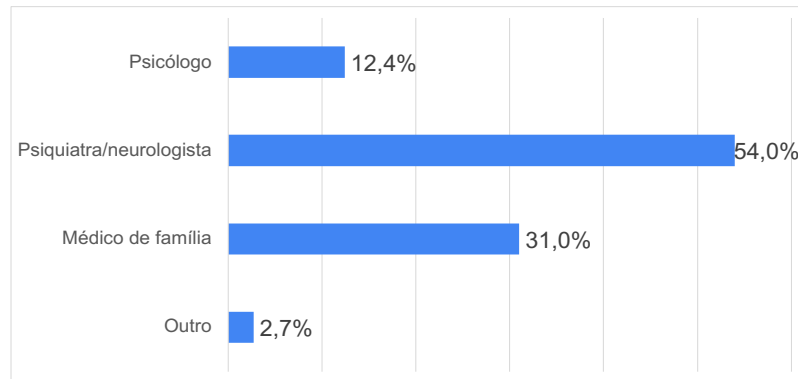


**Figura 6** - Frequência de participantes portugueses que consumiram medicamentos ou SA para PA nos últimos 3 meses (%; N=398)

28,4% do total de participantes já foi diagnosticado com PA por um profissional de saúde (Figura 7), sendo que a maioria (54,0%) dos diagnósticos foi realizada por psiquiatras ou neurologistas, conforme indicado na Figura 8. Dentre os diagnosticados, 69 participantes (61,1%) estão a receber tratamento medicamentoso para a ansiedade. Por outro lado, dos 285 participantes sem diagnóstico, 24 indivíduos (8,4%) utilizam medicamentos ou SA para essa finalidade (Figura 7).



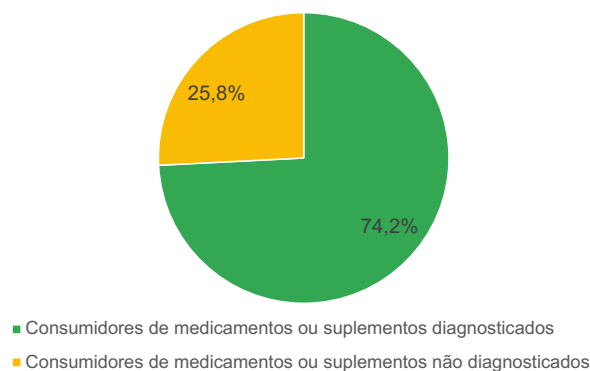
**Figura 7** - Fluxograma da distribuição dos participantes Q-TUA PT segundo o diagnóstico e o tratamento medicamentoso



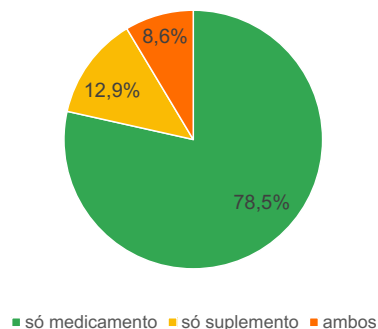
**Figura 8** - Distribuição percentual dos participantes portugueses diagnosticados com PA (N= 113) segundo o profissional de saúde responsável pelo diagnóstico

Um estudo realizado pelo INSA em 2020 revelou que 27,0% da população geral portuguesa preenchia os critérios para o diagnóstico de PA com base no questionário GAD-7 (Almeida et al., 2020). Em comparação, os nossos resultados indicam que 28,4% dos participantes foram diagnosticados por um profissional de saúde. Esses números, relativamente próximos, sugerem uma coerência entre a nossa amostra e o estudo do INSA. No entanto, é importante salientar que o estudo do INSA se baseou em questionários de autoavaliação, enquanto o nosso se fundamenta em diagnósticos feitos por profissionais de saúde, o que pode gerar diferenças metodológicas.

Entre os 93 consumidores portugueses de medicamentos ou SA, 24 deles, ou seja, 25,8%, não receberam diagnóstico de PA (Figura 9). A maioria (N= 73, 78,5%) afirmou ter consumido só medicamentos, enquanto 12,9% (N=12) relatou o uso de SA, e 8,6% (N=8) indicou ter utilizado ambos (Figura 10).

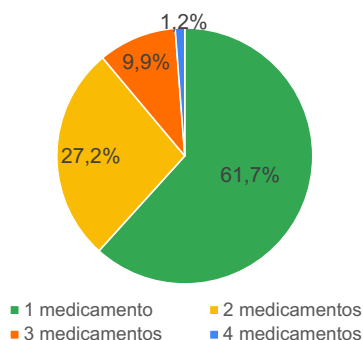


**Figura 9** - Distribuição dos consumidores portugueses de medicamentos ou SA para PA segundo o diagnóstico (%), N=93)



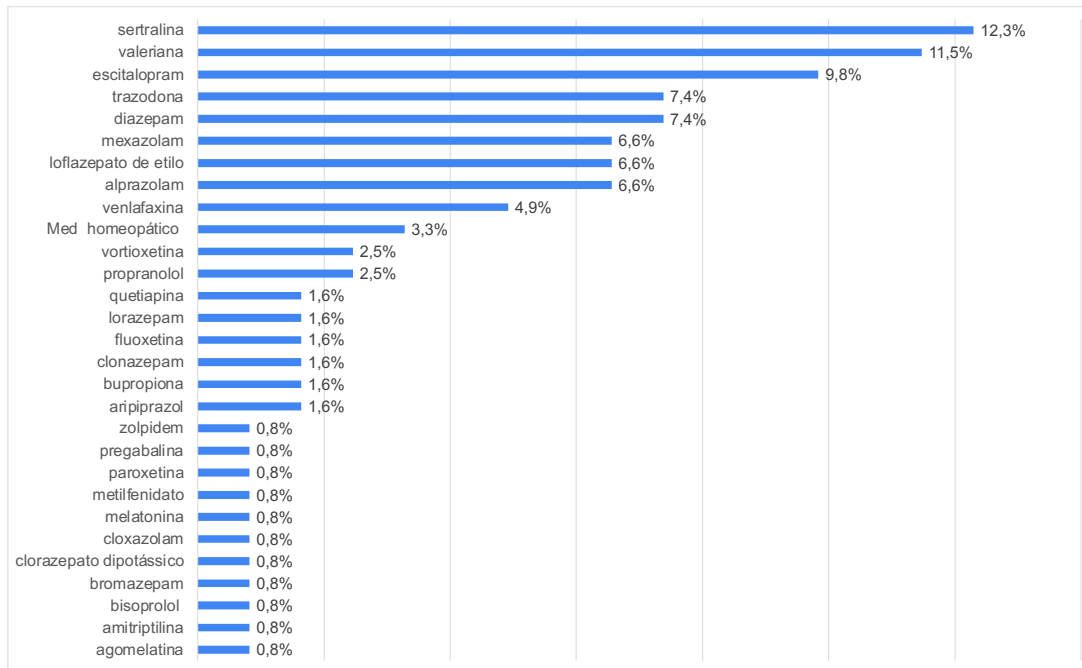
**Figura 10** - Frequência de participantes portugueses que consumiram medicamentos ou SA para PA em função do tipo de medicação (%; N=93)

Entre os 81 participantes portugueses que consumiram medicamentos, a maioria (61,7%) realiza um tratamento monoterapêutico para as PA (Figura 11). Por outro lado, 38,3% participantes consomem mais de um medicamento.



**Figura 11** - Distribuição de participantes portugueses que consumiram medicamentos para PA em função do número de medicamentos consumidos (%; N=81)

Entre os 81 participantes portugueses que tomam medicamentos, identificam-se 29 princípios ativos diferentes. Entre eles, a sertralina aparece em primeiro lugar (12,3%), seguida da valeriana (11,5%) e do escitalopram (9,8%). Entre os 29 princípios ativos identificados, 9 são BZD, representando 35,7% dos medicamentos consumidos para tratar a ansiedade. As BZD mais consumidas são o diazepam (7,4%), seguido do mexazolam (6,6%), empatado com o alprazolam e o loflazepato de etilo, como ilustrado na Figura 12.

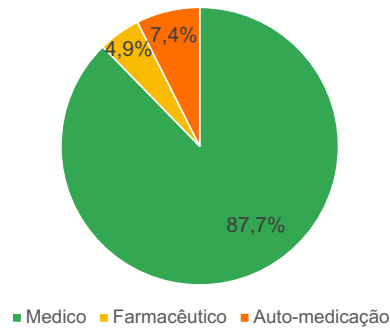


**Figura 12** - Distribuição percentual de medicamentos consumidos para os participantes consumidores portugueses para PA (N=122)

O relatório da DGS de 2015 revelou que as BZD mais consumidas em Portugal eram o alprazolam, seguido pelo lorazepam, diazepam e loflazepato de etilo (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2015). Os resultados deste estudo coincidem em grande parte com estes dados, pois encontramos o diazepam, o alprazolam e o loflazepato de etilo entre as BZD mais consumidas, embora em posições diferentes. A única exceção é o mexazolam, que não figura entre as BZD mais consumidas no relatório da DGS, mas aparece com uma prevalência significativa nos resultados do nosso estudo.

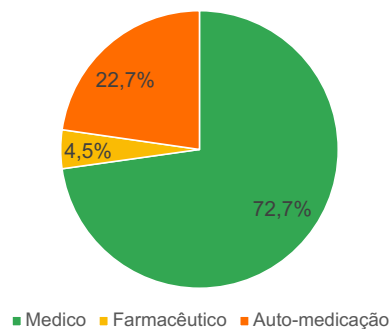
No que diz respeito à valeriana, consumida por 11,5% dos participantes portugueses do nosso estudo, uma pesquisa realizada pela Universidade da Beira Interior com estudantes universitários também revelou que a valeriana está entre os medicamentos mais consumidos para tratar a ansiedade. No entanto, nessa pesquisa, esta ocupa o primeiro lugar, com 21,7% das respostas (Carvalho, 2021).

Dos 122 medicamentos mencionados pelos consumidores portugueses, a grande maioria, 87,7%, foi prescrita por médicos, enquanto 4,9% por farmacêuticos e, por fim, 7,4% foram obtidos por automedicação, de acordo com a Figura 13.



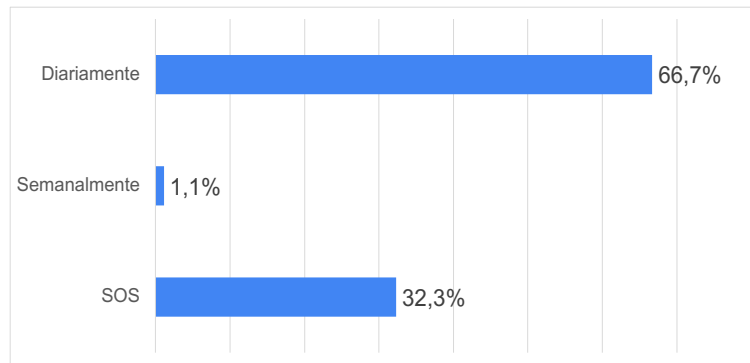
**Figura 13** - Distribuição dos medicamentos consumidos pelos participantes portugueses segundo quem aconselhou/prescreveu (%; N=122)

Os 24 participantes portugueses não diagnosticados que consomem medicamentos ou SA para as PA mencionaram 22 medicamentos. Entre eles, a grande maioria (72,7%) é, mesmo assim, prescrita por médicos, enquanto 22,7% são obtidos por automedicação e 4,5% aconselhados por farmacêuticos (Figura 14).



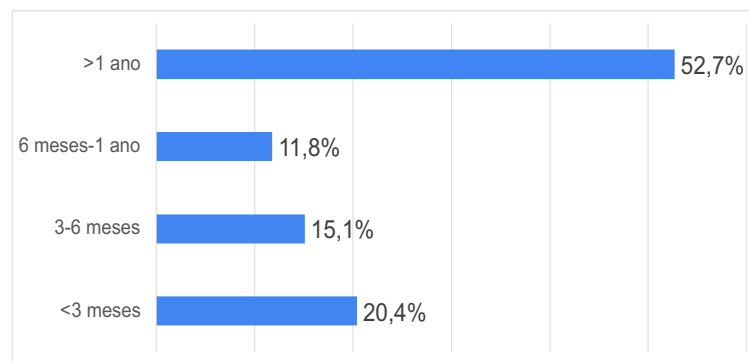
**Figura 14** - Distribuição dos medicamentos consumidos pelos participantes portugueses não diagnosticados com PA segundo quem aconselhou/prescreveu (%; N=22)

Entre os 93 participantes totais que declararam consumir medicamentos ou SA para PA nos últimos 3 meses, 66,7% tomam esses medicamentos diariamente, enquanto 32,3% os utilizam de forma pontual em SOS conforme indicado na Figura 15.



