

---

## TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA NO CONTEXTO CLÍNICO E SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL

BRENTINI, Laura Cardoso<sup>1</sup>

BRENTINI, Brenda Cardoso<sup>1</sup>

ARAÚJO, Eduardo César Silva<sup>1</sup>

AROS, Ana Carla Silveiras Pompêo De Camargo<sup>2</sup>

AROS, Marcelo Salomao<sup>3</sup>

---

Recebido em: 2017.05.18

Aprovado em: 2017.10.20

ISSUE DOI: 10.3738/1982.2278.2700

---

**RESUMO:** Introdução e Objetivo: este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre o transtorno de ansiedade generalizada no contexto clínico e seu impacto no contexto social. **Métodos:** foi realizado levantamento bibliográfico nas bases de dados MedLine, Lilacs e Scielo. Foram utilizadas as palavras-chave “ansiedade”, “saúde mental” e “transtornos de ansiedade” e as correspondentes em inglês, “anxiety”, “mental health” e “anxiety disorder”. Foram selecionados 40 artigos e, após leitura dos resumos, foram excluídos os 5 trabalhos científicos repetidos e os que se referiam apenas à epidemiologia ou outros aspectos da doença que não seriam abordados nesse trabalho, restando 21 artigos, além da utilização de livros e outros materiais de renome. **Discussão:** a literatura aponta melhora na qualidade de vida do doente psiquiátrico com a nova abordagem à saúde mental, através da maior participação da família, da criação de núcleos assistenciais nos serviços de saúde e da melhora no manejo clínico. **Conclusão:** mesmo com a reforma psiquiátrica o sistema de saúde ainda encontra dificuldades devido à falta de estrutura e logística para a realização do acompanhamento social.

**Palavras-chave:** Distúrbios de Ansiedade. Psiquiatria. Transtornos mentais.

## GENERALIZED ANXIETY DISORDER IN THE CLINICAL AND SOCIAL CONTEXT IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH

**SUMMARY: Introduction and Objective:** This study aimed to review the literature on generalized anxiety disorder in the clinical context and its impact on the social context. **Methods:** a bibliographical survey was carried out in the MedLine, Lilacs and Scielo databases. The keywords "ansiedade", "saúde mental" and "transtornos de ansiedade" and the corresponding words in English, "anxiety", "mental health" and "anxiety disorder" were used. We selected 40 articles and, after reading the abstracts, excluded the 5 repeated scientific works and those referring only to the epidemiology or other aspects of the disease that would not be addressed in this study, leaving 21 articles, besides the use of books and other renowned materials. **Discussion:** the literature points to an improvement in the quality of life of the psychiatric patient with the new approach to mental health, through the greater participation of the family, the creation of care centers in health services and the improvement in clinical management. **Conclusion:** even with psychiatric reform, the health system still faces difficulties due to the lack of structure and logistics to carry out social monitoring.

**Keywords:** Anxiety. Anxiety disorders. Mental health.

---

## INTRODUÇÃO

O trabalho consiste em uma revisão de literatura sobre o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), em que foi focado o contexto clínico e social envolvido na patologia, dentro do âmbito da saúde

---

<sup>1</sup>Graduando em Medicina da Faculdade de Medicina de Franca

<sup>2</sup> Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas

<sup>3</sup> Médico Psiquiatra pela Faculdade de Medicina de Marília e Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas

---

mental. O objetivo desse trabalho é abordar um tema de grande importância na atualidade, na qual a maioria das pessoas se vê sob grande estresse contínuo, interferindo no seu convívio social.

Segundo Sadock, Sadock e Ruiz (2017), a ansiedade é um sinal de alerta que indica um perigo iminente e capacita a pessoa a tomar medidas para lidar com a ameaça. Esta ameaça é desconhecida, interna, vaga ou conflituosa. Já o medo, para esses autores, é um sinal de alerta semelhante, mas se diferencia por ser uma resposta a uma ameaça conhecida, externa, definida ou não conflituosa.

Freud (1925) afirma que “[...] o ato de nascer é a primeira experiência de ansiedade, sendo assim a fonte e o protótipo da sensação da ansiedade”. A ansiedade pode, porém, tornar-se disfuncional, trazendo prejuízos funcionais e sociais ao indivíduo, passando a ser designada patológica (MARTINS, CARRILHO, et al., 2016).

Os transtornos de ansiedade têm uma etiologia primária, não podendo estar correlacionados a outros transtornos psiquiátricos porventura presentes no paciente ou ao uso de substâncias ou medicamentos (American Psychiatric Association, 2014). Existem vários tipos de transtornos de ansiedade, diferenciados entre si através da observação das situações desencadeantes do medo sentido pelo paciente. O médico deve observar se o transtorno desenvolveu-se na infância e persistiu ou se teve um início recente (CASTILLO, RECONDO, et al., 2000).

Dentre os transtornos de ansiedade listados pelo DSM V, estão: transtorno de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, transtorno de ansiedade social (fobia social), transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento, transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, outro transtorno de ansiedade especificado e transtorno de ansiedade não especificado (American Psychiatric Association, 2014).

Os transtornos de ansiedade são os mais prevalentes dentre os transtornos mentais (12,6%/ano). Um estudo multicêntrico envolvendo 6 países europeus avaliou a prevalência dos transtornos ansiosos ao longo da vida de 13,6%. Nesse estudo, as fobias específicas foram as mais prevalentes (7,7%), seguidas pelo transtorno de ansiedade generalizada (2,8%), fobia social (2,4%), transtorno de pânico (2,1%), estresse pós-traumático (1,9%) e agorafobia (0,9%), sempre com incidência maior no sexo feminino. Os primeiros sintomas aparecem, na maioria das vezes, por volta dos 20 anos de idade, com evidências de segundo pico dos 45 aos 55 anos (MARTINS, CARRILHO, et al., 2016).

O TAG, especificamente, é um dos transtornos psiquiátricos mais subdiagnosticados. É caracterizado por preocupação exagerada e duradoura em relação a vários eventos ou atividades. Adultos com essa patologia comumente se preocupam com situações rotineiras nos âmbitos financeiro, do trabalho e da saúde, sendo que as crianças propendem a perturbar-se com o desempenho escolar e suas competências. É comum, porém, que as causas de preocupação mudem durante o curso da patologia (American Psychiatric Association, 2014).

Os sintomas físicos do TAG estão relacionados à hiperatividade autonômica e à tensão muscular. É acompanhado frequentemente por outros transtornos psiquiátricos, principalmente pela depressão. A doença, logo no início de seu curso, deixa de ser “individual”, afetando de modo estressante e até devastadora a dinâmica familiar do paciente (CASTILLO, RECONDO, et al., 2000; SADOCK, SADOCK; RUIZ, 2017).

Existem diversas teorias que tentam explicar a etiologia dos transtornos de ansiedade, além da já conhecida contribuição genética. Entre essas inclui-se uma regulação noradrenérgica deficitária, sendo mais implicado na etiologia do transtorno de pânico e o de estresse pós-traumático (BRAGA et al., 2010).

A atuação da serotonina é complexa, desempenhando atividades estimulatórias e inibitórias sobre as vias neuronais. Na amígdala, representa a interface sensório-emocional entre o neocórtex e estruturas

límbicas e resulta no aumento da ansiedade quando as emoções estão associadas. Já na substância cinzenta periaquedutal a serotonina contém o pânico, o que demonstra seu papel heterogêneo na etiopatogênese da ansiedade (BRAGA et al., 2010).

O ácido gama-aminobutírico (GABA) tem sua atuação comprovada na ansiedade pela eficácia dos Benzodiazepínicos principalmente na TAG. Considerado um controlador do sistema nervoso, atua, principalmente, inibindo os neurônios serotoninérgicos dos núcleos dorsais da rafe, do sistema extrapiramidal e da matéria cinzenta periaquedutal (BRAGA et al., 2010).

Atualmente, um fator de crescimento tem sido bastante estudado como possível etiologia de transtornos mentais: o fator de crescimento nervoso (NGF). O NGF é um membro importante da família neurotrófica e a alterações de seus níveis tem sido associada a distúrbios psiquiátricos. Em um estudo da Universidade de Pelotas-RS, observou-se um aumento nos níveis séricos de NGF em doentes com distúrbio de ansiedade generalizada, em comparação com indivíduos saudáveis. A neurotrófica foi associada negativamente com autonomia, trabalho e cognição, mostrando assim que as alterações nos níveis séricos de NGF estão associadas à funcionalidade em Transtornos Mentais (Salles, Soares, Wiener, Mondin, & da Silva, 2016).

Essas teorias, no entanto, não explicam por si só o aumento na incidência dos transtornos mentais, em especial o TAG. O avanço tecnológico, as pressões sociais, políticas e econômicas podem ter contribuído para que a ansiedade fisiológica fosse progredindo cada vez mais para a forma patológica. Esse estresse gerado pelo mundo contemporâneo pode ser convertido em raiva intrínseca, como depressão, raiva extrínseca, medo ou ansiedade (ARAÚJO, MELLO e LEITE, 2007). Nessas situações o corpo permanece em estado de alerta, com comportamento de fuga ou ataque em resposta ao seu estressor. Quando um estímulo no ambiente é visto como semelhante ao estímulo temido, as redes associativas ativam a estrutura do medo. Caso esse comportamento permaneça em detrimento da homeostasia normal do organismo, tem-se uma exaustão que gera um ambiente perfeito para a instalação de patologias, como o TAG (SELYE, 1974; MCGAUCH, WEINBERGER e WHALEN, 1977; KACKUNKIN e FOA, 2015).