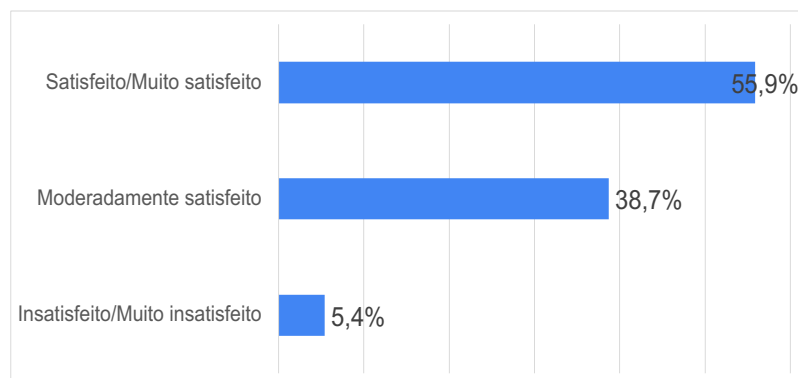
**Figura 15** - Frequência da toma de medicamentos ou suplementos para PA pelos participantes portugueses (%; N=93)

A maioria dos consumidores de medicamentos ou SA para PA (52,7%) apresenta um consumo prolongado, que ultrapassa um ano de tratamento (Figura 16).



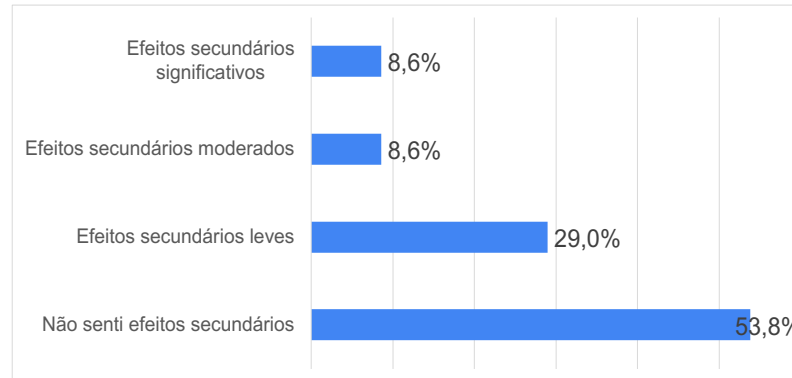
**Figura 16** - Duração da toma de medicamentos ou SA para PA pelos participantes portugueses (%; N=93)

Relativamente ao grau de satisfação com a terapêutica medicamentosa, 55,9% dos consumidores de medicamentos ou SA expressaram uma satisfação classificada como “satisfeito” ou “muito satisfeito”, conforme apresentado na Figura 17. Por outro lado, apenas 5,4% dos consumidores consideram a terapêutica medicamentosa insatisfatória.



**Figura 17** - Grau de satisfação com a terapêutica (medicamentosos ou SA) para PA pelos participantes portugueses (%; N=93)

Entre os 93 consumidores de medicamentos ou SA para PA, a maioria (53,8%) não experimentou efeitos secundários, enquanto 29% relataram efeitos leves, 8,6% experimentaram efeitos moderados e 8,6% relataram efeitos secundários significativos, conforme mostrado na Figura 18.

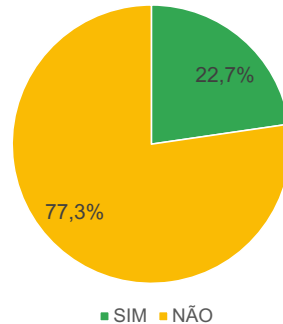


**Figura 18** - Efeitos secundários dos medicamentos ou SA relatados pelos participantes portugueses (% , N=93)

Entre os ES leves mais frequentemente mencionados, destacam-se os seguintes: sonolência, disfunção sexual, tonturas, cefaleias e abuso de substâncias. Além disso, entre os ES moderados, a maioria dos participantes relatou anedonia, náuseas, perda de peso e sonolência. Por fim, em relação aos ES graves, além dos previamente mencionados, foram observadas queixas de irritabilidade, déficit cognitivo e dependência. Os ES relatados estão maioritariamente associados ao uso de BZD e AD. No entanto, as queixas de sonolência também estão correlacionadas ao consumo de melatonina.

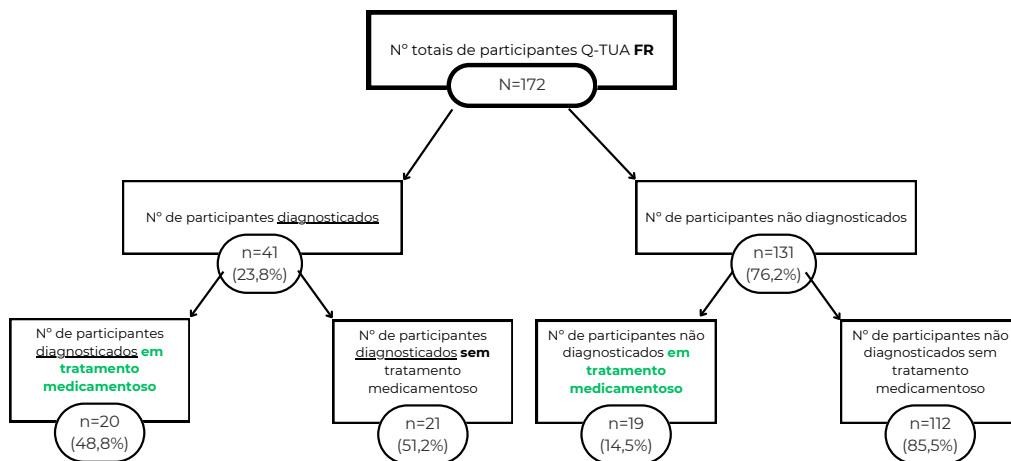
### II.3. Caracterização do consumo de medicamentos e SA para PA em França

Entre todos os participantes franceses, que totalizam 172 pessoas, 22,7% afirmaram ter utilizado medicamentos ou SA para PA nos últimos 3 meses (Figura 19).



**Figura 19** - Frequência de participantes franceses que consumiram medicamentos ou SA para PA nos últimos 3 meses (%; N=172)

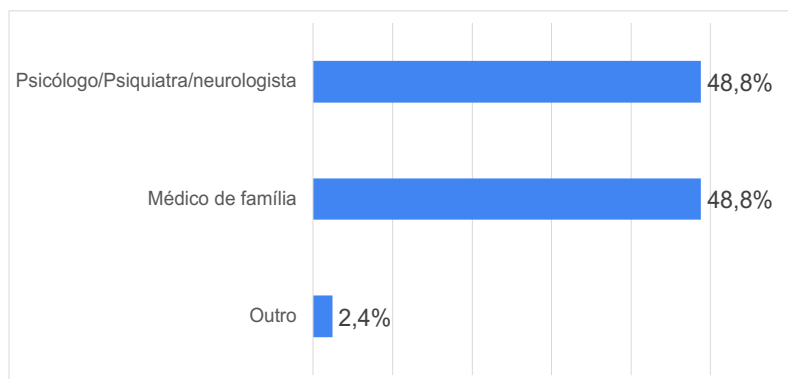
Dos inquiridos franceses, 23,8% indicaram ter recebido um diagnóstico de PA por parte de um profissional de saúde (Figura 20).



**Figura 20** - Fluxograma da distribuição dos participantes Q-TUA FR segundo o diagnóstico e o tratamento medicamentoso

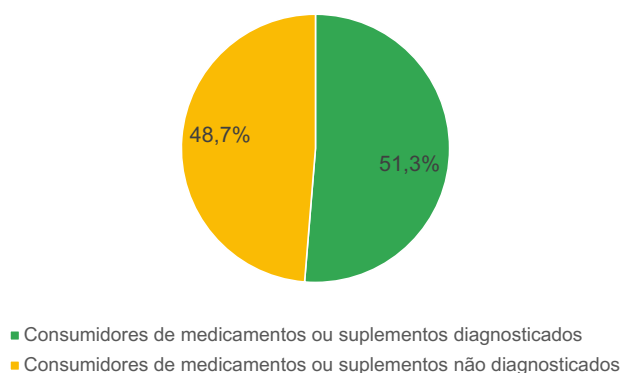
Em 48,8% dos diagnósticos dos participantes franceses foram realizados por psicólogos, psiquiatras ou neurologistas, enquanto o mesmo percentual foi atribuído aos médicos de família (Figura 21). Os resultados indicam que as duas amostras apresentam taxas de diagnóstico de PA similares. Na amostra francesa, 48,8% dos diagnósticos são realizados por médicos de família (Figura 21), enquanto na amostra portuguesa, apenas 31,0% dos diagnósticos são atribuídos a esta categoria de profissionais (Figura 8). Conforme demonstrado na Figura 20, entre os 41 participantes franceses que já foram

diagnosticados, 20 deles, ou seja, 48,8%, seguem um tratamento medicamentoso. Por outro lado, entre os 131 participantes franceses que nunca foram diagnosticados, 19 (14,5%) seguem um tratamento medicamentoso sem diagnóstico prévio. Este valor é ligeiramente superior ao observado na amostra portuguesa, que é de 8,4%.



**Figura 21** - Distribuição percentual dos participantes franceses diagnosticados com PA (N= 41) segundo o profissional de saúde responsável pelo diagnóstico

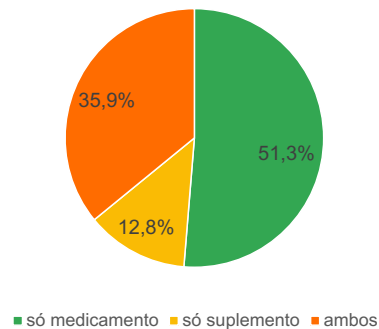
Segundo a Figura 22, entre os 39 participantes franceses que afirmaram ter consumido medicamentos ou SA, quase metade, 48,7%, não foram diagnosticados com PA. Este valor é significativamente mais elevado do que o obtido entre os consumidores portugueses (25,8%).



**Figura 22** - Distribuição dos consumidores franceses de medicamentos ou SA para PA segundo o diagnóstico (%), N=39

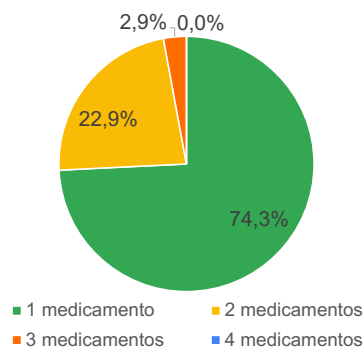
Dos 39 participantes franceses que consumiram medicamentos ou SA nos últimos 3 meses, a maioria (51,3%) (N=20) declarou ter consumido só medicamentos, enquanto 12,8% (N= 5) mencionou o uso de SA, e 35,9% (N=14) afirmou ter utilizado ambos

(Figura 23). Estes resultados diferem dos encontrados entre os consumidores portugueses. Estes últimos recorrem menos aos SA (21,5%).



**Figura 23** - Frequência de participantes franceses que consumiram medicamentos ou SA para PA em função do tipo de medicação (%; N=39)

Dentre os 35 participantes franceses que consomem medicamentos, mais de metade (74,3%) também segue um tratamento monoterapêutico (Figura 24). Por outro lado, 8 participantes consomem dois medicamentos, e 1 participante consome três. Encontramos as mesmas percentagens de monoterapia entre os consumidores portugueses. No entanto, em França, nenhum consumidor declarou tomar 4 medicamentos.

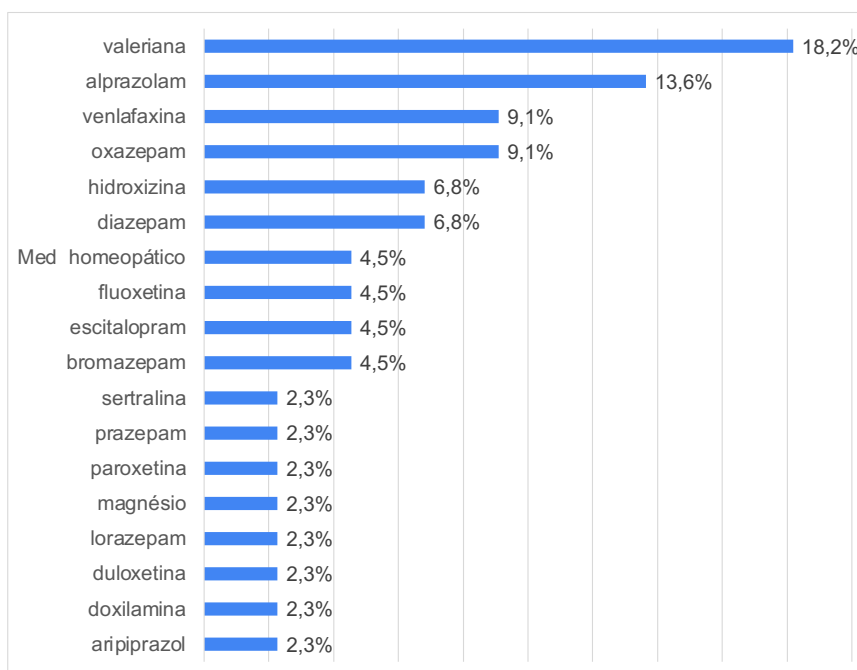


**Figura 24** - Distribuição de participantes franceses que consumiram medicamentos para PA em função do número de medicamentos consumidos (%; N=35)

Entre as respostas obtidas pelos 35 participantes franceses que consomem medicamentos, encontram-se 18 princípios ativos diferentes, dos quais 6 são BZD (Figura 25). A valeriana é o medicamento mais consumido, representando 18,2% das respostas, seguida do alprazolam (13,6%), da venlafaxina (9,1%) e do oxazepam (9,1%). É de salientar que a valeriana esteja entre os medicamentos mais consumidos tanto pelos

participantes franceses quanto pelos portugueses. Além disso, em ambas as amostras, os AD seletivos, como a sertralina e o escitalopram entre os portugueses, e a venlafaxina entre os franceses, ocupam um lugar importante entre os tratamentos utilizados.

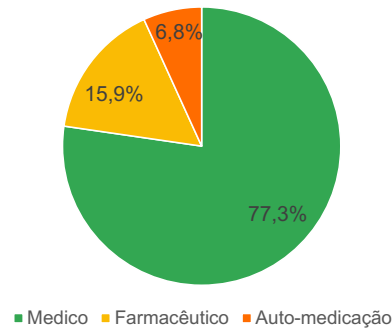
No que diz respeito às BZD, elas representam 38,6% dos medicamentos consumidos pelos participantes franceses, um valor semelhante ao observado entre os participantes portugueses (35,7%). As BZD mais consumidas entre os franceses são o alprazolam (13,6%), o oxazepam (9,1%) e o diazepam (6,8%). Importa destacar que o diazepam e o alprazolam estão entre as BZD mais consumidas nas duas amostras.



**Figura 25** - Distribuição percentual de medicamentos consumidos para os participantes consumidores franceses para PA (N=44)

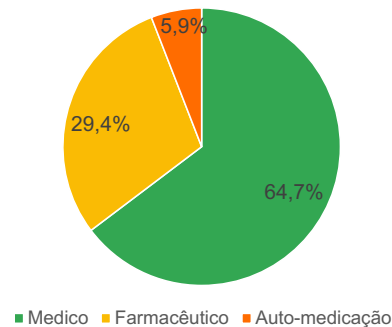
De acordo com o relatório da ANSM, publicado em 2017, as BZD mais consumidas na França, em ordem decrescente, são o alprazolam, seguido do oxazepam e do bromazepam (ANSM, 2017). Os dados dos consumidores franceses do nosso estudo coincidem amplamente com o relatório da ANSM, confirmando o alprazolam e o oxazepam como as duas BZD mais consumidas. No entanto, o diazepam é a 3ª BZD mais consumida no nosso estudo, enquanto ocupa a 6ª posição nesse relatório.

De acordo com a Figura 26, entre os 44 medicamentos mencionados pelos consumidores franceses, a grande maioria, 77,3%, também é prescrita por médicos. No entanto, um número maior de medicamentos é recomendado por farmacêuticos (15,9%) em comparação com os resultados obtidos na amostra portuguesa (4,9%).



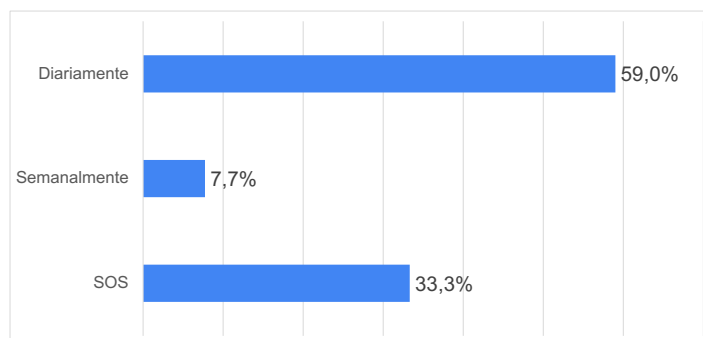
**Figura 26** - Distribuição dos medicamentos consumidos pelos participantes franceses segundo quem aconselhou/prescreveu (%), N=44)

Os 19 participantes franceses não diagnosticados que consomem medicamentos para as PA mencionaram 17 medicamentos. A maioria deles, 64,7%, também foi prescrita por um médico, uma percentagem ligeiramente inferior aos resultados portugueses (72,7%). No entanto, observa-se uma maior percentagem de medicamentos recomendados por farmacêuticos (29,4%), e uma menor em automedicação (5,9%) (Figura 27).



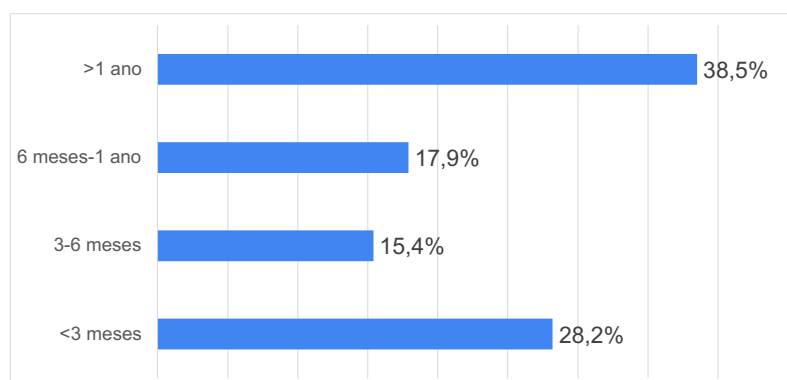
**Figura 27** - Distribuição dos medicamentos consumidos pelos participantes franceses não diagnosticados com PA segundo quem aconselhou/prescreveu (%), N=17)

A maioria (59,0%) dos participantes franceses que declararam ter consumido medicamentos ou SA faz toma diária, enquanto 33,3% utilizam em caso de urgência, segundo a Figura 28. Encontramos resultados semelhantes na população portuguesa.



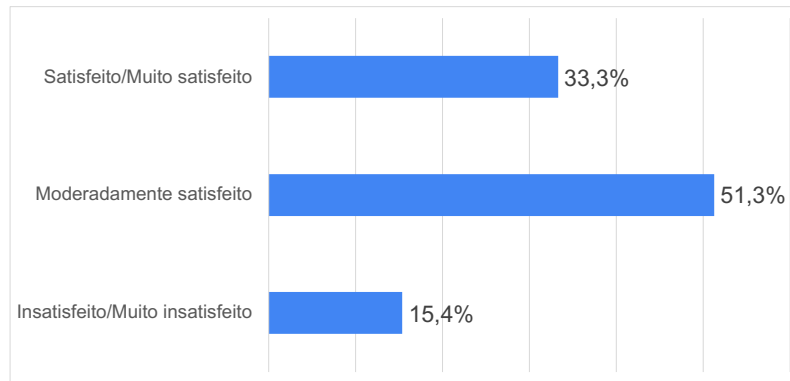
**Figura 28** - Frequência da toma de medicamentos ou SA para PA pelos participantes franceses (%; N=39)

Relativamente à duração da terapêutica medicamentosa, 38,5% dos consumidores franceses indicaram uma duração superior a um ano, enquanto 28,2% relataram uma duração curta, inferior a três meses (Figura 29). Esses resultados diferem dos resultados observados na amostra portuguesa, onde os tratamentos têm maior duração.



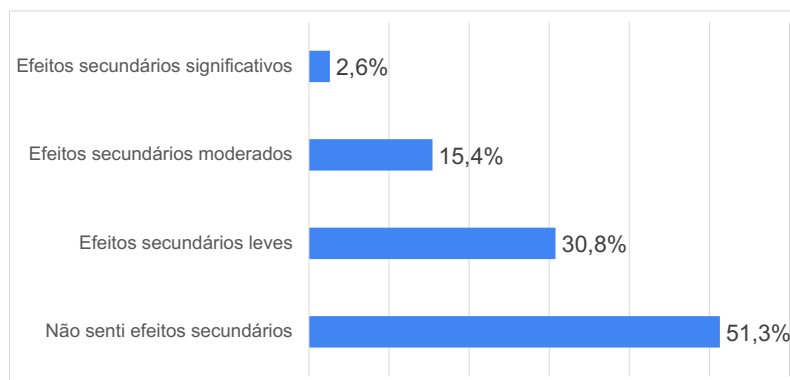
**Figura 29** - Duração da toma de medicamentos ou SA para PA pelos participantes franceses (%; N=39)

No entanto, os consumidores franceses apresentam um grau de satisfação com a terapêutica medicamentosa inferior ao dos portugueses. Apenas 33,3% dos consumidores franceses estão satisfeitos ou muito satisfeitos com a terapia, em comparação com 55,9% dos participantes portugueses, e uma percentagem maior de consumidores franceses relatou um nível de satisfação insatisfatório (15,4%), em contraste com os portugueses (5,4%) (Figura 30). A maioria dos consumidores franceses (51,3%) indicou um grau de satisfação moderado.



**Figura 30** - Grau de satisfação com a terapêutica (medicamentosos ou SA) para PA pelos participantes franceses (%; N=39)

Dos 39 consumidores franceses, a maioria, ou seja, 51,3%, relatou não ter sentido nenhum ES enquanto 30,8% sentiram ES leves (Figura 31). Estes resultados são semelhantes aos observados nos participantes portugueses; no entanto, os ES significativos são mais frequentes entre os consumidores portugueses (8,6%) em comparação com 2,6% dos franceses, correspondendo a um participante.

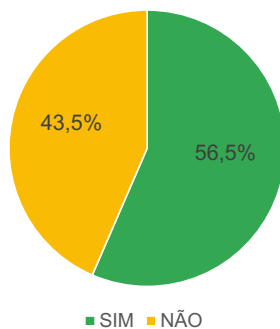


**Figura 31** - Efeitos secundários dos medicamentos ou SA para PA relatados pelos participantes franceses (%; N=39)

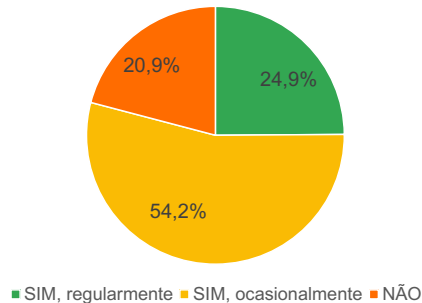
Os participantes franceses experimentaram principalmente ES leves, como sonolência e tonturas. Quanto aos ES moderados, destacam-se a astenia, um déficit cognitivo, além da sonolência e das dificuldades de concentração. Finalmente, entre os ES significativos, encontramos xerostomia, xerodermia, alopecia, astenia e dificuldades de concentração. Esses ES são principalmente causados por uma terapia com BZD e/ou AD seletivos. Apenas os efeitos significativos, mencionados por uma única pessoa, são atribuídos à BZD, o oxazepam.