A abordagem psicoterápica, num sentido amplo, deve ser prioritária no tratamento desse distúrbio, podendo ser associada ao tratamento farmacológico. A família tem um amplo papel no manejo dos pacientes com TAG, e deve ser abordada de maneira continuada e integral, de forma a conhecer a doença e suas peculiaridades e estar apta a reconhecer os sinais e sintomas do doente que requerem procura de ajuda médica/psicológica (CASTILLO, RECONDO, *et al.*, 2000).

## **METODOLOGIA**

Esse trabalho foi elaborado a partir de uma revisão da literatura nas bases de dados Medline, Lilacs e Scielo. Foram utilizadas as palavras-chave “ansiedade” e “saúde mental” e as correspondentes em inglês, “anxiety” e “mental health”. Foram critérios de exclusão: artigos que se referiam apenas à epidemiologia do TAG ou que abordavam somente aspectos não contemplados no presente trabalho. Somando-se todas as bases de dados, foram selecionados 40 artigos. Após a leitura dos resumos dos artigos, notou-se que alguns deles se repetiram nas diferentes bases (5 artigos) e outros não preenchiam os critérios deste estudo, eliminando-se 19 artigos. Foram selecionados, então, 21 artigos que preenchiam os critérios inicialmente propostos, 4 livros renomados, além de uma diretoria da Associação Médica Brasileira e material do Ministério da Saúde que foram utilizados e citados como referências desse trabalho.

## RESULTADO E DISCUSSÃO

### Contexto Social:

A saúde mental sofreu diversas modificações importantes ao longo dos anos em relação aos aspectos que tangem a sua definição, etiologia e tratamento. Os distúrbios mentais eram tidos na Grécia Antiga como advindos de causas divinas; porém, desde essa época, teorias foram elaboradas para melhor compreensão das patologias. Dentre elas estavam a relação da doença com um desequilíbrio interno, como é o caso da melancolia que era descrita como causada pela “bílis negra” do fígado. Já na idade média, o âmbito da saúde mental era taxado como doença causada por possessões demoníacas ou espíritos. Desde os tempos remotos o manejo dessas doenças promoveu verdadeira exclusão social do doente e recriminação; não diferente na Idade Moderna, o tratamento era centrado no isolamento dos pacientes psicóticos em instituições fechadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; CROCQ, 2015).

Relatos da Antiguidade mostram que a ansiedade é um sintoma descrito na Grécia Antiga através da representação mitológica do deus Pã. Pã, o deus dos bosques, dos rebanhos e dos pastores, era temido por quem necessitava passar pelas florestas à noite, provavelmente pela sua aparência assustadora, metade homem e metade carneiro. A escuridão e a solidão desses caminhos induziam a pavores súbitos, sem causa aparente, como um “ataque de pânico”. Devido a isso originou-se a palavra pânico (NARDI, 2006).

Apesar de não ter nenhum termo específico na Grécia Antiga para descrever a ansiedade, já era usado palavras como mania, melancolia, histeria e paranoia. Relatos bíblicos mostram que os sintomas de medo excessivo já eram evidenciados, atribuídos ao distanciamento de Deus. Foi apenas no início do século XVII que o termo ansiedade passou a ser utilizado em citações médicas. Ainda assim, o estudo e o tratamento da ansiedade só foram considerados parte da psiquiatria no final do século XIX (BERRIOS, 1999).

Até recentemente, a saúde mental brasileira estava ligada à legislação de 1934, que legalizava o sequestro de indivíduos e a subsequente cassação de seus direitos civis, submetendo-os à curatela do Estado. Nessa perspectiva, o cenário eram hospitais superlotados de doentes, não dispunham de programas que os reintegrassem à sociedade, higiene precária dos locais e pacientes, crença na não remissão dos sintomas, sequestro temporário dos direitos civis do cidadão, isolando-o e segregando-o em manicômios, afastando-o dos espaços urbanos. Na Constituição de 1988, surgiram espaços de elaboração e aprofundamento de leis voltadas para o atendimento das questões sociais, fazendo com que os setores defensores organizassem uma reforma do sistema psiquiátrico, buscando um novo estado de direito para o doente mental. Norteadas pelos princípios da universalização, integralidade, equidade, descentralização e participação popular, buscou-se a inserção da saúde mental nas ações gerais de saúde. Em 1992, foi regulamentado os serviços de saúde mental pelo Ministério da Saúde, através da Portaria 224/MS. Em 2001, foi sancionada a Lei no 10.216, pelo Presidente da República, conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica”, que redireciona a assistência à saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; MARTINHAGO; DE OLIVEIRA, 2012; CROCQ, 2015).