#### **II.4. Caracterização da utilização de estratégias não medicamentosas em Portugal**

Dos 398 respondentes portugueses, 56,5% (225 participantes) indicaram que utilizam ou já utilizaram estratégias não medicamentosas para lidar com a ansiedade (Figura 32). Dentre estes, com 24,9% utilizam regularmente e 54,2% ocasionalmente, como ilustrado na Figura 33.

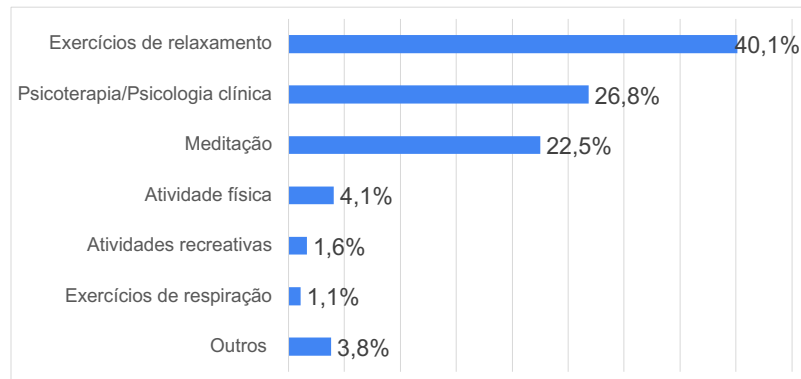


**Figura 32** - Frequência de participantes portugueses que utilizam ou já utilizaram estratégias não medicamentosas para lidar com PA (% , N=398)



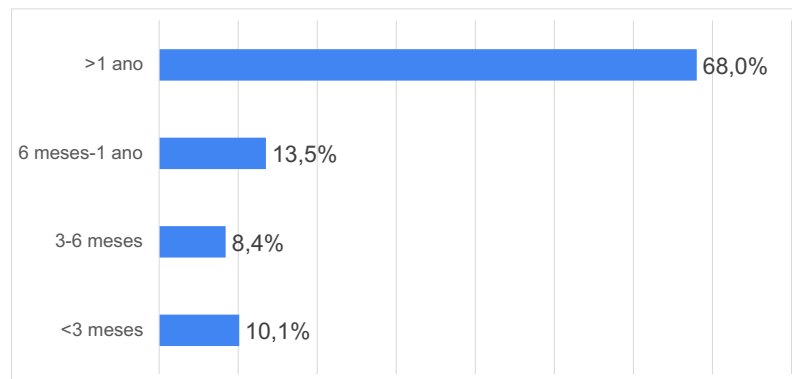
**Figura 33** - Frequência de participantes portugueses que atualmente utilizam estratégias não medicamentosas para lidar com PA (% , N=225)

Conforme a Figura 34, a prática de exercícios de relaxamento, incluindo ioga, foi a estratégia não medicamentosa mais utilizada pelos 225 participantes portugueses que afirmaram recorrer a essas abordagens, representando 40,1% das respostas. Outras técnicas incluíram psicoterapia/psicologia clínica (26,8%), meditação (22,5%) e atividade física (4,1%)



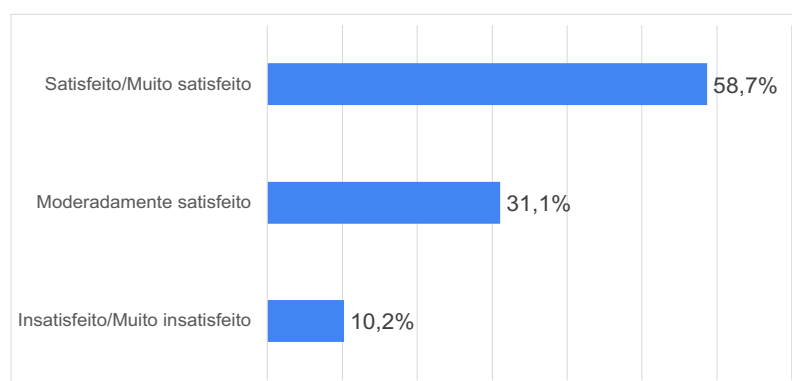
**Figura 34** - Distribuição percentual de estratégias não medicamentosas utilizadas pelos participantes portugueses para PA (N=369)

Relativamente à duração da terapia não medicamentosa, entre os 178 participantes que a utilizam atualmente, 68,0% recorrem a estratégias não medicamentosas por um longo período, ou seja, por mais de um ano, conforme ilustrado na Figura 35.



**Figura 35** - Duração da utilização de estratégias não medicamentosas para lidar com PA entre participantes portugueses que as utilizam atualmente (%), N=178)

Quanto ao grau de satisfação com as estratégias não medicamentosas, a maioria dos participantes portugueses, ou seja, 58,7%, expressou um elevado grau de satisfação com essas estratégias, conforme ilustrado na Figura 36.

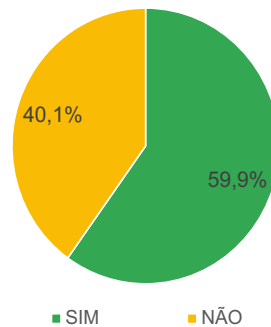


**Figura 36** - Grau de satisfação com as estratégias não medicamentosas para PA pelos participantes portugueses (%), N=225)

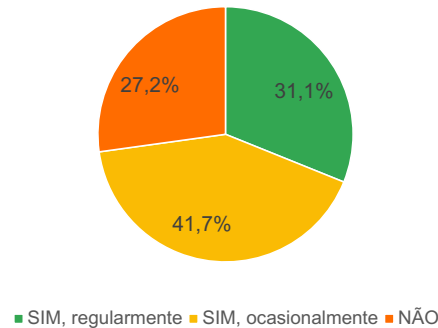


### II.5. Caracterização da utilização de estratégias não- medicamentosas em França

Entre os 172 participantes franceses, 59,9% (103 participantes) mencionaram ter utilizado estratégias não medicamentosas para lidar com a ansiedade (Figura 37). Desses, a maioria (N=103) ainda as utiliza atualmente: 31,1% de forma regular e 41,7% pontualmente (Figura 38). Esses resultados são semelhantes aos da amostra portuguesa

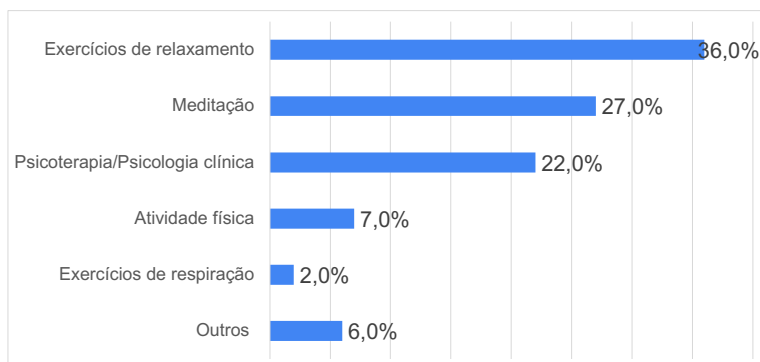


**Figura 37** - Frequência de participantes franceses que utilizam ou já utilizaram estratégias não medicamentosas para lidar com PA (% , N=172)



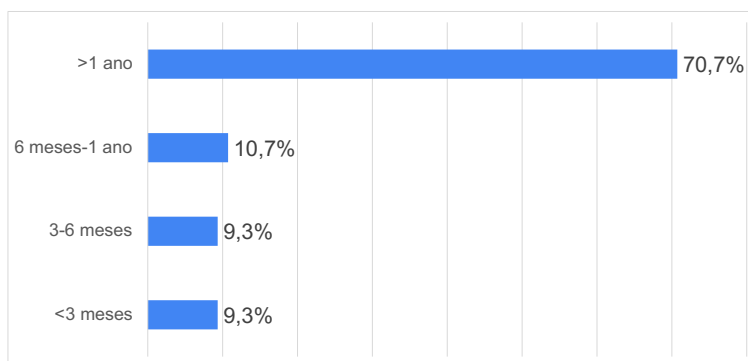
**Figura 38** - Frequência de participantes franceses que atualmente utilizam estratégias não medicamentosas para lidar com PA (% , N=103)

A prática de exercícios de relaxamento também foi a mais escolhida pelos participantes franceses, representando 36,0% das estratégias. Outras técnicas mencionadas incluíram a meditação (27,0%), a psicoterapia/psicologia clínica (22,0%) e a prática de atividade física (7,0%) (Figura 39). Os participantes franceses recorrem de forma semelhante aos exercícios de relaxamento em comparação com os portugueses (40,1%), mas utilizam menos a psicoterapia, favorecendo mais a meditação.



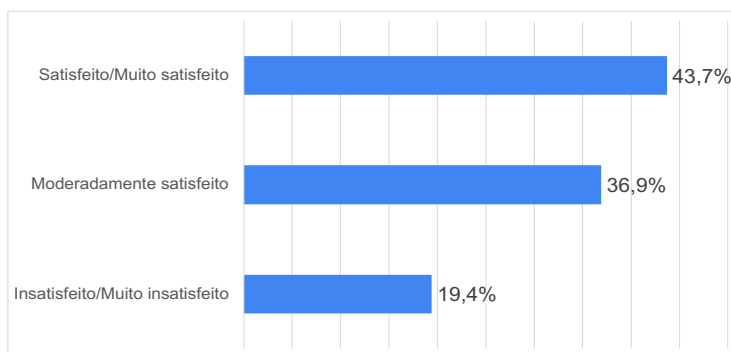
**Figura 39** - Distribuição percentual de estratégias não medicamentosas utilizadas pelos participantes franceses para PA (N=200)

Em relação à duração das estratégias não medicamentosas, 70,7% dos participantes relataram utilizá-las por mais de um ano, conforme mostrado na Figura 40. Esse resultado é semelhante ao observado entre os participantes portugueses.



**Figura 40** - Duração da utilização de estratégias não medicamentosas para lidar com PA entre participantes franceses que as utilizam atualmente (%), N=75

Finalmente, em termos de satisfação com as estratégias alternativas, dos 103 participantes franceses que as utilizam atualmente, apenas 43,7% as consideram efetivamente satisfatórias (Figura 41). Esta percentagem é inferior à observada entre os participantes portugueses (58,7%).

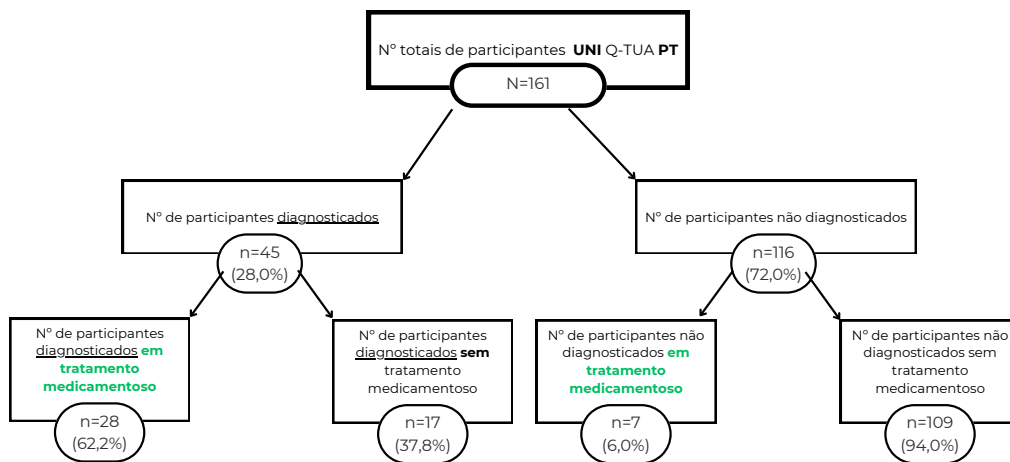


**Figura 41** - Grau de satisfação com as estratégias não medicamentosas para PA pelos participantes franceses (%), N=103

## II.6. Caracterização da população de estudantes universitários

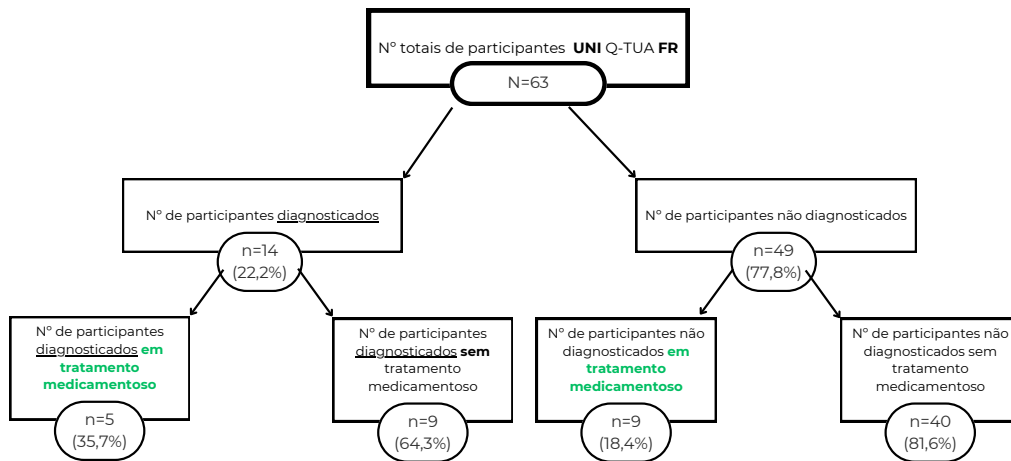
A forte presença de estudantes universitários (UNI) entre os participantes dos dois questionários Q-TUA levou-nos a estudar especificamente esta população. De facto, entre os 161 participantes portugueses (40,5%) e 63 franceses (36,6%) são estudantes UNI.

Analisando o consumo de medicamentos e SA para as PA pelos estudantes UNI portugueses, verifica-se que, de uma forma geral, as suas características vão ao encontro da amostra portuguesa estudada. No entanto, destaca-se que a duração dos tratamentos farmacológicos é mais curta e que os ES são mais frequentes entre os estudantes universitários. A distribuição dos estudantes UNI portugueses, segundo o diagnóstico e o tratamento, é representada pela Figura abaixo.



**Figura 42** - Fluxograma da distribuição dos participantes UNI Q-TUA PT segundo o diagnóstico e o tratamento medicamentoso

Quanto à análise do consumo de medicamentos e SA pelos estudantes UNI franceses, as únicas diferenças notáveis em relação à amostra francesa estudada residem na frequência de uso, que é mais pontual entre os estudantes UNI franceses, e em um grau de satisfação com a terapia farmacológica, que é mais elevado entre estes últimos. A Figura 43 ilustra a distribuição dos estudantes UNI franceses, de acordo com o diagnóstico e o tratamento.



**Figura 43** - Fluxograma da distribuição dos participantes UNI Q-TUA FR segundo o diagnóstico e o tratamento medicamentoso

### *Análise comparativa entre as populações UNI portuguesa e francesa*

Conforme apresentado nas Tabelas 8 e 9, as duas populações de estudantes universitários mostram semelhanças na distribuição por género e no consumo de medicamentos e SA. Uma revisão sistemática em 2023 analisou a prevalência de ansiedade entre estudantes universitários a partir de diversos estudos, estabelecendo uma mediana de 32% (Tan et al., 2023). Os nossos resultados, especialmente os dos estudantes franceses, são inferiores a este valor. No entanto, é importante destacar que os dados deste estudo dizem respeito à percentagem de estudantes diagnosticados formalmente por um profissional de saúde, enquanto na revisão mencionada, a prevalência é estimada a partir de questionários de autoavaliação. Contudo, em relação ao consumo de medicamentos ou SA, 21,7% dos estudantes portugueses e 22,2% dos franceses declararam recorrer a tratamentos medicamentosos, percentagem ligeiramente inferior à observada no estudo da Universidade da Beira Interior (28,0%) (Carvalho, 2021). Ainda assim, algumas diferenças relevantes permanecem entres os estudantes portugueses e franceses. Por exemplo, entre os estudantes sem diagnóstico de PA, 6,0% seguem um tratamento farmacológico em Portugal, enquanto, em França, esta percentagem é consideravelmente mais elevada, atingindo 18,4%. Por outro lado, os estudantes portugueses tendem a tomar medicamentos de forma diária (60,0%), enquanto 50,0% dos franceses os utilizam em situações de emergência. No entanto, os estudantes franceses seguem tratamentos de duração mais longa. Efetivamente, embora ambas as amostras apresentem 42,9% de participantes com uma duração de tratamento superior a um ano, 14,3% dos estudantes franceses seguem um tratamento entre seis meses e um ano, e 28,6% entre três e seis

meses. Em contrapartida, os estudantes portugueses apresentam percentagens mais baixas nessas categorias, com 2,9% e 25,7%, respetivamente. O mesmo se aplica à duração das estratégias não medicamentosas, onde 88,0% dos estudantes franceses indicam uma utilização prolongada, em comparação com 63,0% dos estudantes portugueses. Finalmente, a maioria dos estudantes portugueses (58,2%) expressa um grau de satisfação elevado com essas estratégias, enquanto apenas 36,8% dos estudantes franceses partilham esse sentimento.

**Tabela 8** - Distribuição percentual dos participantes estudantes universitários dos questionários Q-TUA PT e Q-TUA-FR segundo o consumo de medicamentos e SA para as PA

Variáveis	Estudantes UNI PT (N=161)		Estudantes UNI FR (N=63)	
	N	Percentagem	N	Percentagem
<b>Género</b>				
Feminino	140	87,0%	52	82,5%
Masculino	21	13,0%	11	17,5%
<b>Diagnóstico de PA por um profissional de saúde</b>				
SIM	45	28,0%	14	22,2%
NÃO	116	72,0%	49	77,8%
(N <sub>PT</sub> =45; N <sub>FR</sub> =14)				
• <b>Profissional de saúde responsável pelo diagnóstico</b>				
Psicólogo/ psiquiatra / neurologista	33	73,3%	9	64,3%
Médico de família	11	24,4%	5	35,7%
Outro	1	2,2%	0	0,0%
<b>Consumo de medicamentos ou SA para PA</b>				
SIM	35	21,7%	14	22,2%
NÃO	126	78,3	49	77,8%
(N <sub>UNI PT</sub> =35 e N <sub>UNI FR</sub> =14)				
• <b>Frequência da toma de medicamentos/SA para PA</b>				
Diariamente	21	60,0%	6	42,9%
Semanalmente	1	2,9%	1	7,1%
SOS	13	37,1%	7	50,0%
• <b>Duração da toma de medicamentos/SA para PA</b>				
>1 ano	15	42,9%	6	42,9%
6 meses-1 ano	1	2,9%	2	14,3%
3-6 meses	9	25,7%	4	28,6%
<3 meses	10	28,6%	2	14,3
• <b>Grau de satisfação com a terapêutica (medicamentos ou SA)</b>				
Satisfeito/Muito satisfeito	17	48,6%	4	28,6
Moderadamente satisfeito	15	42,9%	9	64,3
Insatisfeito/Muito insatisfeito	3	8,6%	1	7,1
• <b>Efeitos secundários dos medicamentos ou SA</b>				
ES significativos	3	8,6%	0	0,0
ES moderados	4	11,4%	2	14,3
ES leves	12	34,3%	4	28,6
Sem ES	16	45,7%	8	57,1

**Tabela 9** - Distribuição percentual dos participantes estudantes universitários dos questionários Q-TUA PT e Q-TUA-FR segundo a utilização de estratégias não medicamentosas para as PA

Variáveis	Estudantes UNI PT		Estudantes UNI FR	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem
(N <sub>UNI PT</sub> =161 e N <sub>UNI FR</sub> =63)				
<b>Utilização de estratégias não medicamentosas</b>				
SIM	98	60,9%	38	60,3%
NÃO	63	39,1%	25	39,7%
(N <sub>UNI PT</sub> =98 e N <sub>UNI FR</sub> =38)				
• <b>Utilização atual de estratégias não medicamentosas</b>				
SIM, regularmente	21	21,4%	8	21,1%
SIM, ocasionalmente	60	61,2%	17	44,7%
NÃO	17	17,3%	13	34,2%
(N <sub>UNI PT</sub> =81 e N <sub>UNI FR</sub> =25)				
▫ <b>Duração da utilização de estratégias não medicamentosas</b>				
>1 ano	51	63,0%	22	88,0%
6 meses-1 ano	12	14,8%	0	0,0%
3-6 meses	9	11,1%	0	0,0%
<3 meses	9	11,1%	3	12,0%
• <b>Grau de satisfação com as estratégias não medicamentosas</b>				
Satisfeito/Muito satisfeito	57	58,2%	14	36,8%
Moderadamente satisfeito	30	30,6%	16	42,1%
Insatisfeito/Muito insatisfeito	11	11,2%	8	21,1%

## **II.7. Limitações**

Esta investigação apresenta algumas limitações que podem influenciar a análise dos dados recolhidos e que devem ser consideradas na interpretação dos mesmos e em estudos futuros. Desde logo, a diferença no número de respostas entre as duas amostras analisadas pode enviesar os resultados, limitando comparações diretas. Além disso, verificou-se uma sub-representação de participantes do sexo masculino, o que limitou o uso de análises estatísticas adicionais que poderiam fortalecer as conclusões. O formato de autoavaliação do questionário também está sujeito a vieses de resposta, como a tendência para respostas socialmente aceites, o que pode alterar a precisão das mesmas. Notou-se também uma dificuldade em diferenciar medicamentos de suplementos alimentares (por exemplo, melatonina), o que pode ter afetado os dados de consumo. Quanto à amostra, composta principalmente por estudantes universitários, comum neste tipo de estudos, apresenta-se como um desafio à representatividade a nível nacional. Além disso, não foi obtida a percentagem de utilizadores de TCC entre as estratégias adotadas e a falta de estudos semelhantes na literatura dificultou as comparações. Relativamente aos ES, uma limitação que podemos indicar recai no facto de não se ter efetuado nenhuma análise relativa à relação entre os ES mencionados e os medicamentos para as PA consumidos por cada indivíduo. Acresce o facto de não se ter incluído nenhuma questão sobre o consumo de outro tipo de medicamentos, para qualquer outro problema de saúde, o que pode causar viés na interpretação dos ES indicados, que associamos apenas à terapêutica medicamentosa da PA. Por fim, nem todas as questões do questionário foram tratadas, devido à diferença de tamanho entre as amostras e à limitação de espaço da tese, sugerindo-se uma análise mais completa em futuras investigações, sob os quais este trabalho abre portas e demonstra a relevância de ser mais profundamente desenvolvida. Além disso, futuras investigações poderiam expandir este estudo a outros países europeus e explorar outras perturbações mentais, como a depressão.

## CONCLUSÃO

A presente monografia analisou a utilização de terapêuticas medicamentosas para o tratamento das PA em Portugal e em França, mediante a aplicação de um questionário que registou 398 respostas válidas de participantes portugueses e 189 de participantes franceses, alcançando os objetivos a que se propôs.

Na amostra portuguesa, mais de um quarto dos participantes indicou ter recebido um diagnóstico médico de PA. Entre estes, a maioria encontra-se em tratamento farmacológico. Dos indivíduos a utilizar psicofármacos, aproximadamente um quarto está em tratamento sem diagnóstico prévio de PA. Os padrões de consumo destes tratamentos caracterizam-se por uma predominância de monoterapias prescritas por um médico, utilizadas diariamente e por um período superior a um ano. Os medicamentos mais frequentemente consumidos são a sertralina, a valeriana e o escitalopram. A classe das BZD representa cerca de um terço dos tratamentos farmacológicos, com predominância de diazepam, mexazolam, loflazepato de etilo e alprazolam. No que se refere à satisfação, mais de metade dos participantes declarou estar satisfeita com o tratamento, e uma proporção semelhante não relatou ES. Entre os ES mais mencionados, encontram-se sonolência, disfunções sexuais, cefaleias, abuso de substâncias e déficits cognitivos. Quanto às abordagens não farmacológicas para as PA, mais de metade dos participantes portugueses já utilizou estas abordagens, sendo os exercícios de relaxamento os mais frequentes, seguidos da psicoterapia e da meditação. Estas estratégias são geralmente adotadas por períodos superiores a um ano e apresentam um nível de satisfação elevado. A análise da subpopulação de estudantes universitários, que representa uma percentagem significativa dos participantes portugueses (40,5%), indica diferenças em relação ao grupo geral: os estudantes tendem a utilizar tratamentos farmacológicos de menor duração, mas relatam uma maior frequência de ES.