Com a reforma psiquiátrica, a internação começou a ser substituída por uma rede de serviços psicossociais visando a inclusão dos portadores de transtornos mentais na sociedade. Dentre esses estão o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), as oficinas de geração de renda, as residências terapêuticas e os centros de convivência. Nessas modalidades de atendimento, é feito um acompanhamento médico em regime ambulatorial, permanecendo os pacientes com suas famílias (CORREIA; BARROS; COUVERO, 2011).

Os CAPS, desde sua formação, estão organizando a rede de atenção à saúde mental, além de atender a população nos seus territórios de abrangência e fazer o acompanhamento clínico e a reabilitação

psicossocial às pessoas com sofrimento psíquico, como consta na Portaria/GM nº 336/02. A equipe multidisciplinar é composta por psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social e outros profissionais, prestando atendimento individual e em grupos, visitas domiciliares, oficinas terapêuticas, atendimento da família e atividades na comunidade. Em um estudo realizado em Santa Catarina foi encontrado que os CAPS estão eficazes para o manejo dos pacientes estabilizados, mas estão com dificuldades no atendimento à crise em um cenário de falta de médicos e outros profissionais habilitados para intervir nessa situação. Frente a isso, foi constatado que na maioria das vezes a conduta segue o tradicional modelo de contenção, medicação e, muitas vezes, a internação em hospitais MARTINHAGO; DE OLIVEIRA, 2012).

Nos últimos anos, com essa mudança na assistência à saúde mental, os serviços de saúde estão encontrando dificuldade de atuação. Até as doenças psiquiátricas mais fáceis de serem controladas ou até curáveis estão sendo afetadas pela sobrecarga do sistema de saúde. Os pacientes com TAG, um transtorno que na maioria das vezes tem uma conduta ambulatorial, não foram afetados diretamente pela reforma psiquiátrica no que tange à decisão de internação, mas indiretamente sofreram com a imaturidade da rede de cuidados à saúde.

Há a falta de equipamentos sociais suficientes para suprir a demanda dos portadores de doenças mentais e de seus familiares, acarretando uma sobrecarga financeira, física e emocional para o paciente e sua família, com prejuízos nas atividades de lazer e sociabilidade (Colvero, Ide, & Rolim, 2004). Com isso, o Ministério da Saúde vem atribuindo à Estratégia de Saúde da Família a responsabilidade de cuidado da saúde mental na atenção básica, incluindo o suporte individualizado e domiciliar. Entretanto, o sistema ainda está sendo implantado e necessita de melhoras significativas para uma boa articulação dos serviços oferecidos (CORREIA; BARROS; COUVERO, 2011).

É necessário o entendimento da complexidade do universo familiar para incitar uma cooperação que resulte no cuidado eficaz do doente. A presença de um distúrbio mental em uma pessoa produz um grande impacto nos outros membros da sua família, haja visto que os familiares ficam sobrecarregados por necessidades que envolvem acompanhar seus membros adoecidos e deles cuidar. Essa sobrecarga familiar é sentida, além de nos aspectos emocional e físico, nos encargos econômicos, pois geralmente o doente é dependente da família (Navarini & Hirdes, 2008). Cada família vive uma situação diferente, mas que em geral partilham de sentimentos e emoções, consciente ou inconscientemente, semelhantes. Isto mostra a grande importância de um acolhimento que favoreça uma dinâmica de troca de experiências e ajuda mútua (PEREIRA; PEREIRA JÚNIOR, 2003)..

### **Contexto Clínico:**

Segundo o DSM-V, o TAG é caracterizado principalmente pela presença quase permanente de preocupação ou tensão, mesmo quando há poucos motivos ou até mesmo a inexistência destes (American Psychiatric Association, 2014). As preocupações passam de um problema para outro, como questões familiares, amorosas, de trabalho, saúde ou de outras origens. Os pacientes têm dificuldade em controlar suas emoções mesmo quando conscientes do exagero de suas preocupações. A preocupação no TAG se mostra de forma predominantemente verbal, como se possíveis resultados negativos fossem falados do paciente para ele próprio (EAGERSON, 2016).

Para ajudar na diferenciação entre a ansiedade não patológica e os transtornos ansiosos, a American Psychiatric Association (2014) ressalta que deve-se observar as seguintes características que tendem a ocorrer quando o quadro é patológico:

- 1) Preocupações excessivas com existência de interferência na esfera psicossocial de modo significativo

2) Preocupações difusas, intensas e tormentosas, com duração aumentada e, não raramente, sem fatores desencadeantes. As situações que preocupam o indivíduo são frequentemente mutáveis.