Na amostra francesa, aproximadamente um quarto dos participantes indicou ter recebido um diagnóstico médico de PA. Destes, cerca de metade segue um tratamento farmacológico. Verificou-se também que cerca de metade dos participantes que consomem medicamentos para as PA, recorre a estas terapias sem um diagnóstico formal. O padrão de consumo caracteriza-se pela utilização de monoterapias prescritas por médicos, com administração diária e duração prolongada. Entre os medicamentos mais consumidos destacam-se a valeriana, o alprazolam, a venlafaxina e o oxazepam. Mais de

um terço dos tratamentos envolve BZD. Em relação à satisfação, a maioria dos participantes franceses relatou um nível moderado de satisfação com o tratamento, e uma percentagem semelhante não relatou efeitos ES. No entanto, entre os ES observados, além dos reportados pela população portuguesa, foram também mencionados xerostomia, xerodermia e alopecia. Relativamente às estratégias não farmacológicas, mais de metade dos participantes franceses recorre a essas abordagens. Os exercícios de relaxamento continuam a ser os mais frequentes, seguidos de perto pela meditação, ligeiramente mais popular que a psicoterapia. A maioria dos participantes mantém essas estratégias por períodos prolongados. Por fim, os estudantes universitários franceses, que compõem 36,6% da população estudada, apresentam semelhanças com os restantes participantes, embora metade dos estudantes demonstrem uma tendência para um padrão de utilização mais pontual de medicamentos.

Este estudo permitiu explorar os diferentes tratamentos utilizados nas PA, tanto farmacológicos, quanto não farmacológicos, através de uma investigação realizada em Portugal e na França. Os resultados revelam semelhanças entre os dois países, especialmente no que diz respeito ao consumo de fármacos, bem como à adoção de terapias não medicamentosas. As BZD continuam a ser um dos fármacos mais utilizados para tratar a ansiedade, embora os padrões de consumo variem ligeiramente entre os dois países. Em Portugal, o diazepam, o mexazolam, o loflazepato de etilo e o alprazolam são os mais frequentemente prescritos, enquanto, em França, são principalmente o alprazolam, o oxazepam e o diazepam. A utilização prolongada de BZD sugere a necessidade de revisão das diretrizes de prescrição, considerando os riscos associados, como a tolerância, a dependência e os efeitos secundários. Entre as principais discrepâncias identificadas nas respostas ao questionário entre as amostras portuguesa e francesa, observa-se que, na amostra francesa, existe uma maior frequência de aconselhamento farmacêutico envolvendo medicamentos e suplementos, além de um consumo mais elevado de suplementos alimentares. Por outro lado, na amostra portuguesa, os tratamentos caracterizam-se por uma duração mais prolongada, com um nível superior de satisfação reportado pelos participantes em relação aos resultados terapêuticos. Contudo, esta mesma amostra evidencia uma maior incidência de efeitos adversos classificados como significativos. Os participantes, tanto portugueses, quanto franceses, também recorrem a estratégias não medicamentosas, o que demonstra um

interesse crescente por abordagens alternativas no tratamento das PA, que possam ser mantidos a longo prazo sem os efeitos secundários dos medicamentos.

Por fim, este estudo revela as tendências atuais na gestão da PA em dois países europeus que têm um elevado consumo de psicotrópicos. As conclusões apontam para a necessidade de estratégias de intervenção mais adequadas e eficazes, tanto farmacológicas quanto não medicamentosas, para otimizar o tratamento das PA e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. Além disso, abre caminho para futuras pesquisas destinadas a avaliar a eficácia e o impacto a longo prazo desses tratamentos, bem como o desenvolvimento de políticas de saúde pública que promovam o uso responsável de psicotrópicos.



## BIBLIOGRAFIA

- Almeida, T., Heitor, M. J., Santos, O., Costa, A., Virgolino, A., Rasga, C., Martiniano, H., & Vicente, A. (2020). *Relatório final: SM-COVID19 – Saúde mental em tempos de pandemia*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/7245>
- American Psychiatric Association. (2013). Anxiety Disorders. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (pp. 189-233) (5th ed.) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Association Nationale des Enseignants de Pharmacie Clinique (ANEPC), Limat Samuel, Dupuis Antoine, Fagnoni Philippe, Demoré Béatrice, Fernandez Christine, Aulagner Gilles, & Cazin Jean-Louis. (2018). *Pharmacie clinique et thérapeutique*. (Elsevier Masson, Ed.; 5th ed.).
- ANSM. (2017). *État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France*.
- Antos, Z., Zackiewicz, K., Tomaszek, N., Modzelewski, S., & Waszkiewicz, N. (2024). Beyond Pharmacology: A Narrative Review of Alternative Therapies for Anxiety Disorders. *Diseases*, 12(9), 216. <https://doi.org/10.3390/diseases12090216>
- Balon, R., & Starcevic, V. (2020). Role of benzodiazepines in anxiety disorders. In *Advances in Experimental Medicine and Biology* (Vol. 1191, pp. 367–388). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0\\_20](https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_20)
- Bandelow, B., Lichte, T., Rudolf, S., Wiltink, J., & Beutel, M. E. (2015). The German guidelines for the treatment of anxiety disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265(5), 363–373. <https://doi.org/10.1007/s00406-014-0563-z>
- Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 93–107. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>
- Belon, J.-P. (2019). L’anxiété et les troubles anxieux. *Actualités Pharmaceutiques*, 58(590), 18–22. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2019.09.005>
- Bonnay, M., Soeiro, T., Megard, R., Micallef, J., Rolland, B., & Chappuy, M. (2021). Usages et bon usage des benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 179(8), 748–756. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.08.009>
- Buxeraud, J., & Faure, S. (2019). Les benzodiazépines. *Actualités Pharmaceutiques*, 58(591), 24–26. <https://doi.org/10.1016/J.ACTPHA.2019.09.027>
- Carvalho, A. B. (2021). *Avaliação da Ansiedade e do Consumo de Substâncias com Propriedades Ansiolíticas no Rendimento Académico nos estudantes da Universidade da Beira Interior*. (Tese de Doutoramento). Universidade da Beira Interior, Portugal.
- Chang, J. P.-C., Zamparelli, A., Nettis, M. A., & Pariante, C. M. (2022). Antidepressant Drugs: Mechanisms of Action and Side Effects. In *Encyclopedia of Behavioral Neuroscience, 2nd edition* (pp. 613–626). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-819641-0.00105-5>
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*.
- DeMartini, J., Patel, G., & Fancher, T. L. (2019). Generalized Anxiety Disorder. *Annals of Internal Medicine*, 170(7), ITC49. <https://doi.org/10.7326/AITC201904020>
- DGS. (2011). *Abordagem Terapêutica da Ansiedade e Insónia Médicos do Sistema Nacional de Saúde*. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

- Edinoff, A. N., Nix, C. A., Hollier, J., Sagera, C. E., Delacroix, B. M., Abubakar, T., Cornett, E. M., Kaye, A. M., & Kaye, A. D. (2021). Benzodiazepines: Uses, Dangers, and Clinical Considerations. *Neurology International*, 13(4), 594–607. <https://doi.org/10.3390/neurolint13040059>
- Garakani, A., Murrough, J. W., Freire, R. C., Thom, R. P., Larkin, K., Buono, F. D., & Iosifescu, D. V. (2020). Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.595584>
- Javaid, S. F., Hashim, I. J., Hashim, M. J., Stip, E., Samad, M. A., & Ahbabi, A. A. (2023). Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. *Middle East Current Psychiatry*, 30(1), 44. <https://doi.org/10.1186/S43045-023-00315-3>
- Jufer-Phipps, R. A., & Levine, B. S. (2020). Benzodiazepines. In *Principles of Forensic Toxicology: Fifth Edition* (pp. 317–331). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-42917-1\\_20](https://doi.org/10.1007/978-3-030-42917-1_20)
- Kamat, D., Al-Ajlouni, Y. A., & Hall, R. C. W. (2023). The Therapeutic Impact of Plant-Based and Nutritional Supplements on Anxiety, Depressive Symptoms and Sleep Quality among Adults and Elderly: A Systematic Review of the Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 5171. <https://doi.org/10.3390/ijerph20065171>
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. In *Psychology Foundation of Australia* (2E ed., Vol. 56). Psychology Foundation of Australia.
- Mallet, J., Massini, C., Dubreucq, J., Padovani, R., Fond, G., & Guessoum, S. B. (2022). Santé mentale et Covid : toutes et tous concernés. Une revue narrative. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 180(7), 707–712. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.07.019>
- Manuila L., Manuila A., Lewalle P., & Nicoulin M. (2003). *Dicionário Médico*. 3ª edição. Lisboa, (Climepsi, Ed.; J. N. de Almeida, Trans.). Climepsi.
- Milhet Maitena, & Langlois Emmanuel. (2016). *Jeunes et médicaments psychotropes. Enquête qualitative sur l'usage détourné*. 109. <https://shs.hal.science/halshs-01360005>
- Mirko Petrovic. (2002). *Use and discontinuation of hypnotosedative medications in geriatric inpatients*. (Tese de Doutoramento). Faculty of Medicine and Health Sciences Ghent University, Bélgica. [https://www.researchgate.net/publication/277196526\\_Use\\_and\\_discontinuation\\_of\\_hypnotosedative\\_medications\\_in\\_geriatric\\_inpatients](https://www.researchgate.net/publication/277196526_Use_and_discontinuation_of_hypnotosedative_medications_in_geriatric_inpatients)
- Mishra, A. K., & Varma, A. R. (2023). A Comprehensive Review of the Generalized Anxiety Disorder. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.46115>
- Mughal, A. Y., Devadas, J., Ardman, E., Levis, B., Go, V. F., & Gaynes, B. N. (2020). A systematic review of validated screening tools for anxiety disorders and PTSD in low to middle income countries. *BMC Psychiatry*, 20(1), 338. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02753-3>
- Munir, S., & Takov, V. (2022). Generalized Anxiety Disorder. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441870/>
- Narcotics Control Board, I. (2019). *Report of the International Narcotics Control Board for 2019*. [www.incb.org](http://www.incb.org)
- NICE. (2019). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

- OCDE. (2022). *Pharmaceutical Market : Pharmaceutical consumption*. OECD.Stat. <https://stats.oecd.org/index.aspx?lang=en&SubSessionId=bcba81b2-beb4-4935-92e7-06533d892819&themetreeid=9#>
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição Para O Estudo Da Adaptação Portuguesa Das Escalas De Ansiedade , Depressão E Stress ( Eads ) De 21 Itens De Lovibond E Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239.
- Penninx, B. W., Pine, D. S., Holmes, E. A., & Reif, A. (2021). Anxiety disorders. *The Lancet*, 397(10277), 914–927. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)
- Pillon, F., & Allaert, F.-A. (2013). Traitement des troubles anxieux par compléments alimentaires. *Actualités Pharmaceutiques*, 52(529), 49–51. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2013.07.011>
- Programa Nacional para a Saúde Mental. (2015). *Portugal Saúde Mental em Números*. Direção-Geral da Saúde, Lisboa
- Ramasawmy, S. (2015). *Validation of the “French Depression Anxiety Stress Scales” (DASS-21) and predictors of depression in an adolescent Mauritian population*. (Tese de Doutoramento). École doctorale Cognition, Langage et Education Aix-en-Provence, França.
- Ravindran, A. V., & da Silva, T. L. (2013). Complementary and alternative therapies as add-on to pharmacotherapy for mood and anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 707–719. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.042>
- Rector, N. A., Laposa, J. M., Kitchen, K., Bourdeau, D., Joseph-Massiah, L., & Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2017). *Les troubles anxieux: guide d'information*.
- Richelson, E. (1994). Pharmacology of Antidepressants-Characteristics of the Ideal Drug. *Mayo Clin Proc*, 69, 1069–1081. [https://doi.org/10.1016/S0025-6196\(12\)61375-5](https://doi.org/10.1016/S0025-6196(12)61375-5)
- Sanabria, E., Cuenca, R. E., Estes, M. Á., & Maldonado, M. (2021). Benzodiazepines: Their use either as essential medicines or as toxic substances. *Toxics*, 9(2), 1–18. <https://doi.org/10.3390/TOXICS9020025>
- Ströhle, A., Gensichen, J., & Domschke, K. (2018). The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Deutsches Arzteblatt International*, 155(37), 611–620. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0611>
- Tan, G. X. D., Soh, X. C., Hartanto, A., Goh, A. Y. H., & Majeed, N. M. (2023). Prevalence of anxiety in college and university students: An umbrella review. *Journal of Affective Disorders Reports*, 14, 100658. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100658>
- Votaw, V. R., Geyer, R., Rieselbach, M. M., & McHugh, R. K. (2019). The epidemiology of benzodiazepine misuse: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 200, 95–114. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.02.033>
- Wells, B. G., DiPiro, J. T., Schwinghammer, T. L., & DiPiro, C. V. (2015). *Pharmacotherapy Handbook* (McGraw-Hill Education, Ed.; 9/E). McGraw-Hill Education.
- WHO. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
- Wick, J. Y. (2013). The History of Benzodiazepines. *The Consultant Pharmacist*, 28(9), 538–548. <https://doi.org/10.4140/TCP.n.2013.538>

- Wolfe, C. (2022). Novel benzodiazepines. *Novel Psychoactive Substances: Classification, Pharmacology and Toxicology*, 475–494.  
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818788-3.00013-9>
- World Health Organization. (2024, October 2). *Defined Daily Dose (DDD)*.  
<https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/about-ddd>
- Zinbarg, R. E., Williams, A. L., & Mineka, S. (2022). A Current Learning Theory Approach to the Etiology and Course of Anxiety and Related Disorders. In *Annual Review of Clinical Psychology* (Vol. 18, pp. 233–258). Annual Reviews Inc.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072220-021010>

## ANEXOS

### Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da Egas Moniz



Comissão de Ética EGAS MONIZ

---

Proc. Interno nº 1394

PT-152/23

Ex.mo Senhor

**Jean-Noël Flavien Maleek da Silva**

Monte de Caparica, 14 de dezembro de 2023.

Ex.mo Senhor,

Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado: **“Perturbações da Ansiedade: abordagens farmacológicas e avaliação exploratória do consumo de fármacos”**, foi aprovado.

A secretária da Comissão de Ética da Egas Moniz

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'A. Pereira'.

Profª Doutora Ângela Pereira

## Anexo II – Consentimento Informado PT



### Consentimento Informado

Código | IMP-EM-PE-17\_03

Monte de Caparica, dia de mês de ano

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito da Unidade Curricular Estágio do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Doutora Isabel Margarida Costa, e ~~co-orientação~~ da Prof.<sup>a</sup> Doutora Alexandra Figueiredo e do Prof. Doutor Ricardo Baúto, solicita-se autorização para a participação no “**Q-TUA: Questionário sobre as Terapêuticas utilizadas nas Perturbações da Ansiedade**” destinado a indivíduos com 18 anos de idade ou mais, com o objetivo de recolher indicadores relativos à prevalência e ao padrão da utilização de medicamentos, suplementos alimentares ou recurso a terapêuticas não farmacológicas para tratamento de perturbações da ansiedade, a sua frequência de utilização, duração do tratamento e ocorrência de efeitos adversos, que consiste no preenchimento de um questionário online, realizado num único momento e com uma duração de preenchimento de cerca de 10 minutos.

**A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.**

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelos orientadores e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

*(Riscar o que não interessa)*

**ACEITO/NÃO ACEITO** participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

---

*(Assinatura do participante)*

EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

## Consentimento Informado

Código | IMP-EM-PE-17\_03

Monte de Caparica, jour mois l'année

Cher Monsieur, chère Madame,

Dans le cadre de l'Unité Curriculaire de Stage du Master Intégré en Sciences Pharmaceutiques de l'Instituto ~~Universitário~~ Egas Moniz, sous la supervision des Professeurs Isabel Costa, Alexandra Figueiredo et Ricardo Baúto, il vous a été demandé l'autorisation de participer au "**Q-TUA: Questionnaire sur les thérapies utilisées pour les troubles de l'anxiété**" destiné aux personnes de plus de 18 ans, dans le but de collecter des indicateurs sur la prévalence et le mode d'utilisation des médicaments, des compléments alimentaires ou des thérapies non pharmacologiques pour le traitement des troubles de l'anxiété, la fréquence d'utilisation, la durée du traitement et les effets indésirables, qui consiste à remplir un questionnaire en ligne, réalisé en un seul moment et qui a une durée estimée à environ 10 minutes.

**La participation à cette étude est volontaire. Votre non-participation ne vous causera aucun préjudice.**

Les informations collectées sont uniquement destinées à un traitement statistique et/ou à une publication et seront traitées par les superviseurs et/ou leurs mandataires. Elles seront collectées de manière anonyme et confidentielle.

*(Rayer les mentions inutiles)*

**J'ACCEPTÉ/ JE N'ACCEPTÉ PAS** de participer à cette étude, confirmant que j'ai été informé des conditions de l'étude et que je n'ai aucun doute.

---

*(Signature du participant)*

## Q-TUA: Questionário sobre as Terapêuticas Utilizadas nas Perturbações da Ansiedade

No âmbito da Unidade Curricular Estágio do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação dos Professores Isabel Margarida Costa, Alexandra Figueiredo e Ricardo Baúto, solicita-se autorização para a participação neste questionário, destinado a indivíduos com **18 anos de idade ou mais**, com o objetivo de recolher indicadores relativos às terapêuticas utilizadas nas Perturbações da Ansiedade (prevalência e padrão da utilização de medicamentos, suplementos alimentares ou terapêuticas não farmacológicas, a sua frequência de utilização, duração do tratamento e ocorrência de efeitos adversos), que consiste no preenchimento de um questionário online, **realizado num único momento** e com uma duração de preenchimento de **cerca de 10 minutos**.

A participação neste estudo é **voluntária**. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelos orientadores e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é **anónima e confidencial**.

*\* Indica uma resposta obrigatória*

1. Aceito participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

Marcar apenas uma opção

- Aceito  
 Não aceito

2. Idade (anos) \*

\_\_\_\_\_

7. Nacionalidade \*

Marcar apenas uma opção

- Portuguesa  
 Francesa  
 Outro: \_\_\_\_\_

8. Região onde reside \*

Marcar apenas uma opção

- Norte  
 Centro  
 Região de Lisboa e Vale do Tejo  
 Sul  
 Ilhas

9. Com quem reside habitualmente (uma ou mais opções) \*

Marcar tudo o que for aplicável

- Sozinho  
 Pai/Mãe  
 Cônjuge/ Namorado(a)  
 Filhos(as)  
 Avô/Avó  
 Amigos(as)  
 Outro: \_\_\_\_\_

10. Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

DASS21 (versão original Lovibond e Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004)

Marcar apenas uma opção por linha

0 (não se aplicou nada a mim)    1 (aplicou-se a mim algumas)    2 (aplicou-se a mim de muitas)    3 (aplicou-se a mim a maior parte das)

3. Sexo \*

Marcar apenas uma opção

- Feminino  
 Masculino

4. Estado Civil \*

Marcar apenas uma opção

- Solteiro  
 Casado/União de facto  
 Divorciado/Separado  
 Viúvo

5. Habilitações académicas (indique o grau mais elevado que terminou ou que ainda frequenta) \*

Marcar apenas uma opção

- 1º Ciclo (4ª classe)  
 2º Ciclo (2º ano liceal)  
 3º Ciclo (5º ano liceal)  
 Ensino Secundário (7º ano liceal)  
 Bacharelato  
 Licenciatura  
 Mestrado  
 Doutoramento

6. Profissão \*

\_\_\_\_\_

	vezes)	vezes)	vezes)
Tive dificuldades em acalmar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti a minha boca seca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti dificuldades em respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti tremores (por ex., nas mãos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti que não tinha nada a esperar do futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dei por mim a ficar agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti dificuldade em me relaxar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti-me desanimado e melancólico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q-TUA: Questionário sobre as Terapêuticas Utilizadas nas Perturbações da Ansiedade 11/10/2023 20:52

Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer

---

Senti-me quase a entrar em pânico

---

Não fui capaz de ter entusiasmo por nada

---

Senti que não tinha muito valor como pessoa

---

Senti que por vezes estava sensível

---

Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico

---

Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso

---

Senti que a vida não tinha sentido

11. Nos ÚLTIMOS 3 MESES, toma ou tomou medicamento(s) ou suplemento(s) para perturbações da ANSIEDADE?  
*Marcar apenas uma opção*

Sim  
 Não *Avançar para a pergunta 24*

Q-TUA: Questionário sobre as Terapêuticas Utilizadas nas Perturbações da Ansiedade 11/10/2023 20:52

12. Que sintomas o levaram a consumir medicamento(s) ou suplemento(s) para a ansiedade (uma ou mais opções)?  
*Marcar tudo o que for aplicável*

Nervosismo ou tensão  
 Sensação de coração acelerado ou palpitações  
 Tremores ou agitação  
 Sentimento de medo ou pânico  
 Sensação de desmaio ou tonturas  
 Alteração do padrão de sono  
 Outro: \_\_\_\_\_

13. Indique pf o nome do(s) medicamento(s) ou suplemento(s) que toma PRESCRITOS PELO MÉDICO  
*Marcar apenas uma opção*

Nenhum  
 Outro: \_\_\_\_\_

14. Indique pf o nome do(s) medicamento(s) ou suplemento(s) que toma ACONSELHADO PELO FARMACÊUTICO  
*Marcar apenas uma opção*

Nenhum  
 Outro: \_\_\_\_\_

15. Indique pf o nome do(s) medicamento(s) ou suplemento(s) que toma EM AUTO-MEDICAÇÃO \*  
*Marcar apenas uma opção*

Nenhum  
 Outro: \_\_\_\_\_

Q-TUA: Questionário sobre as Terapêuticas Utilizadas nas Perturbações da Ansiedade 11/10/2023 20:52

16. Há quanto tempo faz esta medicação/suplementação? \*  
*(se tomar mais do que um produto, considere o que toma há mais tempo)*  
*Marcar apenas uma opção*

Há menos de 3 mês  
 Entre 3-6 meses  
 Entre 6 meses-1 ano  
 Mais de 1 ano

17. Com que frequência faz esta medicação/suplementação? \*  
*Marcar apenas uma opção*

Diariamente  
 Outro: \_\_\_\_\_

18. Já aumentou a dose do(s) medicamento(s) ou suplemento(s) para ansiedade por INDICAÇÃO MÉDICA?  
*Marcar apenas uma opção*

Sim  
 Não

19. Já aumentou a dose do(s) medicamento(s) ou suplemento(s) para ansiedade por AUTO-INDICAÇÃO?  
*Marcar apenas uma opção*

Sim  
 Não

Q-TUA: Questionário sobre as Terapêuticas Utilizadas nas Perturbações da Ansiedade 11/10/2023 20:52

20. Indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações: \*  
*Marcar apenas uma opção por linha*

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
O(s) medicamento(s)/suplemento(s) que tomo para tratar a ansiedade melhoraram os meus sintomas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O(s) medicamento(s)/suplemento(s) são a melhor forma de lidar com a minha ansiedade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Assinale a opção que melhor descreve o seu GRAU DE SATISFAÇÃO com: \*  
*Marcar apenas uma opção por linha*

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Moderadamente satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
A eficácia do(s) medicamento(s)/suplemento(s) que toma para a ansiedade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Como avalia os efeitos secundários do(s) medicamento(s) ou suplemento(s) que toma para a ansiedade?  
*Marcar apenas uma opção*

Não senti efeitos secundários  
 Efeitos secundários leves  
 Efeitos secundários moderados  
 Efeitos secundários significativo  
 Efeitos secundários severos

23. Que efeitos secundários sentiu?  
\_\_\_\_\_

24. Já foi diagnosticado com perturbação de ansiedade por um profissional de saúde? \*

Marcar apenas uma opção

- Sim  
 Não

25. Se respondeu SIM à pergunta anterior, p/ indique quem fez o diagnóstico

Marcar apenas uma opção

- Médico de família  
 Psiquiatra/neurologista  
 Outro: \_\_\_\_\_

26. UTILIZA ou JÁ UTILIZOU outras estratégias não medicamentosas para lidar com a ansiedade? \*

Marcar apenas uma opção

- Sim *Avançar para a pergunta 27*  
 Não

27. Indique que outras estratégias não medicamentosas utiliza/utilizou para lidar com a ansiedade \*

Marcar tudo o que for aplicável

- Meditação  
 Exercícios de relaxamento  
 Psicoterapia/Psicologia clínica  
 Outro: \_\_\_\_\_