3) Mais frequentemente acompanhadas de sintomas físicos, tendo ao menos três das seguintes queixas em adultos ou um em crianças: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, fadigabilidade, dificuldade de concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono.

Além da preocupação excessiva, outros sintomas são comuns no paciente com TAG: dificuldade de concentração, fadiga, irritabilidade, problemas para adormecer ou para permanecer dormindo, inquietação, geralmente ficando assustado com muita facilidade. Diversos sintomas físicos também podem se manifestar, incluindo tensão muscular (tremedeira, dores de cabeça) e disfunções no trato gastrointestinal, como náusea ou diarreia (CASTILLO, RECONDO, *et al.*, 2000; LOPES, 2009). Para ilustrar, modelos lineares hierárquicos mostraram que os jovens socialmente ansiosos apresentaram maior variabilidade da pressão arterial em relação à juventude saudável (MORGAN *et al.*, 2016).

No TAG, a clínica varia no decorrer do tempo, raramente ocorrendo crises relacionados a determinadas situações. Estão presentes na maioria dos dias, iniciando de maneira insidiosa e permanecendo por longos períodos, sendo sua evolução no sentido da cronicidade (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2008).

De acordo com a American Psychiatric Association (2014), são cinco os critérios diagnósticos do TAG, como mostrado no Quadro I.

#### **Quadro I - Critérios diagnósticos do DSM-V para o Transtorno de Ansiedade Generalizada.**

<b>Quadro I – Critérios do DSM-V para o Transtorno de Ansiedade Generalizada</b>
<b>A. Ansiedade e preocupação excessivas, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses e relacionada a inúmeros eventos ou atividades (p.ex. trabalho e desempenho escolar).</b>
<b>B. A preocupação é difícil de controlar.</b>
<b>C. A ansiedade e a preocupação estão associados a três (ou mais) dos seguintes sintomas (com pelo menos alguns sintomas estando presente na maioria dos dias nos últimos seis meses):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• inquietação ou sensação de estar no limite;</li> <li>• cansar-se facilmente;</li> <li>• dificuldade de concentração;</li> <li>• irritabilidade;</li> <li>• tensão muscular;</li> <li>• distúrbios do sono (dificuldade de iniciar ou manter o sono e sensação de sono não satisfatório).</li> </ul>
<b>D. Os sintomas físicos, preocupação ou ansiedade causam sofrimento clinicamente significativo ou incapacidade em atividades sociais, ocupacionais ou outras.</b>
<b>E. O transtorno não pode ser atribuído a: uma condição médica geral, uso de substâncias ou outro transtorno mental*.</b>

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014.

De acordo com as teorias sobre a etiopatogenia da ansiedade, vários tratamentos foram propostos para a TAG. Primeiramente, as teorias psicológicas levam a indicar uma conduta não medicamentosa, com acompanhamento especializado e voltado para a psique do paciente. Já outras teorias, que afirmam o envolvimento da desregulação de neurotransmissores levam à utilização de medicações específicas. Entre

estas estão fármacos que alteram, por exemplo, o metabolismo da serotonina, da noradrenalina e do GABA.

### **Tratamento Não Farmacológico:**

Muitas vezes, pacientes com transtornos de ansiedade resistem em aceitar que um transtorno mental seja a causa de seus sintomas. Sabe-se atualmente, que um aspecto fundamental para melhorar a aderência ao tratamento é a psicoeducação, sendo que uma explicação clara sobre o que é a doença, seus sintomas e tratamento é um passo chave. Algumas opções para auxiliar o manejo com esses pacientes são a prática de exercícios físicos regularmente e a eliminação do uso de estimulantes, tais como cafeína e nicotina (LOPES, 2009; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A abordagem psicoterápica deve ser a conduta prioritária no tratamento desse distúrbio, mostrando-se segura e eficaz durante os últimos anos de estudos. Denominada terapia cognitivo-comportamental (TCC), essa abordagem supõe que mudar comportamentos leva a mudanças nas cognições e emoções, alterando as respostas anteriormente inadaptadas e alterando o pensamento do paciente. As técnicas baseadas na exposição são comumente utilizadas no tratamento do TAG. Sua proposta é modificar a estrutura do medo patológico, fornecendo novas informações que desconfirmam as associações negativas e irrealistas. Ao integrar a informação corretiva na memória do medo, ele deve diminuir. Essa exposição pode ser *in vivo*, cognitiva e por interação, com duração aproximada de 10 sessões (Kackunkin & Foa, 2015).

Apesar de ser indicada a associação com a farmacoterapia, a TCC é o passo fundamental durante o curso da doença, sendo responsável pela boa adesão à medicação e pelo autoconhecimento do paciente. Estudos atuais realizados pelo Centros de Saúde Mental Ambulatoriais Holandeses (MHCs) sobre a psicoterapia demonstraram os bons resultados de uma abordagem concisa, em relação ao padrão, sendo acompanhados os pacientes nos seus 2, 5 e 12 meses de tratamento. Como resultado, as análises demonstraram a equivalência dos cuidados de ambas as abordagens em todos os momentos. A gravidade da doença foi reduzida, e ambos os tratamentos melhoraram o estado geral de saúde e a qualidade de vida dos pacientes. Além disso, em cuidados concisos, os efeitos benéficos começaram mais precocemente (MEULDIJK, 2016).

A família tem um amplo papel no manejo dos pacientes com TAG, e deve ser abordada de maneira continuada e integral. Os profissionais de saúde devem acolher os familiares, de forma a fazê-los entender a doença e suas peculiaridades, e saber as melhores formas de lidar com ela (CASTILLO, RECONDO, *et al.*, 2000). A falta de orientação familiar pode fazer com que surjam conflitos e descompassos na dinâmica da família, o que leva a prejuízos no processo terapêutico (PEREIRA; PEREIRA JÚNIOR, 2003).

### **Tratamento Farmacológico:**

Como manejo do TAG associado à psicoterapia, é indicado o uso de medicações que auxiliam na atenuação dos sintomas. Os fármacos atualmente indicados para o tratamento do TAG pela Sociedade Brasileira de Psiquiatria são os antidepressivos e os ansiolíticos. Os antidepressivos são as drogas de escolha no tratamento dos transtornos ansiosos. (CASTILLO, RECONDO, *et al.*, 2000; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2008).

1. Antidepressivos
  - Inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS)

Entre os antidepressivos, os ISRS são considerados tratamento de primeira linha no TAG. Os ISRS agem no cérebro, corrigindo as concentrações inadequadas de serotonina através da inibição do

transporte de serotonina e da dessensibilização de receptores de serotonina pós-sinápticos ( JYOTHI; KHAN; RANJAN, 2017). Como um grupo, os ISRS são seguros, eficazes e bem tolerados, tendo como efeitos colaterais principais o mal-estar gástrico, disfunção sexual e insônia. Os efeitos terapêuticos dos ISRS demoram cerca de duas a quatro semanas para iniciarem (CASTILLO, RECONDO, *et al.*, 2000). Fluoxetina, sertralina e citalopram são exemplos dessa classe.

- Antidepressivos tricíclicos

Os antidepressivos tricíclicos têm como mecanismo de ação a inibição da recaptação de serotonina, noradrenalina e dopamina. A sua ação ansiolítica decorreria de uma subsensibilização dos receptores 5-HT<sub>2</sub> no córtex frontal após repetidas administrações. São a segunda linha do tratamento devido a uma maior incidência de efeitos colaterais e ao seu potencial de cardiotoxicidade (CASTILLO, RECONDO, *et al.*, 2000; ANDREATINI, BOERGEN-LACERDA; ZORZETTO FILHO, 2001). Entre os efeitos colaterais mais comuns incluem-se boca seca, tremores, constipação, sedação e visão turva, além da potencial letalidade em caso de sobredosagem. Entretanto, a clomipramina é um desses medicamentos apontado como seguro e eficaz (MARY *et al.*, 2017).

- Inibidores da monoamina oxidase (IMAO)

Os IMAO são altamente eficazes, mas devido suas complicações são pouco utilizados. Eles podem interagir principalmente com a tiamina contidos nas substâncias alimentares causando aumentos severos na pressão sanguínea. Tiamina é uma proteína encontrada em alimentos que são fermentados ou ricos em leveduras. Outros efeitos adversos observados incluem náuseas, hipotensão postural, insônia, ganho de peso e sintomas anticolinérgicos (MARY *et al.*, 2017).

Inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina (ISRSNA)

Os medicamentos pertencentes aos ISRSNA incluem a venlafaxina e a duloxetina. O seu mecanismo de ação inclui a inibição da recaptação de serotonina e noradrenalina. São usados quando os ISRS não conseguem controlar o TAG ou quando há um controle inadequado deste; considera-se ambos eficazes. Efeitos colaterais comuns incluem náuseas, sonolência, tonturas, fadiga, hiporexia e disfunção sexual. Em doses mais elevadas, a venlafaxina pode aumentar a pressão arterial (MARY *et al.*, 2017).

## 2. Ansiolíticos

- Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos (BDZs) são utilizados desde a década de 1960 e apresentam um rápido início de ação em pacientes com TAG, tendo seus efeitos mediados principalmente pela inibição pós-sináptica dos receptores GABA. Os principais efeitos colaterais deste medicamento são ataxia, distúrbios de comportamento, sonolência e fadiga. A dose depende da idade, resposta clínica e tolerabilidade. No entanto, existem algumas restrições quanto ao seu uso a longo prazo, por mecanismos de tolerância e dependência, ou em populações com risco de abuso. Os BDZs são mais eficazes nos sintomas somáticos e autonômicos do TAG e menos eficazes nos sintomas cognitivos primários do TAG, como preocupações excessivas e antecipação catastrófica (ANDREATINI, BOERGEN-LACERDA; ZORZETTO FILHO, 2001; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2013).

Mesmo quando se faz opção pela introdução de um antidepressivo, os BDZs podem ser de importantes no início do tratamento para se obter uma resposta rápida, sendo retirados gradualmente em aproximadamente quatro a seis semanas. Sendo o TAG um transtorno com ciclo flutuante, os BDZs podem também ser utilizados de maneira intermitente em períodos de crises de ansiedade (CASTILLO, RECONDO, *et al.*, 2000; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2008).

- Buspirona

A Buspirona é um agente ansiolítico não benzodiazepínico pertencente à classe das azapironas, considerado eficaz para o tratamento da TAG. Provavelmente sua ação benéfica se deve à sua ação



agonista parcial dos receptores 5-HT<sub>1A</sub> (Mary, Jyothi, Khan, & Ranjan, 2017). A Buspirona não promove risco de abuso, dependência ou abstinência, além de não promover sedação. Porém o início dos efeitos benéficos é mais tardio, sendo necessário cerca de duas semanas de uso. Entre os efeitos colaterais são citados náusea, vertigem, cefaléia e, ocasionalmente, nervosismo (ANDREATINI; BOERGEN-LACERDA; ZORZETTO FILHO, 2001).

### 3. Outros medicamentos

Outras classes de medicamentos podem ser utilizadas de acordo com os sintomas apresentados pelo paciente, a fim de assegurar uma melhora da qualidade de vida e facilitar o convívio social do indivíduo (ANDREATINI; BOERGEN-LACERDA; ZORZETTO FILHO, 2001).

#### Neurolépticos

Raramente são usados para tratar distúrbios de ansiedade. Quando necessário, são geralmente administrados em baixa dose em combinação com antidepressivos (MARY *et al.*, 2017; ANDREATINI; BOERGEN-LACERDA; ZORZETTO FILHO, 2001).

- $\beta$ -bloqueadores

Mesmo apresentando uma menor eficácia frente aos medicamentos já descritos, os  $\beta$ -bloqueadores são geralmente recomendados para pacientes com intensos sintomas somáticos (ANDREATINI; BOERGEN-LACERDA; ZORZETTO FILHO, 2001).

- Anti-histamínicos

A hidroxizina, um antagonista H<sub>1</sub>, é o anti-histamínico melhor avaliado com a finalidade ansiolítica. Tem uma boa tolerabilidade, sendo a sonolência o efeito adverso mais frequente, a qual reduz ao longo do tratamento (ANDREATINI; BOERGEN-LACERDA; ZORZETTO FILHO, 2001).

## CONCLUSÃO

É perceptível, analisando o conteúdo exposto, que a mudança aplicada nos aspectos que tangem o manejo da doença mental foi necessária e proporcionou uma mudança na visão da sociedade para com esses pacientes. Pôde-se perceber que essa nova abordagem ao paciente psiquiátrico de modo integral, agregando abordagem terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, visa melhores condições de tratamento e principalmente, melhora significativa da qualidade de vida dos pacientes e também de seus familiares. A compreensão da doença frente à sua fisiopatologia possibilitou o melhor emprego de critérios diagnósticos, e uso de medicações que são mais eficazes em cada transtorno, em especial o uso de antidepressivos ISRS no TAG.

Nesse sentido, faz-se necessário o bom domínio da identificação dos distúrbios psiquiátricos a níveis primários de atenção à saúde, pois se feito de maneira precoce, facilita a elaboração de um plano terapêutico adequado visando às peculiaridades de cada paciente. Porém, também fica evidente que há a necessidade de ocorrer muitas mudanças no contexto da assistência à saúde mental, visto a falta de serviços suficientes para atender à demanda, e de treinamento adequado das equipes de saúde em todos os níveis de atenção.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDREATINI, R.; BOERGEN-LACERDA, R.; ZORZETTO FILHO, D. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Curitiba, v. 23, p. 233-242, 2001. ISSN 1809-452X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7172.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2017.

ARAÚJO, S. R. C.; MELLO, M. T.; LEITE, J. R. Transtorno de Ansiedade e Exercício Físico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 64-71, nov. 2007. ISSN 1809-452X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v29n2/a15v29n2.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Transtornos de Ansiedade: Diagnóstico e Tratamento. **Projeto Diretrizes**, Brasília, 24 janeiro 2008. Disponível em: <<http://diretrizes.amb.org.br/BibliotecaAntiga/transtornos-de-ansiedade-diagnostico-e-tratamento.pdf>>. Acesso em: jan. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos. **Associação Médica Brasileira**, 2013. Disponível em: <[http://diretrizes.amb.org.br/DIRETRIZES/abuso\\_e\\_dependencia\\_de\\_benzodiazepinicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf](http://diretrizes.amb.org.br/DIRETRIZES/abuso_e_dependencia_de_benzodiazepinicos/files/assets/common/downloads/publication.pdf)>. Acesso em: 18 outubro 2016.

BERRIOS, G. Anxiety disorders: a conceptual history. **Journal of Affective Disorders**, v. 56, p. 83-94, 1999.

BRAGA, J. E. F. et al. Ansiedade patológica: Bases Neurais e Avanços na Abordagem Psicofarmacológica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 2, p. 92-100, 2010. ISSN 1415-2177. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/8207/5320>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

CASTILLO, A. R. G. L. et al. Transtornos de Ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 20-23, 2000. ISSN 1809-452X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3791.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

COLVERO, L. D. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, junho 2004. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COUVERO, D. A. Saúde Mental na Atenção Básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, dezembro 2011. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

CROCQ, M.-A. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. **Dialogues in clinical neuroscience**, Mulhouse, v. 17, n. 3, p. 319-325, set. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610616/>>. Acesso em: 7 jan. 2017.

EAGERSON, C. et al. The power of positive thinking: Pathological worry is reduced by thought replacement in Generalized Anxiety Disorder. **Behaviour Research and Therapy**, v. 78, p. 13-18, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796715300814>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

FREUD, S. Inibições, Sintomas e Ansiedade. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 20. Rio de Janeiro: Imago, p. 81-167, 1996. (Originalmente publicado em 1926).

KACKUNKIN, A. N.; FOA, E. B. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: un update on the empirical evidence. **Dialogue in Clinical Neuroscience**, Philadelphia, v. 17, n. 3, p. 337-346, Setembro 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610618/>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

LOPES, A. C. **Tratado de Clínica Médica**. 2. ed. São Paulo: Roca, v. 2, 2009.

MARTINHAGO, F.; DE OLIVEIRA, W. F. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, dez. 2012. ISSN 0103-1104. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a10v36n95.pdf>>. Acesso em: 8 janeiro 2017.

MARTINS, M. D. A. et al. (Eds.). **Clínica Médica**. 2. ed. Barueri: Manole, v. 6, 2016.

MARY, A. et al. An overview on anxiety: etiology and therapy. **Journal of Pharmaceutical Research**, v. 16, n. 1, p. 32-37, jan. 2017.

MCGAUCH, J. L.; WEINBERGER, N. M.; WHALEN, R. E. **Psicobiologia-As bases biológicas do comportamento**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e científicos, 1977.

MEULDIJK, D. et al. The clinical effectiveness of concise cognitive behavioral therapy with or without pharmacotherapy for depressive and anxiety disorders; a pragmatic randomized controlled equivalence trial in clinical practice. **Contemporancy Clinical Trials**, Leiden, v. 47, p. 131-138, mar. 2016. Disponível em: <[http://www.contemporaryclinicaltrials.com/article/S1551-7144\(15\)30153-1/abstract](http://www.contemporaryclinicaltrials.com/article/S1551-7144(15)30153-1/abstract)>. Acesso em: 20 novembro 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem**: Caderno do aluno: Saúde mental. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MORGAN, J. K. et al. Altered positive affect in clinically anxious youth: the role of social context and anxiety subtype. **Journal of Abnormal Child Psychology**, Pittsburg, 29 Dez. 2016. 1-12. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s10802-016-0256-3>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

NARDI, A. E. Some notes on a historical perspective of panic disorder. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, p. 154-160, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852006000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 Dez. 2016.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental:identificando recursos adaptativos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 680-688, nov. 2008. ISSN 1980-265X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2016.

PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JR, A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 92-100, dez. 2003. ISSN 1980-220X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reensp/v37n4/11.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2016.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SALLES, H. F. et al. Mental disorders, functional impairment, and nerve growth factor. **Psychol Res Behav Manag**, Pelotas,RS, v. 10, p. 9-15, dezembro 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5189700/>>. Acesso em: 20 jan. 2017.  
SELYE, H. **Stress Without Distress**. Philadelphia: JB Lippincott, 1974.