28. ATUALMENTE ainda utiliza estas estratégias não medicamentosas para lidar com a ansiedade? \*

Marcar apenas uma opção

- Sim, regularmente  
 Sim, ocasionalmente  
 Não

29. Se respondeu SIM à questão anterior:

Há quanto tempo utiliza estas estratégias não medicamentosas?  
(considere a que utiliza há mais tempo)

Marcar apenas uma opção

- Há menos de 3 mês  
 Entre 3-6 meses  
 Entre 6 meses-1 ano  
 Mais de 1 ano

30. Assinale a opção que melhor descreve o seu GRAU DE SATISFAÇÃO com: \*

Marcar apenas uma opção por linha

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Moderadamente satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
A eficácia dessas estratégias não farmacológicas no tratamento da ansiedade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Anexo V –Q-TUA FR

Questionnaire Q-TUA : Thérapies Utilisées contre les Troubles de l'Anxiété

11/10/2023 15:52

## Questionnaire Q-TUA : Thérapies Utilisées contre les Troubles de l'Anxiété

Dans le cadre du Stage en Master Intégré en Sciences Pharmaceutiques de l'Instituto Universitário Egas Moniz, sous la supervision des Professeurs Isabel Costa, Alexandra Figueiredo et Ricardo Baúto, il est demandé l'autorisation de participer à ce questionnaire sur les thérapies utilisées dans les troubles de l'anxiété (prévalence et mode d'utilisation des médicaments, des compléments alimentaires ou des thérapies non pharmacologiques, fréquence d'utilisation, durée du traitement et survenue des effets indésirables), destiné aux personnes de **plus de 18 ans**, qui consiste à remplir un questionnaire en ligne, **réalisé en un seul acte** et d'une durée d'environ **10 minutes**.

La participation à cette étude est **volontaire**. Votre non-participation ne vous causera aucun préjudice.

Les informations collectées sont uniquement destinées à un traitement statistique et/ou à une publication et seront traitées par les superviseurs et/ou leurs mandataires. Elles seront collectées de manière **anonyme et confidentielle**.

\* Indiquez une question obligatoire.

1. J'accepte de participer à cette étude, confirmant que j'ai été informé des conditions de l'étude et que je n'ai aucun doute.

Une seule réponse possible.

- J'accepte  
 Je n'accepte pas

Section sans titre

2. Âge \*

\_\_\_\_\_

<https://docs.google.com/forms/d/152XIOVDHrNeyP2w9P2bJ3ZjcbmUI759Kzm-dEaTqjprkform>

Page 1 sur 13

Questionnaire Q-TUA : Thérapies Utilisées contre les Troubles de l'Anxiété

11/10/2023 15:52

3. Sexe \*

Une seule réponse possible.

- Feminin  
 Masculin

4. État civil \*

Une seule réponse possible.

- Célibataire  
 Marié(e)/Pacsé(e)  
 Divorcé(e)/séparé(e)  
 Veuf(ve)

5. Diplômes (indiquez le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ou que vous êtes en train d'étudier)

Une seule réponse possible.

- Sans diplôme  
 Brevet  
 CAP/BEP  
 Baccalauréat  
 BTS  
 Licence  
 Master  
 Doctorat

6. Profession \*

\_\_\_\_\_

<https://docs.google.com/forms/d/152XIOVDHrNeyP2w9P2bJ3ZjcbmUI759Kzm-dEaTqjprkform>

Page 2 sur 13

Questionnaire Q-TUA : Thérapies Utilisées contre les Troubles de l'Anxiété

11/10/2023 15:52

7. Nationalité \*

Une seule réponse possible.

- Français  
 Portugais  
 Autre : \_\_\_\_\_

8. Région de résidence \*

Une seule réponse possible.

- Nord  
 Ile-de-France  
 Centre  
 Sud  
 Outre-mer

9. Avec qui vous vivez habituellement (une ou plusieurs options) \*

Plusieurs réponses possibles.

- Seul  
 Père/Mère  
 Conjoint(e) / petit(e) ami(e)  
 Grand-père/Grand-mère  
 Enfants  
 Ami(e)s  
 Autre : \_\_\_\_\_

10. (EDAS 21) Veuillez lire chaque énoncé et indiquez lequel correspond le mieux à votre expérience au cours de la dernière semaine. Indiquez votre choix en encerclant le chiffre qui y correspond (soit 0, 1, 2 ou 3).

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Questionnaire Q-TUA : Thérapies Utilisées contre les Troubles de l'Anxiété

11/10/2023 15:52

Ne vous attardez pas trop longuement aux énoncés.

Une seule réponse possible par ligne.

	0 (ne s'applique pas du tout à moi)	1 (s'applique un peu à moi, ou une partie du temps)	2 (s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps)	3 (s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps)
J'ai trouvé difficile de décompresser.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai été conscient(e) d'avoir la bouche sèche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai eu l'impression de ne pas pouvoir ressentir d'émotion positive.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai eu de la difficulté à respirer (par exemple, respirations excessivement rapides, essoufflement sans effort physique).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai eu de la difficulté à initier de nouvelles activités.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai eu tendance à réagir de façon exagérée.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

J'ai eu des tremblements (par exemple, des mains).

J'ai eu l'impression de dépenser beaucoup d'énergie nerveuse.

Je me suis inquiété(e) en pensant à des situations où je pourrais paniquer et faire de moi un(e) idiot(e).

J'ai eu le sentiment de ne rien envisager avec plaisir.

Je me suis aperçu(e) que je devenais agité(e).

J'ai eu de la difficulté à me détendre.

Je me suis senti(e) abattu(e) et triste.

J'ai été intolérant(e) à tout ce qui m'empêchait de faire ce que j'avais à faire.

J'ai eu le sentiment d'être presque pris(e) de panique.

J'ai été incapable de me sentir enthousiaste au sujet de quoi que ce soit.

J'ai eu le sentiment de ne pas valoir grand chose comme personne.

J'ai eu l'impression d'être assez susceptible.

J'ai été conscient(e) des palpitations de mon cœur en l'absence d'effort physique (sensation d'augmentation de mon rythme cardiaque ou l'impression que mon cœur venait de sauter).

J'ai eu peur sans bonne raison.

J'ai eu l'impression que la vie n'avait pas de sens.

11. AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS, avez-vous pris des médicaments et/ou des compléments alimentaires pour des troubles de l'ANXIÉTÉ ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non *Passer à la question 24*

12. Quels sont les symptômes qui vous ont amené à prendre des médicaments ou des compléments alimentaires contre l'anxiété (une ou plusieurs options) ?

Plusieurs réponses possibles.

Nervosité ou tension

Sensation d'accélération du cœur ou palpitations

Tremblements ou agitation

Sentiment de peur ou de panique

Sensation de faiblesse ou de vertige

Changement des habitudes de sommeil

Autre : \_\_\_\_\_

13. Indiquez le nom du/des médicament(s) ou complément(s) que vous prenez PRESCRIT(S) PAR VOTRE MEDECIN

Une seule réponse possible.

Aucun

Autre : \_\_\_\_\_

14. Indiquez le nom du/des médicament(s) ou complément(s) que vous prenez CONSEILLÉ(S) PAR VOTRE PHARMACIEN

Une seule réponse possible.

Aucun

Autre : \_\_\_\_\_

15. Indiquez le nom du/des médicament(s) ou complément(s) que vous prenez EN AUTOMÉDICATION

Une seule réponse possible.

Aucun

Autre : \_\_\_\_\_

16. Depuis combien de temps prenez-vous ce médicament/complément ? (si vous prenez plus d'un produit, considérez celui que vous prenez depuis le plus longtemps)

Une seule réponse possible.

Moins de 3 mois

Entre 3 et 6 mois

Entre 6 mois et 1 an

Plus d'un an

17. A quelle fréquence prenez-vous ce médicament/complément? \*

Une seule réponse possible.

Chaque jour

Autre : \_\_\_\_\_

Questionnaire Q-TUA : Thérapies Utilisées contre les Troubles de l'Anxiété 11/10/2023 15:52

18. Avez-vous déjà augmenté la dose de votre (vos) médicament(s)/complément(s) contre l'anxiété par INDICATION MÉDICALE ?

Une seule réponse possible.

Oui  
 Non

19. Avez-vous déjà augmenté la dose de votre (vos) médicament(s)/complément(s) contre l'anxiété par AUTO-INDICATION ?

Une seule réponse possible.

Oui  
 Non

20. Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les affirmations suivantes : \*

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	Je suis d'accord	Je suis tout à fait d'accord
Le(s) médicament(s)/complément(s) que je prends pour traiter l'anxiété ont amélioré mes symptômes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le(s) médicament(s)/complément(s) que je prends pour traiter l'anxiété sont le meilleur moyen de traiter mon anxiété	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<https://docs.google.com/forms/d/152X0V0H4NeyP2w9P2bJ3ZjcbnmU1759Kzm-dExTn/prefrm> Page 9 sur 13

Questionnaire Q-TUA : Thérapies Utilisées contre les Troubles de l'Anxiété 11/10/2023 15:52

21. Cochez l'option qui décrit le mieux votre DEGRÉ DE SATISFACTION en ce qui concerne

Une seule réponse possible par ligne.

	Très insatisfait	Insatisfait	Moyennement satisfait	Très satisfait
L'efficacité du(des) médicament(s)/complément(s) que vous prenez pour traiter l'anxiété	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Comment qualifiez-vous les effets indésirables du(des) médicament(s)/complément(s) que vous prenez pour traiter l'anxiété ?

Une seule réponse possible.

Je n'ai ressenti aucun effet indésirable  
 Effets indésirables légers  
 Effets indésirables modérés  
 Effets indésirables importants  
 Effets indésirables graves

23. Quels sont les effets secondaires que vous avez rencontrés ?

\_\_\_\_\_

Section sans titre

24. Avez-vous déjà été diagnostiqué(e) par un professionnel de la santé comme ayant un trouble de l'anxiété ?

Une seule réponse possible.

Oui  
 Non

<https://docs.google.com/forms/d/152X0V0H4NeyP2w9P2bJ3ZjcbnmU1759Kzm-dExTn/prefrm> Page 10 sur 13

Questionnaire Q-TUA : Thérapies Utilisées contre les Troubles de l'Anxiété 11/10/2023 15:52

25. Si vous avez répondu OUI à la question précédente, veuillez indiquer qui a posé le diagnostic

Une seule réponse possible.

Médecin traitant  
 Psychologue/ Psychiatre/ Neurologue  
 Autre : \_\_\_\_\_

26. UTILISEZ-VOUS ou AVEZ-VOUS DÉJÀ UTILISÉ d'autres stratégies non médicamenteuses pour gérer votre anxiété?

Une seule réponse possible.

Oui  
 No

Section sans titre

27. Quelles sont les autres stratégies non médicamenteuses que vous avez utilisées pour lutter contre l'anxiété ?

Plusieurs réponses possibles:

Méditation  
 Exercices de relaxation  
 Psychothérapie/Psychologie clinique  
 Autre : \_\_\_\_\_

Questionnaire Q-TUA : Thérapies Utilisées contre les Troubles de l'Anxiété 11/10/2023 15:52

28. ACTUELLEMENT, utilisez-vous encore ces stratégies non médicamenteuses pour gérer votre anxiété?

Plusieurs réponses possibles.

Oui, régulièrement  
 Oui, occasionnellement  
 Non

29. Si vous avez répondu OUI à la question précédente: Depuis combien de temps utilisez-vous ces stratégies non médicamenteuses ? (considérer celle que vous utilisez depuis le plus longtemps)

Une seule réponse possible.

Moins de 3 mois  
 Entre 3 et 6 mois  
 Entre 6 mois et 1 an  
 Plus d'un an

30. Cochez l'option qui décrit le mieux votre DEGRÉ DE SATISFACTION en ce qui concerne

Une seule réponse possible par ligne.

	Très insatisfait	Insatisfait	Moyennement satisfait	Satisfait	Très satisfait
L'efficacité de ces stratégies non médicamenteuses dans le traitement de l'anxiété	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms