

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

GUIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ENFERMEIROS

Lucélia Fernandes de Almeida Lima

Solonildo Almeida da Silva

Sandro Cesar Silveira Jucá

Versão 1.0 | 28/11/2021

É proibida a reprodução e distribuição integral ou parcial deste conteúdo sem a concordância expressa da autora.

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

GUIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ENFERMEIROS

Lucélia Fernandes de Almeida Lima
Solonildo Almeida da Silva
Sandro Cesar Silveira Jucá



PROFEPT

Revisão: Karoline Viana Teixeira

@karolineviante • linkedin.com/in/karolineviante/

Ilustrações: Lucélia Fernandes

@luceliafa

Alderico Leão

@aldericoleao

Projeto gráfico: Alderico Leão

Capa: Alderico Leão

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Lima, Lucélia Fernandes de Almeida

Transtornos de ansiedade [livro eletrônico]: guia de
educação em saúde para enfermeiros / Lucélia Fernandes de
Almeida Lima. -- Fortaleza, CE : Ed. da Autora, 2021.

PDF

Bibliografia.

ISBN 978-65-00-35153-8

1. Ansiedade 2. Ansiedade - Diagnóstico 3. Educação
em saúde 4. Enfermeiros 5. Psicoeducação I. Título.

21-90645

CDD-152.46

Índices para catálogo sistemático:

1. Ansiedade : Psicologia 152.46

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Índice

Sobre a autora	5
Apresentação	7
1. No princípio	9
1.1 O sistema nervoso	9
1.2 O neurônio	10
1.3 A sinapse	12
1.4 Os neurotransmissores	13
1.5 Os receptores	17
2. Divisões do Sistema Nervoso	19
2.1 Divisão anatômica	19
2.2 Divisão funcional	22
3 Sistema límbico: o emotivo	32
3.1. Emoção versus sentimento	32
3.2. Neuroanatomia das emoções	35
4. Mas, afinal, o que é ansiedade?	41
4.1 Ansiedade ou estresse?	43
5. Neurobiologia da ansiedade	44
5.1 Olha ela novamente: a amígdala!	45
5.2 As vias de detecção de perigo: direta (rápida) e indireta (lenta).	47
5.3 O eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal (HHS) e a ativação simpática	50
6. Transtornos de Ansiedade: quando ela deixa de ser boazinha.	54
6.1 Tipos de transtornos de ansiedade	55
6.2. Transtornos de Ansiedade em decorrência do uso de substâncias/medicamentos ou outras condições orgânicas.	75

7. Tratamentos	80
7.1. Então, vamos nos mexer?	81
7.2. Vamos conversar sobre isso...	83
7.3. E os medicamentos também podem dar uma ajudinha!	86
8. A psicoeducação como uma ferramenta para a equipe de enfermagem na promoção da saúde mental	95
8.1. Grupos Psicoeducativos: Como fazer?	96
Referências	103

Sobre a autora



A autora não se sente confortável em escrever sobre si em terceira pessoa, mas tem necessidade de preencher este espaço com um texto por questões de *design*.

Lucélia Fernandes nasceu em Quixeré - CE, graduou-se em Enfermagem, pela Universidade Estadual do Ceará e é pós-graduada em Saúde Mental pela Faculdade de Quixeramobim.

Ela ainda não ganhou nenhum prêmio renomado, mas já se deu alguns, como "O Melhor Desenho de Bode" e "Nona Garota Mais Bonita do Jardim II."

Em 2019, já servidora do IFCE Campus Maracanaú, ela pensou: "Sabe o que seria uma boa ideia? Em vez de investir na minha carreira de modelo, eu devia fazer o Mestrado PROFEPT (Programa de Mestrado Profissional em Educação Profissional e Tecnológica)! Não foi uma ideia baseada na razão, mas sim, na paixão pela educação. Talvez esse tenha sido o motivo de ter dado certo.

Ah, mas ela não abandonou o sonho de ser modelo. Apenas adiou para quando estiver com oitenta anos.

Orientador

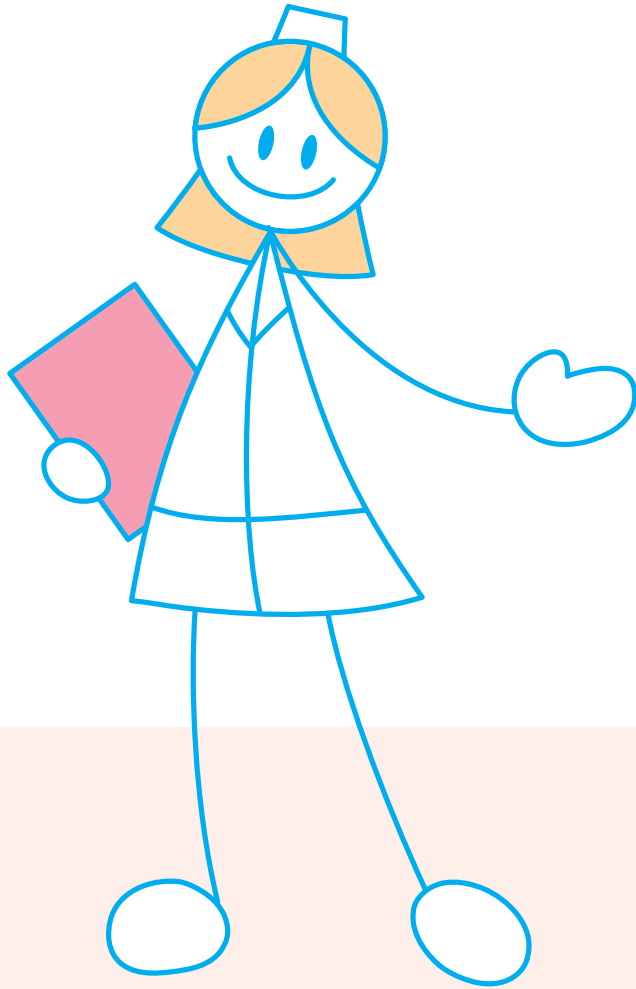


Solonildo Almeida da Silva possui graduação em Geografia / Licenciatura Plena pela UECE (1999), graduação em Sistemas e Mídias Digitais - SMD pela UFC (2013), graduação em Pedagogia pela UECE (2009), graduação em Teatro pela UFC (2020), especialização em Formação de Formadores pela UECE (2003), especialização em Metodologias do Ensino de Geografia pela UECE (2002), mestrado em Sociologia pela UECE (2005), doutorado em Educação pela UFC (2011), pós-doutorado pela UFC (2016) e curso-tecnico-profissionalizante em Assistente Básico em Administração pela Escola de Ensino Médio Aduino Bezerra (1994). Atualmente é pesquisador do IMO da UECE, Professor do Instituto Federal do Ceará, Professor da UNILAB, Professor Permanente de Doutorado Acadêmico da Universidade Federal de Sergipe, Revisor de periódico da Research, Society and Development e Membro de corpo editorial das revistas Conexões: Ciência e Tecnologia e Educação Profissional e Tecnológica em Revista. Tem experiência na área de Educação, com ênfase em Planejamento e Avaliação Educacional, atuando principalmente no sistema UAB.

Co-orientador



Sandro Cesar Silveira Jucá possui Nivelamento Universitário Studienkolleg na Technische Hochschule Köln Alemanha (1996 a 1998) e Graduação em Tecnologia Mecatrônica pelo IFCE (2002). É Especialista em Automação Industrial (2003) e Licenciado em Física (2005) pela UECE, Mestre (2004) e Doutor em Engenharia Elétrica (2014) pela UFC, com pesquisa realizada na Universität Paderborn Alemanha e apoio do programa de Doutorado Sanduíche do Deutscher Akademischer Austauschdienst. Realizou também estágio de pesquisa pós-doutoral (2019) na Universidad de Cádiz Espanha com apoio da Fundación Carolina. Atualmente é professor e pesquisador do IFCE Campus Maracanaú, docente permanente do ProfEPT (Mestrado em educação profissional e tecnológica em rede nacional com Qualis Ensino) e do PPGER (Mestrado Acadêmico em Energias Renováveis com Qualis Interdisciplinar). Pesquisa na área de Mecatrônica e Engenharia Elétrica, dentro dos temas Energias Renováveis, Sistemas Embarcados, IoT Robótica, EaD e Educação Profissional.



Apresentação

Olá, Companheiras e Companheiros de jornada!

Este e-book visa introduzir você, leitor, numa viagem de descoberta e aprofundamento sobre a ansiedade e seus transtornos. A ideia é transmitir os conhecimentos disponíveis sobre o tema de uma forma leve e simples, sem perder a cientificidade e a seriedade que o assunto exige.

Um dos nossos objetivos, portanto, é oferecer um instrumento acessível de conhecimento e estudo, criando as condições para a construção de uma base teórica sólida sobre a ansiedade e seus transtornos. Esperamos que essas informações ajudem as equipes de enfermagem desenvolverem ações de educação em saúde mental com mais segurança e propriedade.

Para atingir este objetivo, iniciaremos por uma revisão sobre o sistema nervoso e suas divisões. Acreditamos que isso ajudará a compreender e distinguir a ansiedade natural da ansiedade problemática. Depois, exploraremos os principais transtornos de ansiedade, os tratamentos disponíveis e algumas sugestões de como as equipes de enfermagem podem desenvolver e trabalhar o tema com os discentes.

O foco deste e-book é educar e contribuir na prevenção sofrimento mental. Assim, ao observar alterações no comportamento de um paciente, o profissional possa atuar antes que ocorram complicações.

Sem dúvida, foi um grande desafio para nós transformar uma informação, em geral divulgada de forma técnica e muitas vezes enfadonha, em algo descomplicado para o leitor. Esperamos oferecer um conteúdo que vai direto ao ponto e sirva de referência para futuras consultas.

Esperamos que essas informações possam ser suficientes para elucidar algumas dúvidas ou revisar conteúdos necessários para o entendimento do tema. Porém, caso não sejam, ficaremos felizes em receber críticas e sugestões com muito bom grado. Afinal, nossa intenção é buscar cada vez mais o aprimoramento.

Para aqueles que buscam informações mais técnicas e detalhadas — seja porque desejam aprofundar o assunto ou simplesmente porque adoram sofrer — disponibilizamos, ao final do livro, referências científicas revisadas exaustivamente para a construção deste e-book.

É importante ressaltar que presente trabalho não pretende nem pode ser um instrumento para qualquer espécie de autodiagnóstico ou tratamento. Portanto, qualquer indivíduo com suspeita de transtorno de ansiedade deve procurar um profissional de saúde especialista na área.

Assim, só nos resta agora agradecer a atenção e desejar que a sua jornada por essa humilde obra seja fonte de conhecimento, inspiração e, claro, diversão.

A autora

1. No princípio

1.1 O sistema nervoso

“E então, começar do princípio, é sempre o melhor lugar”, disse a Noviça Rebelde. Para entender melhor a ansiedade, suas prováveis origens (mentais e orgânicas) e a relação com todos os sintomas físicos vivenciados pelo indivíduo, o melhor ponto de partida é onde tudo isso se inicia, ou seja, no sistema nervoso.

O sistema nervoso é um elo na cadeia que liga o seu corpo ao ambiente. Através dos sentidos, você percebe o mundo exterior. Já por meio de sensores internos, recebe sinais do que acontece dentro de você. Essas informações são encaminhadas ao sistema nervoso, especificamente ao encéfalo, que irá processar esses estímulos ambientais e fisiológicos para elaborar as melhores respostas adaptativas para cada situação. É assim que o ser humano interage com o mundo.

Tudo aquilo que você sente, percebe, deseja e pensa tem origem no sistema nervoso. Sua habilidade de perceber o entorno – ver, ouvir e cheirar. A capacidade de aprender, amar, ter raiva, sorrir, chorar, saber onde você está e quem você é. Inclusive, o sistema nervoso é responsável por você entender tudo que está lendo neste exato momento.

O sistema nervoso evoluiu, primeiramente, como um sistema de reação, e não de detecção de informação. Afinal, para a sobrevivência de um organismo, era mais importante reagir a uma ameaça rapidamente do que captar informações do meio, embora as duas coisas estejam relacionadas.

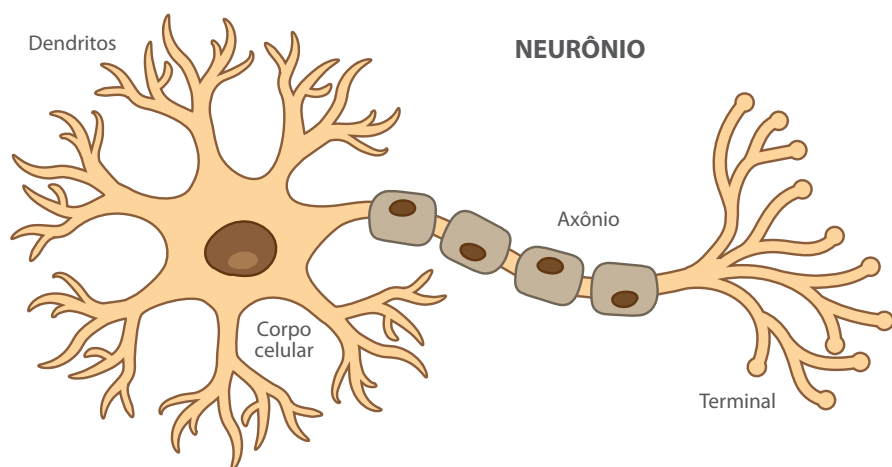
Tanto que, se os seus “sensores de alarme” notarem perigo (“Santo Deus, tem um leopardo no quintal!”), o seu sistema nervoso logo vai agir sobre essa informação, não apenas fazendo com que você a processe de

forma consciente, mas também de forma involuntária, aumentando sua frequência cardíaca e respiratória, aumentando o fluxo de sangue para os músculos esqueléticos. Tudo isso vai permitir que você corra para longe do perigo. Ou, dependendo da sua coragem, enfrente o inimigo.

Porém, fica mais fácil falar, primeiro, das estruturas básicas que formam o sistema nervoso, responsáveis pelo desempenho de suas funções com tamanha precisão e maestria. Afinal, o comportamento humano resulta da atividade do conjunto formado por células nervosas e redes neurais, que transformam sinais elétricos e químicos em informação e, conseqüentemente, em ação.

1.2 O neurônio

Para tornar todos esses processos possíveis, o sistema nervoso depende de células especializadas e interconectadas: os neurônios. É a partir dos cerca de 86 bilhões de neurônios, que realizam cerca de mil a 100 mil sinapses, que as informações são transmitidas. Portanto, os neurônios são células que recebem e repassam informações.



Os neurônios têm estruturas de célula especiais, chamadas de dendritos e axônios. Os dendritos são como “antenas”. Eles detectam os sinais e os enviam até os axônios, espécie de “fio condutor”, que conduz esses sinais para gerar as informações.

Um neurônio pode estar em dois estados:

Repouso: dizemos que o neurônio está com seu potencial de repouso quando não há corrente elétrica atuando nele. Isso significa que não sofreu nenhum estímulo ou o estímulo não foi suficiente para disparar um potencial de ação.

Excitado: é quando o neurônio, induzido por um estímulo, desenvolve um potencial de ação. Esse potencial de ação gera uma corrente elétrica (sim, o seu corpo é uma usina de eletricidade, e é com base nisso que são feitos o eletroencefalograma, o eletrocardiograma e outros exames de imagem). Essa corrente faz uma viagem, percorrendo todo o axônio do neurônio até chegar na sinapse.



SAIBA MAIS

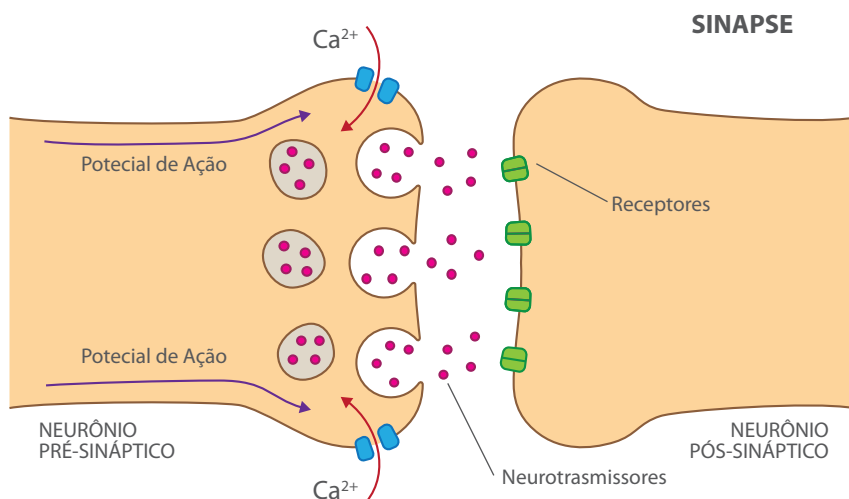
Potencial de Repouso: um neurônio está em repouso (sem sinalização) quando o seu interior está carregado negativamente e o seu exterior está carregado positivamente, com concentrações constantes para cada íon. Nessa situação, a membrana está polarizada.

Potencial de Ação: um neurônio está excitado quando um estímulo consegue promover uma inversão de cargas, ou seja, o interior do neurônio torna-se mais positivo e o seu exterior, mais negativo. Nessa situação, a membrana sofre uma despolarização.

1.3 A sinapse

A sinapse é a região onde um neurônio “fala” com o outro, sem haver contato físico entre eles. Quando um potencial de ação chega ao terminal do axônio pré-sináptico, promove a abertura de canais de cálcio e o íon cálcio entra no neurônio. A entrada desse íon faz com que vesículas contendo substâncias químicas, os neurotransmissores (daqui a pouco vamos falar mais sobre eles), se acoplem à membrana e os liberem na fenda sináptica.

1. Um potencial de ação chega ao terminal do axônio e despolariza a membrana
2. Canais de cálcio se abrem e o cálcio entra no neurônio
3. Com a entrada do cálcio, as vesículas contendo os neurotransmissores se fundem à membrana e os liberam na fenda sináptica
4. Os neurotransmissores liberados na fenda se ligam aos receptores do neurônio pós-sináptico.



1.4 Os neurotransmissores

Sim, são os neurotransmissores que tornam essa comunicação possível. Para explicar melhor, vamos fazer uma analogia.

Da mesma forma que utilizamos as ondas sonoras para transmitir uma mensagem aos demais, os neurônios utilizam os neurotransmissores, que são substâncias químicas responsáveis por transmitir a informação desejada, seja para outro neurônio ou para outra célula de tecido, órgão ou glândula que esteja conectada a ele, ligando-se em seus receptores específicos e transmitindo para o neurônio ou órgão-alvo a mensagem enviada. Essa mensagem pode ser do tipo excitatória – “Ei, você precisa respirar mais rápido!” – ou do tipo inibitória – “relaxa, não precisa respirar tão rápido, descansa.”

Os neurotransmissores são produzidos no neurônio (por isso o nome neurotransmissor) e ficam armazenados em vesículas, esperando o momento certo do estímulo necessário para que a sua liberação aconteça.

Cada neurotransmissor pode exercer funções distintas, ou seja, um mesmo neurotransmissor pode enviar mensagens diferentes. Às vezes, dependendo do tipo de receptor com o qual ele se ligue, poderá causar excitação ou inibição no neurônio pós-sináptico.

Existe uma variedade desses mensageiros químicos, mas os mais importantes como alvos farmacológicos são: dopamina, noradrenalina, serotonina, GABA e glutamato. Vamos comentar um pouquinho sobre cada um deles.

Dopamina

- Afeto
- Motivação
- Prazer
- Movimento
- Sistema de Recompensa (sabe aquela guloseima que você não resiste? Pois é, culpe a dopamina)

O excesso de dopamina está associado aos sintomas positivos da esquizofrenia, como alucinações e delírios, enquanto sua falta está associada aos sintomas negativos, como embotamento afetivo e o Mal de Parkinson.



Glutamato

- Excitação geral.
- Memória e aprendizado

É o principal neurotransmissor excitatório (provoca um potencial de ação na célula-alvo) do sistema nervoso e também o mais abundante. Aliás, cerca de 98% das transmissões sinápticas do sistema nervoso são de glutamato e GABA. Então, de fato, as funções do organismo estão constantemente sofrendo excitação e inibição. Vale destacar que o excesso de glutamato pode causar toxicidade nas células, resultando em morte celular.



Noradrenalina ou norepinefrina

- Humor
- Concentração
- Alerta
- Dor
- Fome

Alguns antidepressivos ou drogas vasoativas agem na produção de noradrenalina, mas não só. Medicamentos como a Ritalina, usada para tratar o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), atuam aumentando a concentração de noradrenalina e, com isso, melhorar a concentração.



Serotonina

- Humor
- Medo
- Sono
- Dor
- Comportamento Sexual

Como a serotonina está envolvida nos circuitos do medo – e a ansiedade tem uma estreita associação ao medo –, entende-se o porquê de antidepressivos que inibem a recaptção de serotonina, como a fluoxetina e a paroxetina, são eficazes para o tratamento dos transtornos da ansiedade.



Acetilcolina

- Cognição (memória e aprendizado)
- Movimento

A acetilcolina está envolvida indiretamente nas funções de memória e aprendizado, pois na verdade ela atua dando uma ajudinha ao glutamato, que é o protagonista por excelência dessas funções.

Porém, no Mal de Parkinson, seu excesso é o principal responsável pelos tremores, um sintoma característico da doença.

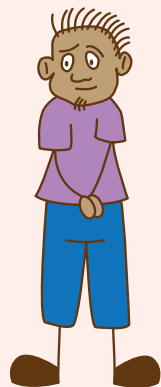
No sistema nervoso autônomo, principalmente no parassimpático (falaremos sobre isso em breve), a acetilcolina é o único neurotransmissor atuante.



GABA

- Inibição geral

Principal neurotransmissor inibitório do sistema nervoso, o GABA bloqueia o potencial de ação da célula-alvo. Induz o sono, inibe a dor e pode ser usado como relaxante muscular. Os fármacos que agem nos receptores de GABA são principalmente os ansiolíticos da família dos benzodiazepínicos, como o Diazepam e o badaladíssimo clonazepam, mais conhecido no mundo dos ansiosos como Rivotril.



E a adrenalina?

Talvez você esteja se perguntando: “mas onde está a tão falada adrenalina? Afinal, dizem que quando se tem uma crise de ansiedade ocorre uma descarga de adrenalina”. Sim, você tem razão, isso acontece mesmo. Porém, muita gente faz uma pequena confusão: a adrenalina não é um neurotransmissor típico, ou seja, ela não é produzida nos neurônios, mas na medula das glândulas adrenais a partir da noradrenalina. Portanto, é um hormônio que exerce a mesma função de um neurotransmissor, só que não no Sistema Nervoso Central, mas no Sistema Nervoso Autônomo (calma que ainda vamos falar muito sobre ele!)



SAIBA MAIS

Para ilustrar melhor esse mecanismo, vamos imaginar a seguinte situação: o neurotransmissor é o carteiro, a carta é a mensagem e você é o receptor. A mensagem na carta será sempre a mesma, mas a interpretação do que está na carta depende de quem a recebe, no caso, do receptor (você). Afinal, para você a mensagem pode ter um sentido. Porém, caso o receptor seja outra pessoa, pode ter outro sentido ou não ter sentido algum.

1.5 Os receptores

Os receptores são as proteínas que permitem que qualquer célula “escute” a mensagem, uma vez que o neurotransmissor tenha se ligado a ele. É muito importante falar dos receptores, pois muitos fármacos usados no tratamento de transtornos psiquiátricos atuam neles. Além

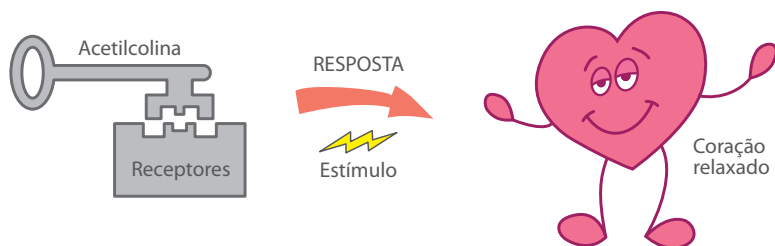
disso, os efeitos do neurotransmissor dependem do seu receptor. Não podemos generalizar e dizer que tal neurotransmissor é “excitatório” ou “inibitório” – com exceção do GABA e do glutamato, pois praticamente todos os seus receptores são inibitórios e excitatórios, respectivamente.

Uma analogia muito utilizada é imaginarmos o neurotransmissor como uma chave e o receptor como uma fechadura. Vamos tornar isso mais claro usando como exemplo a acetilcolina.

Quando a acetilcolina (a chave) se liga ao seu receptor (a fechadura) que fica no músculo esquelético, ela tem função excitatória, pois promove a despolarização da célula, ou seja, deflagra um potencial de ação e o músculo se contrai.



Porém, quando a acetilcolina se liga aos receptores que ficam no coração, ela inibe as vias que causam o potencial de ação. Com isso, ela reduz os batimentos cardíacos.

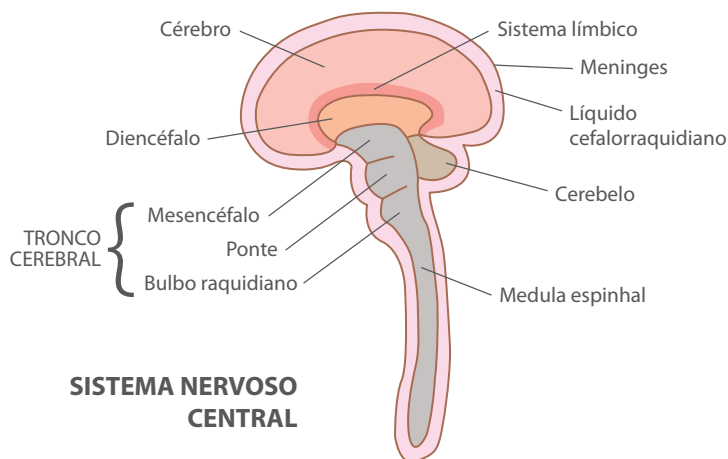


2. Divisões do Sistema Nervoso

Agora que fizemos uma revisão dos elementos básicos que constituem e atuam no sistema nervoso, fazendo literalmente você funcionar, vamos aprofundar o tema falando sobre as divisões anatômicas e funcionais.

2.1 Divisão anatômica

A divisão anatômica ou estrutural do sistema nervoso ocorre da seguinte maneira: temos o Sistema Nervoso Central e o Sistema Nervoso Periférico. O Sistema Nervoso Central, que se localiza bem no meio, se subdivide em encéfalo (protegido pela caixa craniana) e medula espinhal (protegida pelas vértebras da coluna vertebral). Todo o sistema nervoso é revestido por estruturas ósseas. O encéfalo se divide em cérebro, cerebelo e tronco encefálico. E, ainda, o cérebro se subdivide em telencéfalo e diencefalo. O tronco encefálico também se subdivide em mesencéfalo, ponte e bulbo.



O tronco cerebral é a parte mais interna do encéfalo, responsável pelas funções vitais, como respiração e circulação. Por isso é considerada a parte mais primitiva do encéfalo.

A porção imediatamente acima do tronco encefálico é chamada de sistema límbico, considerada o centro das emoções. É responsável pelas funções instintivas, como o apetite, o desejo sexual, o desconforto e as emoções, como prazer e medo (falaremos muito sobre sistema límbico mais adiante). Essa região está muito relacionada com os transtornos da ansiedade.

O diencéfalo engloba o tálamo, o hipotálamo e a hipófise. Essa região é o centro de controle do Sistema Nervoso Autônomo e do sistema endócrino.

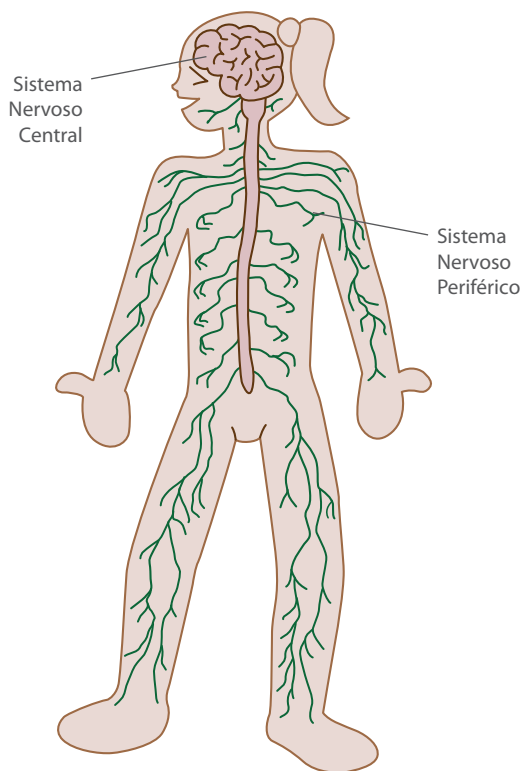
A camada mais externa do córtex cerebral é chamada de neocórtex. O prefixo neo significa novo. A estrutura foi batizada assim porque, em termos evolutivos, é a região mais recente do cérebro humano.

O neocórtex é responsável pelas funções cognitivas avançadas que modulam o comportamento humano. É o “filtro” para as emoções. Dominar conhecimentos e habilidades para se tornar um profissional de enfermagem competente, dedicado e ainda aproveitar seu tempo com amigos também engloba as atividades do neocórtex.

Já o Sistema Nervoso Periférico é composto por fibras nervosas que se situam fora do sistema nervoso central, ou seja, na periferia. Ele é composto por nervos, gânglios e terminações nervosas. Temos os nervos cranianos, que são 12 pares, e os espinhais, com 31 pares. Os gânglios são aglomerados de corpos de neurônios fora do Sistema Nervoso Central e as terminações nervosas são os nossos queridos receptores.

Juntos, os nervos cranianos e espinhais são responsáveis pelas sensações e pelos movimentos de cada centímetro do corpo. Encoste em qualquer lugar do corpo, desde o dedo mindinho do pé até a ponta da sua cabeça, e verá que tem sensibilidade em todos os locais. Por isso que certas doenças ou mesmo acidentes que causam lesões nos nervos podem diminuir ou abolir a sensibilidade.

DIVISÃO DO SISTEMA NERVOSO



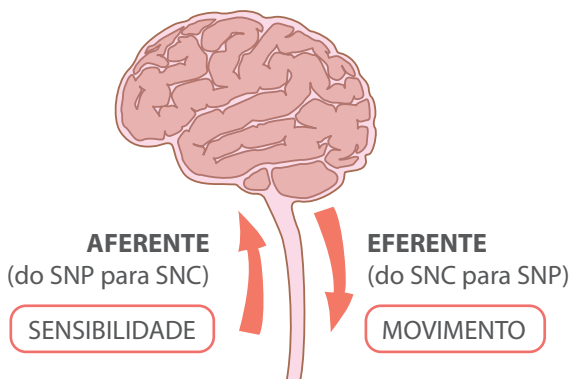
2.2 Divisão funcional

Antes de falar da divisão funcional, é pertinente lembrar o conceito de FIBRAS AFERENTES e FIBRAS EFERENTES.

O Sistema Nervoso Central é um centro (sim, foi redundante) de processamento de dados. A todo instante recebe e envia informações, via Sistema Nervoso Periférico, para todas as partes do corpo. E quem conduz essas informações são as fibras nervosas, que são verdadeiros “cabos” condutores de impulsos elétricos.

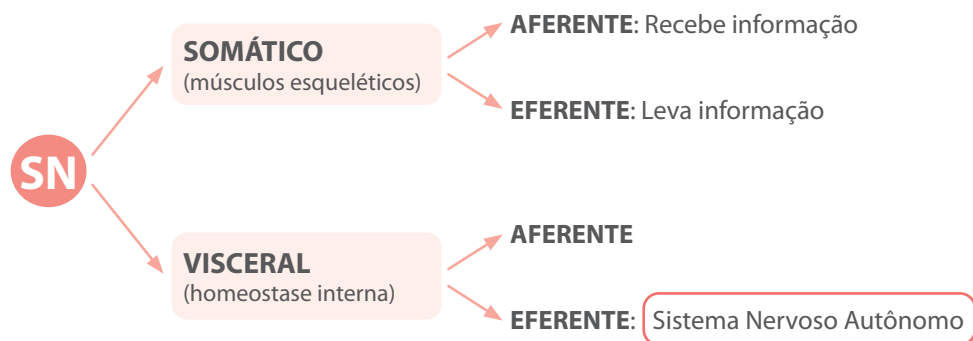
Fazendo uma analogia com uma cidade, nós temos ruas que vão do centro para os bairros e ruas que vão dos bairros para o centro. Então, teremos vias de mão dupla para circular pela cidade. O sistema nervoso funciona de forma similar: temos vias que vão do Sistema Nervoso Central para o Sistema Nervoso Periférico (centro/bairro) e temos vias que vão em sentido contrário, do Sistema Nervoso Periférico para o Sistema Nervoso Central (bairro/centro).

As fibras que levam as informações do Sistema Nervoso Central para o Sistema Nervoso Periférico são chamadas de eferentes. Já as que levam as informações do Sistema Nervoso Periférico para o Sistema Nervoso Central são chamadas de aferentes.



Então, isso significa que o componente eferente vai sair do Sistema Nervoso Central para o Sistema Nervoso Periférico e controlar órgãos periféricos. Por sua vez, a via aferente vai conduzir estímulos de sensibilidade do Sistema Nervoso Periférico para o Sistema Nervoso Central. Guardem bem esses conceitos, pois vamos precisar deles para entender conceitos futuros.

Revisado isso, vamos falar da divisão funcional, que vai diferenciar o sistema nervoso de acordo com as suas funções, dividindo-o em SOMÁTICO e VISCERAL.



Vamos começar falando da divisão somática. Do ponto de vista biológico, “soma” significa corpo. Então, somático vai se referir ao corpo físico, controlando pele e músculos, permitindo uma interação com o mundo externo. E como isso acontece? Através das fibras aferentes e eferentes, que irão conduzir as informações do Sistema Nervoso Periférico para o Sistema Nervoso Central e vice-versa.

A porção aferente do somático vai receber estímulos externos de sensibilidade geral. Na sua pele, por exemplo, existem terminações nervosas que captam dor, tato, pressão, vibração, frio e calor. Portanto, você tem sensores na pele que vão levar ao Sistema Nervoso Central todas essas informações. Quando chegam lá no cérebro, em uma região chamada córtex sensitivo, as sensações serão interpretadas e o cérebro vai dizer “tá calor”, “tá frio”, “esse toque fez cócegas!”, “ei, isso foi um beliscão! Doeu!”

Estímulos como visão, olfato, paladar, audição, enfim, estímulos sensitivos como um todo, são captados por receptores especializados, que enviam essas informações para o Sistema Nervoso Central através das vias aferentes.

Outro tipo de informação também conduzida por fibras aferentes para o Sistema Nervoso Central são os estímulos de propriocepção, que permitem reconhecer a sua localização espacial e orientar-se, mesmo com os olhos fechados, assim como a força muscular aplicada e a posição de cada parte do corpo em relação às demais. Esses estímulos são provenientes dos músculos, tendões, ligamentos e articulações.

Portanto, sensibilidade geral e propriocepção são estímulos aferentes do sistema somático, ou seja, a parte sensitiva.

A porção eferente do somático corresponde à parte motora, pois diz respeito ao movimento dos músculos esqueléticos. Todos os músculos esqueléticos fazem parte do sistema somático. Vale lembrar que essa é a parte voluntária dos seus músculos, ou seja, eles contraem de acordo com a sua vontade. Então, lembre-se disso quando estiver na academia.

A porção visceral vai controlar o seu ambiente interno, a sua homeostase. É, portanto, involuntária. O componente visceral também possui sua porção aferente. Logo, vai levar informações ao Sistema

Nervoso Central e sua porção eferente, que executa os comandos do Sistema Nervoso Central.

O componente eferente, que podemos considerar a parte motora do sistema visceral, corresponde ao famoso Sistema Nervoso Autônomo.

A palavra autônomo significa involuntário, automático, ou seja, são funções corporais que ocorrem sem que você tenha consciência delas, como liberação de neurotransmissores e hormônios. Porém, essa autonomia é limitada, pois precisa das informações do Sistema Nervoso Central para executar essas funções.

A principal função do Sistema Nervoso Autônomo é manter a homeostase no repouso e em situações de estresse, atuando no controle dos músculos lisos, do músculo cardíaco e da secreção de glândulas. Por exemplo, o peristaltismo: quando você se alimenta, não é necessário que você faça movimentos conscientes para a comida “descer”. Ela desce sozinha porque acontece um movimento involuntário dos músculos lisos do trato digestório. A mesma coisa acontece com os batimentos cardíacos e a liberação dos hormônios, que independem da sua vontade.

O Sistema Nervoso Autônomo tem duas partes principais: o Sistema Nervoso Simpático, relacionado a reações de luta, fuga e agitação, e o Sistema Nervoso Parassimpático, que atua em momentos de descanso e situações calmas. Portanto, realizam ações opostas.

A literatura atual classifica o Sistema Nervoso Entérico – sim, nos seus intestinos ocorre cerca de 90% de toda a produção de serotonina do seu corpo – como parte integrante do Sistema Nervoso Autônomo.

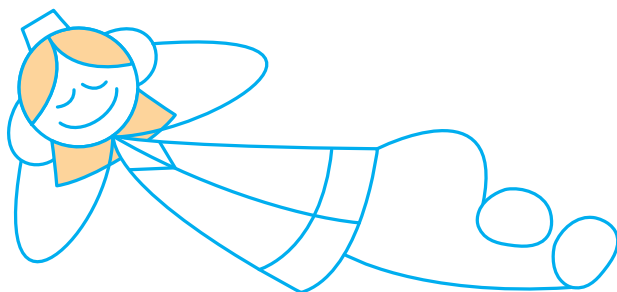
Porém, só vamos detalhar um pouquinho mais o Sistema Nervoso Simpático e o Sistema Nervoso Parassimpático, dedicando uma ênfase maior ao simpático, que está muito envolvido com os sintomas físicos clássicos e desagradáveis de uma crise de ansiedade.

Sistema Nervoso Parassimpático: descanso e digestão

“Então, vamos tirar um cochilo depois do almoço?”

O Sistema Nervoso Parassimpático evoluiu para você guardar e mobilizar energia, por isso ele predomina nos momentos de descanso e digestão.

Vamos supor que os seus ancestrais acabaram de almoçar um delicioso alce. Eles estão relaxados, pois não há nenhum predador por perto a temer. Nesse estado de relaxamento, o parassimpático está em ação. A mesma coisa acontece com você, depois que acaba de se alimentar.



A lógica do parassimpático é conservar energia, mais ou menos da seguinte forma: você acabou de se alimentar agora, beleza. Só que o parassimpático não sabe quando você vai comer novamente – ele ainda acha que você vive como seus ancestrais das cavernas, que podiam demorar até três dias para encontrar a próxima refeição. Então, ele vai pegar o que você comeu e tentar armazenar em forma de energia. Para isso, ele vai inibir a lipólise (quebra de gordura), causar bradicardia (diminuição das batidas do coração, afinal, você não precisa correr), induzir a broncoconstrição (constrição dos brônquios, pois você não precisa respirar rápido), melhorar a motilidade intestinal, a digestão etc.

O neurotransmissor que vai atuar nas sinapses dos neurônios do parassimpático será a acetilcolina.

EFEITOS DO PARASSIMPÁTICO

Bradicardia

Diminuição da pressão arterial

Miose (pupilas contraídas)

Broncoconstrição

Aumento da motilidade intestinal

Diminuição da frequência respiratória

Em resumo: o Sistema Nervoso Parassimpático é um sistema de conservação, voltado para as atividades de funcionamento normal, próprias do organismo quando você está fora de risco ou em repouso.

Sistema Nervoso Simpático: luta ou fuga

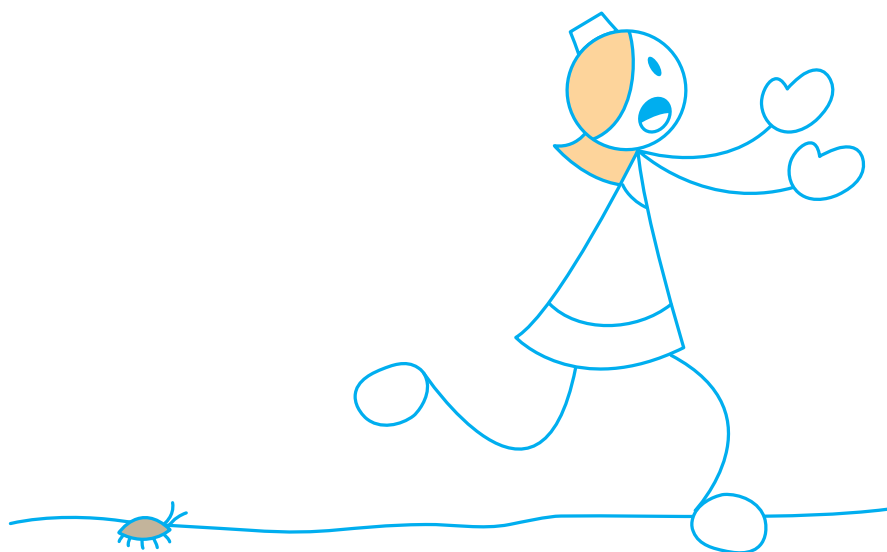
“E aí? Vai fugir ou lutar?”

O Sistema Nervoso Simpático evoluiu para você mobilizar energia. Não para armazenar, mas para fazer com que você sobreviva a uma eventualidade.

Quando o seu ancestral das cavernas se deparava com um leão, era o simpático que o fazia ficar alerta e lutar pela sobrevivência, disparando nele o medo fisiológico, proporcional à situação.

Agora, quero que você imagine a seguinte situação: você está numa casa de praia, paradisíaca, relaxando numa rede na varanda. Final de tarde e aquela brisa suave. Uma calma só. Você nem lembra que tem boletos para pagar. O parassimpático é quem está no comando.

Porém, como diz o ditado, “alegria de pobre dura pouco”: você escuta um rosnado e, quando levanta a cabecinha para ver do que se trata, percebe que tem um urso de quase 2 metros de altura (sim, nessa hora você nem se lembra que é improvável um urso numa praia) vindo em sua direção. E é neste exato momento, quando o seu cérebro registra a informação do urso, que a magia acontece.



Seu cérebro inicia a coordenação de um programa de ações que vão ocasionar uma série de mudanças no seu corpo: suas pupilas dilatam (midríase). Sua boca seca. O seu estômago altera o funcionamento. O seu intestino para de peristaltar. Se você estiver com o intestino cheio, você solta (é o famoso “caguei de medo”). O sangue do seu

corpo é redirecionado para os lugares que o cérebro considera os mais importante nesse momento de fuga: ele próprio (o cérebro, afinal, você precisa pensar numa melhor forma de escapar), os músculos esqueléticos (você precisa correr) e o coração (aumenta a frequência cardíaca, fazendo o coração bater mais rápido e aumentar a eficiência, fazendo com que bombeie mais sangue).

Seus vasos, então, se comprimem para desviar o sangue de lugares menos importantes, como, por exemplo, o sistema digestório, enviando para os músculos. É por isso que você sente, quando está com medo ou ansioso, aquele frio na barriga. É o sangue que fugiu de lá! Outro lugar de onde o sangue é retirado: o rosto, aliás, da pele. Por isso que, geralmente, uma pessoa com medo parece pálida e fria.

Portanto, a ativação de toda essa circuitaria neuronal e hormonal vai fazer você ficar hipervigilante – você jamais vai “pregar o olho” sabendo que tem um urso na sua frente. Você também vai ficar hiperfocado – afinal, não existe déficit de atenção quando há um urso querendo devorar você. O seu cérebro fica negativamente enviesado, ou seja, fica hipersensível para qualquer coisa minimamente ameaçadora ao seu redor. E tudo isso acontece em menos de um segundo!

Os maiores responsáveis pelas alterações fisiológicas do simpático são os hormônios do estresse, o cortisol e a adrenalina. Quando ocorre a ativação dos nervos do simpático, em um quadro de medo ou de ansiedade, a glândula suprarrenal ou adrenal é estimulada a secretar na corrente sanguínea cortisol e adrenalina, que impactam diretamente o funcionamento dos órgãos para que aumentem o rendimento, algo essencial para enfrentar ou fugir de uma situação.

EFEITOS DO SIMPÁTICO

Taquicardia

Constricção dos vasos sanguíneos

Aumento da pressão arterial

Midríase (pupila dilatada)

Broncodilatação

Piloereção e transpiração

Aumenta a glicemia

Diminuição da motilidade intestinal

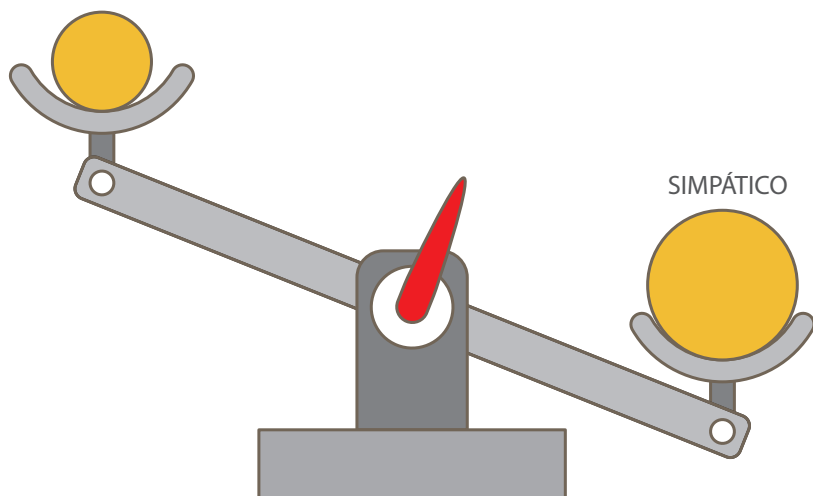
Em resumo: o simpático ativa os órgãos para uma situação emergencial. Esse mecanismo, com a liberação dos hormônios do estresse, mostrou-se evolutivamente mais eficiente para a sobrevivência da espécie. Provavelmente, se o seu ancestral tivesse ficado calmo e reflexivo diante do leão, você não estaria lendo esse e-book agora.

Portanto, como vimos, esses dois sistemas agem sobre os mesmos órgãos, mas com funções opostas, antagônicas. Enquanto o sistema simpático utiliza energia para as atividades repentinas, o sistema parassimpático busca restabelecer as reservas.

O cérebro é o responsável por regular esses sistemas e, dependendo da situação, haverá o predomínio de um sobre o outro. Porém, é essencial que haja um equilíbrio entre eles para que o organismo possa se adaptar ao ambiente da forma mais harmoniosa possível, ou seja, ficar estressado quando há motivos para ficar ou calmo quando a situação assim permitir.

De maneira geral, nos transtornos da ansiedade, há uma perturbação desse equilíbrio, com uma ativação exagerada e fora de contexto do sistema simpático. Não existe nenhum urso querendo pegar você, mas o seu cérebro acredita que há. Daí dispara um alarme, vindo de uma região chamada amígdala (falaremos mais sobre ela) que aciona diversas mudanças físicas, emocionais e comportamentais.

PARASSIMPÁTICO



A evolução nos mostrou que esse modo “alerta” é fundamental para a nossa sobrevivência; porém, ele deve ser limitado, não se prolongando mais do que o necessário – pois quando isso ocorre, pode ser prejudicial e/ou patológico para o corpo e a mente.

3 Sistema límbico: o emotivo

Se você chora copiosamente quando assiste a filmes de cachorrinhos abandonados ou chora de alegria com uma grande conquista, a culpa é do sistema límbico. Esta parte do encéfalo é considerada a sede das emoções. Por isso, antes de detalharmos o sistema límbico, vamos falar um pouquinho sobre as emoções.

3.1. Emoção versus sentimento

Existe uma grande confusão entre esses dois conceitos, mas vamos esclarecer agora. Você se lembra do exemplo anterior, do urso querendo te devorar na casa de praia? Então, se você entendeu aquele exemplo, você já sabe o que é uma emoção.

Emoções são ações programadas, coordenadas pelo encéfalo, que promovem alterações em todo o seu corpo. Essas alterações visam a ações no sentido mais amplo, que vão desde a liberação de hormônios na corrente sanguínea até alterações comportamentais, como lutar ou fugir.

E qual é a finalidade de tudo isso? Bom, as emoções foram um jeito inteligente da natureza fazer com que você aja sem perder tempo. É gerar uma ação frente a uma ameaça.

É importante salientar que as emoções são automáticas e independem da sua vontade, ou seja, não temos controle sobre elas. Ninguém olha para um tubarão e diz: “Ah, vou aumentar a minha frequência cardíaca”. Ou então, você conhece uma pessoa interessante, mas decide não se apaixonar por ela. Parece uma ideia legal, porém, do ponto de vista evolutivo, seria uma péssima ideia.

As emoções estão aí para garantir a sobrevivência da espécie. Se tem um urso correndo atrás de você, a coisa mais estúpida que você pode fazer é querer ser racional. Afinal, antes de calcular a velocidade média

do urso para saber qual seria a melhor estratégia, subir em uma árvore ou sair correndo, o urso já teria devorado você.

A eficácia da emoção deriva justamente do fato de ser automática, de não estar sob o seu controle. Acredite, numa situação como a do urso, é mais inteligente sair correndo e gritando automaticamente.

Emoções costumam vir associadas a estímulos. Esses estímulos podem ser externos, como uma comida que você vê, a pessoa amada, um assaltante ou qualquer coisa que esteja fora de você.

Porém, esses estímulos também podem vir de dentro de você, dos seus pensamentos. Se você começar a pensar em um momento muito feliz ou muito triste da sua vida, esses pensamentos provocam uma emoção em você. As memórias, de uma maneira geral, são capazes de desencadear várias reações emocionais.

Além disso, as emoções podem ser positivas, que você acolhe e até deseja rememorar para repetir a sensação, como podem ser negativas, e aí você só quer manter distância e não mais experimentá-las.

Como exemplo de emoções negativas temos o medo, a raiva, a tristeza e, como exemplo de emoções positivas, temos o amor, a alegria e a esperança.

Outra característica fundamental das emoções é que elas são inconscientes, ou seja, você não as percebe. Nesse momento, você deve querer dizer “tudo bem, Pequena Lu, entendo que as emoções sejam automáticas, mas quando tem um urso atrás de mim eu tenho plena consciência de que estou com medo!” Pois é, então, a partir do momento em que você toma consciência da sua emoção, neste caso, do seu medo, você passa para outro estágio no seu encéfalo: o sentimento.

O sentimento é a percepção consciente e parcial das emoções. Parcial porque você não consegue saber o quanto seus batimentos cardíacos estão variando. Você só percebe parte dessas alterações.

E por que, então, fazer essa distinção entre emoção e sentimento? Existem duas razões: a primeira é neuroanatômica e neurofisiológica. Os mecanismos neurais usados para as emoções e para os sentimentos não são os mesmos. Portanto, usam circuitos cerebrais diferentes.

A segunda razão é que nem sempre você tem consciência de uma emoção. É possível que aconteçam várias alterações emocionais no seu corpo sem que você tenha a mínima noção delas. Então, se isso acontece, não existirá o sentimento, visto que sentimento é emoção consciente. Por exemplo: você visualizar uma foto de família de que gosta muito. Suas pupilas vão dilatar, suas mãos vão transpirar – mas tão pouquinho que só é possível medir com um aparelho em laboratório. As alterações estão acontecendo sem que você tenha consciência.

Entenda, então, que a emoção é mais rudimentar, fisiológica; porém, não significa que ela seja simples. Pelo contrário, é necessária uma sofisticada maquinaria biológica para que as suas emoções possam existir.

O sentimento é algo mais complexo, mais psicológico, que envolve as suas memórias e áreas corticais mais evoluídas. Um sentimento como o amor envolve experiências que você teve no passado, livros que você leu etc. Da mesma forma, quando você é abordado durante um assalto, se você já passou por essa experiência, o comportamento atual perante o delito será moldado por essa lembrança.

Os sentimentos envolvem planos, ideias, objetivos. O receio de que algo ruim possa acontecer faz com que você tome precauções para evitar. Além disso, o sentimento vai envolver a percepção que você tem de si próprio, da sua personalidade.

Portanto, emoções e sentimentos tornam a vida possível. Tudo bem que, sem emoções e sentimentos, a vida não seria um vale montanhoso, com tantos altos e baixos. Mas com certeza, seria uma planície chata e sem graça.

3.2. Neuroanatomia das emoções

É a partir do sistema límbico que surge a descrição neuroanatômica das emoções. O sistema límbico compreende as estruturas encefálicas relacionadas com o comportamento emocional, sexual, aprendizado, memória, motivação e também algumas respostas homeostáticas.

É no sistema límbico que ocorre a integração das informações sensitivas e sensoriais que chegam até você com o seu estado psíquico interno. Ele tem a função de analisar afetivamente as situações cotidianas e integrá-las ao sistema nervoso, endócrino e imunológico para, assim, dar uma resposta comportamental e fisiológica. Essa resposta vai depender da avaliação afetiva das experiências vividas, armazenadas nas memórias pré-existentes, e das normas culturais em que você está inserido.

Então, essas informações que chegaram “brutas”, depois de “lapidadas”, irão adquirir um valor afetivo, que pode ser positivo ou negativo, a depender do estímulo.

Um exemplo: se você escuta uma música, esse estímulo externo (o som) vai agir no seu córtex sensitivo, que mandará essa informação até o sistema límbico, onde será processada, integrada e relacionada com suas memórias pelas estruturas que o compõem. Então, essa informação que entrou no sistema límbico apenas como um “som” será agregada a um componente emocional. Se for uma música que lembra momentos agradáveis, você se sentirá bem. Caso contrário, acontecerá o oposto.

E como tudo isso acontece no sistema límbico? Através de várias regiões que formam um sistema integrado e que estão interconectados por vários feixes de fibras.

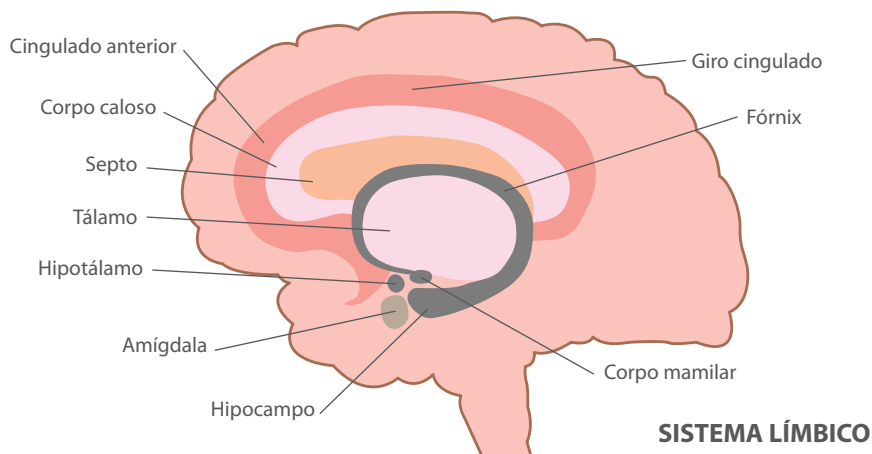
Foi o neuroanatomista americano James Papez, em 1937, quem propôs um caminho neural no encéfalo envolvido no controle das emoções. Para Papez, as regiões que estavam associadas eram: o córtex

cingulado, o hipocampo, o hipotálamo e os núcleos anteriores do tálamo. Como essas regiões estão interconectadas em forma de círculo, recebeu o nome de Circuito de Papez.

De acordo com Papez, os estímulos externos chegam via tálamo, que os transmite para o hipotálamo e o córtex sensorial. Então, sinais do hipotálamo seguem para o tálamo anterior e depois para o córtex cingulado, onde ocorre a convergência dos sinais vindos do córtex sensorial com os sinais do hipotálamo. Essa convergência seria a responsável pela experiência consciente do sentimento.

Para completar o circuito, o córtex sensorial projeta tanto para o córtex cingulado como para o hipocampo, que, por sua vez, faz conexões com o hipotálamo, responsável pelas respostas fisiológicas e comportamentais.

Porém, em 1952, MacLean introduziu ao Circuito de Papez outras estruturas, como a amígdala, o núcleo accumbens, a área septal e o córtex orbitofrontal. Com os avanços das pesquisas, verificou-se que o centro do sistema límbico é a amígdala, sendo ela considerada o “botão” disparador do medo.



Agora, antes de continuarmos, vamos fazer uma breve revisão das principais estruturas relacionadas ao sistema límbico.

Tálamo:

É a porta de entrada para o córtex. Localizado bem acima do hipotálamo, funciona como uma estação de retransmissão (tipo um rádio) dos impulsos sensoriais que chegam da periferia. Praticamente todas as informações sensoriais passam pelo tálamo. Por exemplo, sabe aquela dorzinha chata que você sentiu quando bateu seu dedo mindinho no pé da mesa? Pois é, antes de chegar ao seu cérebro, passou pelo tálamo.

Ele atua como um “filtro” modulador das informações que são enviadas ao córtex, chegando assim à sua consciência para, então, você esbravejar de dor.

Córtex cingulado anterior

Pode-se dizer que é um canal, uma ponte de comunicação entre o córtex superior e o sistema límbico. Está relacionado à depressão e a dores físicas, sendo ativado também em tarefas nas quais podem ocorrer erros e situações de conflito. Faz conexão e recebe projeções de várias outras áreas corticais associativas e, com elas, fornece a base para a experiência subjetiva das emoções, como a tristeza e a angústia, por exemplo.

Hipocampo

É uma estrutura que evoluiu para gravar fenômenos externos na sua parte interna, para que você aprenda e se adapte ao meio. Todas as informações sensoriais passam pelo hipocampo, que faz conexões com amplas áreas corticais associativas.

Então, quando algo externo acontece, é visto e/ou sentido por você, o hipocampo contribui para usar o ocorrido como um modulador de um comportamento futuro ou de futuras decisões. Afinal, as memórias são essenciais para o aprendizado.

O hipocampo também está relacionado com a memória associativa e a transferência de informações da memória de curto prazo para a de longo prazo. Portanto, não é o local onde a memória fica armazenada, mas é o principal coordenador da consolidação da memória.

Hipotálamo

O grande maestro do Sistema Nervoso Autônomo. Como ele é ativado por projeções de áreas cerebrais abrangentes, o Hipotálamo está envolvido no controle de várias funções corporais, como sede, fome, temperatura corporal, fadiga e ritmos circadianos. Enfim, é ele quem controla as manifestações fisiológicas e grande parte das alterações comportamentais.

Núcleo accumbens

É o componente mais importante do sistema de recompensa ou prazer do cérebro, modulando os efeitos da dopamina, que chega até ele através de aferências oriundas, principalmente, da Área Tegmentar Ventral, região produtora de dopamina. Sabe aquele prazer que você sente quando faz algo de que gosta muito? Então, foi a dopamina jogada nele que deu essa sensação.

Área septal

A área septal, assim como o núcleo accumbens, também é conhecida como um centro de prazer, principalmente sexual. Atua na regulação das

atividades viscerais, como, por exemplo, pressão e ritmo respiratório.

Em estudos realizados com animais que sofreram lesão na área septal, foi observado que eles desenvolviam uma hiperatividade emocional, raiva e reação anormal aos estímulos sexuais.

Córtex Orbitofrontal

O córtex orbitofrontal dá alta resolução e um colorido ao sistema de resposta emocional. É essencial na avaliação do risco e recompensa e para o que podemos chamar de “julgamento moral”, executando participação importante nas tomadas de decisão. Sem ele, o sistema límbico seria apenas reativo. Com ele, torna-se reflexivo.

O córtex orbitofrontal e a amígdala se conectam para formar memórias estáveis, isto é, qualquer situação desagradável que você tenha experimentado formará uma memória a ser ativada quando você vivenciar situações similares. Ele grava as circunstâncias. A amígdala grava o medo.

É graças a ele que você não fica mais refém do medo programado nem sai por aí correndo e gritando só porque viu um graveto que parecia ser uma cobra (sim, tem gente que faz isso!). Você continua a sentir medo, mas de forma mais elaborada. Aprende com ele. E aprende formas de evitar situações perigosas e que possam expor você ao perigo.

Amígdala

Principal estrutura do sistema límbico relacionada ao medo e à ansiedade. É considerado o “botão de disparo” das reações emocionais. Recebe aferências sensoriais do tálamo e aferências de todo o neocórtex, do giro do cíngulo e do hipocampo (aliás, ela fica bem pertinho do

hipocampo). Avalia a carga emocional de um estímulo para determinar se há perigo e, caso isso seja detectado, irá orquestrar a expressão de respostas comportamentais e fisiológicas por meio de suas conexões com o hipotálamo e com o tronco encefálico.

A amígdala tenta interpretar e juntar alguns fenômenos com base no que você sente. Por exemplo: você levou um choque porque colocou o dedo na tomada. A amígdala vai captar os estímulos sensoriais que aconteceram, como o choque, a dor e o estímulo visual da tomada e vai traçar um panorama do acontecimento. Então, da próxima vez que esses elementos estiverem juntos numa situação, a amígdala vai avisar: “Cuidado, você pode sentir uma coisa ruim, você pode sentir dor!”

Portanto, a amígdala evoluiu para modular o seu comportamento, evitando situações potencialmente perigosas e/ou desagradáveis e buscando situações agradáveis, como comer algo gostoso.

Apresenta também conexões que permitem influenciar várias outras funções cognitivas, como atenção, percepção, memória e tomada de decisão. Dessa forma, a função da amígdala encontra-se alterada em vários transtornos psiquiátricos, notadamente nos Transtornos da Ansiedade.



SAIBA MAIS

Forma-se um sistema de aprendizado emocional resultante da interconexão entre a amígdala e o córtex orbitofrontal. Esse sistema funciona acessando as memórias emocionais e modulando um comportamento adequado para o momento.

4. Mas, afinal, o que é ansiedade?

Primeiro vamos esclarecer: ansiedade não é doença. É uma emoção que acompanha a evolução da nossa espécie. De maneira didática, podemos dizer que a ansiedade é a manifestação mental e física da resposta de luta ou fuga. Ela torna-se uma doença a partir do momento em que começa a interferir na qualidade de vida do indivíduo, mas falaremos detalhadamente sobre isso em outro capítulo.

A palavra ansiedade é de origem grega e significa “estrangular, sufocar”. Caracteriza-se por um conjunto de reações emocionais e corporais que antecedem algo, ou seja, é um estado antecipatório de estresse emocional e físico, diante de um potencial risco/ameaça ou até mesmo de um benefício (como a espera de uma pessoa querida).

A ansiedade acompanha a espécie humana desde a época em que seus antepassados eram caçadores/coletores. Eles viviam sob a constante ameaça de ataques de predadores ou de tribos vizinhas, além do temor de ficar sem alimentos. Diferente do que acontece hoje, com a comida vindo até você, nossos ancestrais não só corriam atrás da comida como também travavam uma luta com o potencial banquete. Haja estresse!

Porém, foi graças a esses antepassados ansiosos que a espécie *Homo sapiens* conseguiu chegar até os dias atuais. Afinal, a ansiedade foi o guia para que eles procurassem abrigo, armazenassem alimentos para os dias de escassez e se unissem em grupos, com a finalidade de se ajudar mutuamente.

Atualmente, apesar de você ter onde se abrigar e serviço de entrega para as suas necessidades de ingesta calórica, a ansiedade continua sendo muito útil. É a ansiedade que faz você agir, que

motiva a lutar por seus objetivos, que faz você estudar com antecedência para uma prova ou se preparar caprichosamente para encontrar o seu grande amor. Então, a ansiedade cria, de maneira fisiológica, um estado de motivação para você resolver um problema ou tomar atitudes.

Segundo Charles Darwin (o cara da teoria da evolução), em seu livro *A expressão das emoções nos homens e nos animais*, de 1872, estados emocionais como o medo e a ansiedade permanecem até nossos dias porque essas emoções são importantes para a sobrevivência da espécie. Imagine se você não sentisse medo de ser atropelado? Atravessaria a rua de forma negligente e as chances de ser acertado por um carro seriam bem maiores.

Aliás, não tem como falar de ansiedade sem falar do medo. Há muito em comum entre o medo e a ansiedade. Os dois preparam o organismo para lidar com uma situação aversiva, com o objetivo de preservação da vida. As reações mentais e físicas que acontecem durante os estados de medo e ansiedade são bastante similares, assim como as vias do sistema nervoso que são disparadas por eles.

Porém, existe uma diferença crucial: enquanto o medo é um estado que se manifesta quando há uma situação bem específica – como, por exemplo, dar de cara com uma cobra –, a ansiedade é um estado mental e corporal engatilhado por algo que pode vir a ser ou acontecer. Não existe um assaltante com uma arma na sua cabeça, mas existe a possibilidade de alguém te assaltar. Você ainda não perdeu o emprego, mas existe a possibilidade de vir a perder.

4.1 Ansiedade ou estresse?

O estresse também é uma emoção essencial para a nossa sobrevivência, assim como a ansiedade e o medo. Os hormônios liberados durante o estresse, os famosos glicocorticoides, contribuem para deixar o organismo mais apto para enfrentar uma adversidade.

Como foi dito anteriormente, a ansiedade se diferencia do medo principalmente por não ter uma causa específica e ser antecipatória. E o estresse? Bom, o medo crônico pode resultar em ansiedade ou estresse (ou ambos). Chamamos de estresse o medo crônico com uma causa identificável, como, por exemplo, alguns enfermeiros, que vivem sob estresse porque as atividades laborais lhes causam grande sobrecarga física e mental.

O mais conhecido dos glicocorticoides, o cortisol, é produzido e liberado pelo córtex das suprarrenais, em resposta à estimulação do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) enviado pela hipófise. Esta, por sua vez, já foi estimulada pelo hormônio corticotrófico (CRH), produzido pelo hipotálamo. Esse eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal (HHS) encontra-se bastante ativado durante uma crise de ansiedade e vamos estudar mais sobre o tema neste livro.



SAIBA MAIS

Glicocorticoides: são assim chamados por participarem também do metabolismo dos açúcares. Por exemplo, o cortisol ajuda na gliconeogênese (formação de glicose a partir de outros substratos), com a finalidade de obter mais energia para o corpo.

5. Neurobiologia da ansiedade

A origem da ansiedade depende da interação entre várias áreas encefálicas e da interpretação das informações recebidas e processadas nessas áreas. Portanto, neste capítulo, vamos aprofundar a fisiologia do encéfalo. E não se preocupe. Será interessante.

Ah, lembrando: neste capítulo iremos falar de algumas estruturas presentes no sistema límbico; portanto, caso ache necessário, volte ao item 3.2. Por exemplo, quando falarmos em “tálamo”, caso você não se recorde bem da sua função, revise-a. Isso será muito importante para o seu entendimento.

Já sabemos que a ansiedade e o medo têm muita coisa em comum. Ambos provocam respostas fisiológicas similares e acionam as mesmas estruturas encefálicas. Porém, o medo pode ser breve ou mais longo, dependendo do estímulo.

Às vezes, você é pego de surpresa com uma freada brusca de algum carro que passava na rua e tem aquele susto, que desaparece quando você percebe que o estímulo foi inofensivo e já acabou.

Em outras ocasiões, o estímulo ameaçador pode ficar nas redondezas, como um predador. Então, você sente a necessidade de ficar mais atento, prolongando o medo.

De qualquer forma, o medo é limitado e tem como gatilho uma situação específica, identificável (tipo o nosso urso da casa de praia). Mas, quando o estímulo não está necessariamente presente e/ou não é bem definido, identificável, o medo pode prolongar-se um pouco mais. Ou prolongar-se até demais, tornando-se crônico. E, quando isso acontece, deixa de ser medo. Vira ansiedade.

Porém, a ansiedade não é apenas um sentimento. Ela promove alterações nas vias regulatórias que controlam as glândulas endócrinas, o sistema nervoso autônomo e o sistema motor esquelético. E essas vias são controladas principalmente pela amígdala, estriado, hipotálamo e tronco encefálico.



SAIBA MAIS

O estriado (recebe esse nome porque, ao ser visualizado, apresenta inúmeras estrias) é um dos componentes de uma região encefálica conhecida como Núcleos da Base e tem como principal função (porém, não única) participar do controle da motricidade. Na Doença de Parkinson, existem alterações nas funções do estriado.

5.1 Olha ela novamente: a amígdala!

Sim, eu disse que iríamos falar muito dela! Afinal, descobriu-se que a amígdala é o “botão de disparo” das reações emocionais (falamos sobre ela no item 3.2, se achar necessário, releia-o). Para exercer essa função, a amígdala obrigatoriamente tem que manter uma comunicação eficiente com várias outras estruturas do encéfalo. E é isso que acontece. Ela recebe aferências sensoriais via tálamo e aferências mais complexas via córtex.

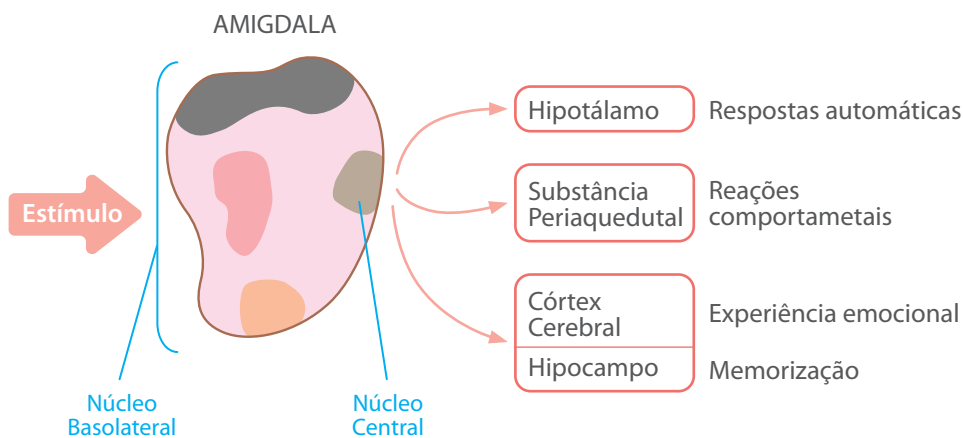
Por outro lado, a amígdala envia projeções a diversas regiões que participam da execução dos comportamentos e ajustes fisiológicos característicos de algumas reações emocionais, principalmente medo e ansiedade.

Chamamos essa pequena estrutura de amígdala (formato de amêndoa), mas na verdade, o correto seria Corpo Amigdalóide, pois é composta por 12 núcleos. Porém, para o nosso propósito, apenas três serão mencionados: o núcleo basolateral, o núcleo corticomedial e o núcleo central, cada um com suas funções específicas.

Núcleo basolateral: é a “porta de entrada” para os estímulos de sensibilidade, estímulos visuais e estímulos auditivos. Filtra as informações e envia para o núcleo central aquelas relevantes para a situação, além de também reconhecer expressões faciais de medo.

Núcleo corticomedial: recebe informações do bulbo e do córtex olfatório, estando mais relacionado ao comportamento sexual.

Núcleo central: é a “porta de saída”. Suas projeções ativam o hipotálamo, o SNA e endócrino, a substância cinzenta periaquedutal (SCP) – que faz parte do mesencéfalo. É a principal área responsável pelas reações comportamentais, como a paralisia, e vários núcleos bulbares envolvidos nas manifestações fisiológicas.





SAIBA MAIS

Quando falamos de núcleos, nos referimos a acúmulo de corpos celulares de neurônios dentro do SNC. Por outro lado, quando esse acúmulo acontece fora do SNC, como no periférico, é chamado de gânglio, que são aquelas estruturas esbranquiçadas, unidas por tecido conjuntivo.

5.2 As vias de detecção de perigo: direta (rápida) e indireta (lenta)

A primeira coisa que o seu encéfalo fará, antes de definir qual postura terá diante de um determinado acontecimento, é confrontar as informações que chegam através dos sensores internos e externos com experiências prévias que você tem armazenadas, ou seja, suas memórias.

Lembre-se: as informações chegam no seu estado “bruto”. Uma dor é apenas uma dor. Um som é apenas um som. Elas vão adquirir algum valor emocional depois de processadas e analisadas no sistema límbico. A amígdala dirá se a informação é boa ou ruim. Se é danosa ou benéfica. Se você deve relaxar ou fugir.

Mas, não se resume apenas a isso. Seu sistema nervoso central evoluiu ao longo de milhares de anos. Agora você tem um córtex pré-frontal bem desenvolvido e cabe a ele filtrar e modular as emoções geradas no sistema límbico. Ocorre, portanto, um diálogo interno entre o sistema límbico e o córtex pré-frontal para a tomada de decisão mais adequada e adaptada ao contexto. Geralmente (eu disse, geralmente) o córtex pré-frontal age inibindo a amígdala, como se dissesse: “Calma, amígdala,

não é o que você está pensando. Isso não é uma cobra, é apenas um galho” ou “Amígdala, eu acessei nossas memórias e nem sempre quando alguém pede uma informação em uma rua deserta é um assalto”. Porém, o susto inicial da amígdala, é inevitável.

Portanto, a via em que a informação entra pelo tálamo, vai até as áreas corticais associativas, que passam essa informação para o giro do cíngulo e que este, por sua vez, envia para o hipocampo (memórias), que vai agora enviar para a amígdala, onde essa informação irá adquirir aspectos emocionais, para só então ser encaminhada ao córtex pré-frontal, onde será tomada uma decisão, pode ser a via indireta ou a lenta.

Porém, algumas informações que a amígdala processa já são inatas, isto é, são estímulos ameaçadores gravados na nossa memória genética. Nascemos com elas. Ninguém precisa te ensinar a ter medo de barulhos fortes e inesperados, de altura ou de predadores. Tudo isso porque a amígdala evoluiu ante as situações enfrentadas por nossos ancestrais mamíferos num ambiente hostil.

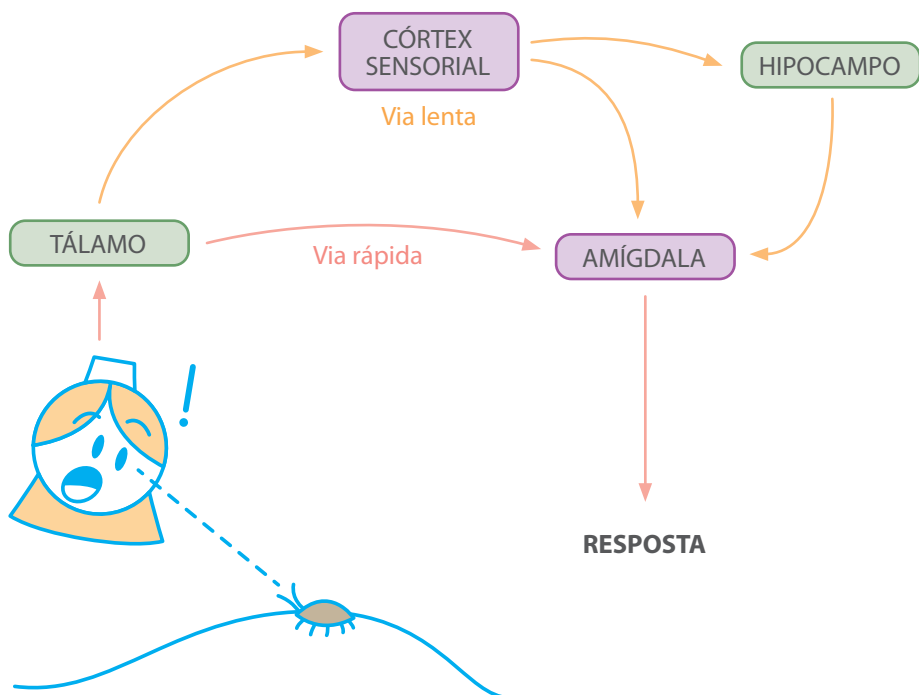
Por isso, diante de certas informações, a resposta precisa ser rápida, isto é, a amígdala não vai esperar pela análise do córtex pré-frontal para tomar uma decisão e já estimula o hipotálamo, que vai ativar o sistema nervoso simpático e o neuroendócrino para que você tenha a chance de escapar.

Portanto, a via direta ou rápida é por onde a informação entra pelo tálamo e este, antes de mandar a informação para o córtex sensorial – e o córtex pré-frontal confirmar se o estímulo realmente é nocivo (não é um graveto, é uma cobra) – já estimula a amígdala para desencadear as respostas de luta ou fuga.

E por que existe essa via tão rápida? Bom, vamos analisar da seguinte forma: se temos uma informação chegando até a amígdala e ela, através da sua memória emocional, detecta que aquela informação pode

causar um sofrimento e/ou uma injúria imediata de qualquer natureza, não é interessante para a sobrevivência do organismo esperar toda a informação chegar até o córtex pré-frontal para tomar uma decisão. Até lá, já pode ser tarde demais.

Então, muitas vezes, você toma uma decisão ou reage a um determinado estímulo movido pela via direta ou sistema rápido de detecção de perigo. E só depois de fugir para bem longe você para e analisa (agora é a vez do córtex pré-frontal): “Ei, mas aquilo não era uma cobra, era apenas um graveto”. Bom, mas na dúvida, correr foi a melhor decisão que você tomou!



5.3 O eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal (HHS) e a ativação simpática

A ansiedade elevada produz sinais fisiológicos clássicos, decorrentes da ativação do sistema simpático e do eixo HHS. Lembra todas aquelas alterações que pedimos para você imaginar quando se deparava com um urso na casa de praia? Então, será sobre essas alterações que vamos falar.

Agora que já relembramos o sistema límbico, algumas de suas estruturas e a sua função na gênese das emoções, podemos detalhar o que aconteceu no seu organismo no momento em que o urso nordestino apareceu para atrapalhar o seu descanso, tirando você do modo parassimpático (relaxado) e levando-o de maneira aguda para o modo simpático (alerta).

Retornando a nossa pitoresca história, no momento em que você ouviu o rosnar do urso, o estímulo auditivo chegou ao seu tálamo e foi logo enviado para a amígdala, que pensou: “Esse barulho não é do bem”. Então, já alerta devido à ativação da amígdala, você rapidamente foca sua visão na direção do rosnado. O estímulo visual do predador apenas reforça o que a sua amígdala já tinha certeza: você está em uma situação de extremo perigo. E, claro, nessa hora você nem lembra que tem um córtex pré-frontal para dizer: “Olha, eu acessei nossas memórias e é bem difícil um urso em uma praia cearense. É mais fácil ser alguém fantasiado de urso para te assustar”. Não, sua amígdala não quer nem saber disso.

Seu organismo, sentindo-se ameaçado, começa a executar comportamentos e ajustes fisiológicos com a finalidade de deixar você preparado para realizar um intenso esforço físico, ao mesmo tempo em que não perde o foco e a atenção.

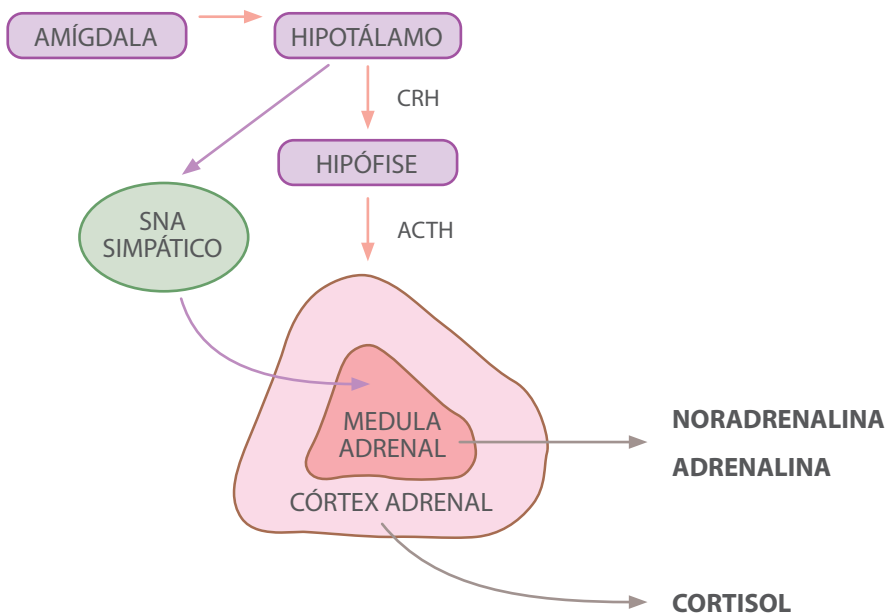
Todo esse esforço exige uma variedade de alterações fisiológicas e comportamentais, já mencionada quando falamos do sistema simpático. A sua frequência cardíaca e respiratória vai aumentar, além de ocorrer a vasoconstrição, com o desvio do sangue para órgãos nobres e músculos. Suas pupilas vão dilatar para uma melhor visão periférica, bem como as suas vias aéreas, para ocorrer uma melhor troca gasosa e assim oxigenar mais o sangue e os tecidos.

Os movimentos peristálticos do seu intestino cessam, pois não é necessário gastar energia com eles nesse momento. Sua pressão arterial sobe, com o intuito de promover melhor perfusão tecidual dos órgãos nobres, como o encéfalo. Pode ocorrer aumento da sudorese, promovendo uma troca de calor mais eficiente com o ambiente.

Mas, como você já sabe, a amígdala não faz tudo isso sozinha. Para desencadear todas essas complexas reações, ela tem a ajuda essencial de outras estruturas. Em especial, do hipotálamo.

O hipotálamo, depois de ativado pela amígdala, estimula o sistema simpático e também a glândula hipófise, via eixo HHS. O sistema simpático, através do seu feixe de nervos que se conectam com a medula da glândula suprarrenal, promove a produção e liberação de noradrenalina e adrenalina, que mimetizam e sustentam as ações do Sistema Nervoso Simpático.

A ativação do eixo HHS acontece da seguinte forma: a glândula hipófise, que também é responsável por atuar na homeostase de quase todo o organismo, é estimulada pelo hipotálamo, quando este, depois de ativado pela amígdala, libera o hormônio corticotrófico (CRH) que vai até a hipófise e a induz a lançar na corrente sanguínea outro hormônio, o adrenocorticotrófico (ACTH). O ACTH, então, viaja pela corrente sanguínea até o córtex da suprarrenal, estimulando-a na produção e a consequente liberação dos glicocorticoides no sangue.



Os glicocorticoides são a hidrocortisona, a corticosterona e o cortisol. Eles promovem a síntese de glicogênio a partir de compostos que não são açúcares, como os aminoácidos, e aumentam a mobilização e a deposição destes no fígado. Assim, os glicocorticoides dão continuidade à reação de alarme inicial, garantindo ao organismo fontes de energia armazenadas. Também sensibilizam outros tecidos para que a ação das catecolaminas sobre eles produza uma resposta mais eficiente.

Graças a esses sistemas, você foi capaz de correr léguas para distante do temerário urso. Nessa situação, o sistema foi fundamental e a resposta considerada normal ao contexto, com uma clara função de proteção. Então, já se sentindo seguro – o urso não conseguiu acompanhar a sua performance física debaixo do causticante sol cearense e ficou para trás – lentamente, o seu organismo começa a relaxar.

Ah, e agora que você não mais visualiza o suposto urso, embora ainda esteja esbaforido por todo o esforço, começa a ouvir o seu córtex pré-frontal. E, ele tinha razão: era apenas um amigo seu fantasiado de urso querendo testar a competência da sua amígdala!

Portanto, quando tudo funciona bem, com uma reação proporcional ao contexto e com um limiar de acontecimento, ótimo! Porém, em alguns casos, essas vias podem funcionar mal e essas reações se prolongam além do necessário. Quando isso acontece, podem causar um sofrimento crônico. Pode desencadear um transtorno de ansiedade.



SAIBA MAIS

As glândulas suprarrenais (ou adrenais), como o próprio nome já diz, ficam anatomicamente em cima dos rins. O córtex da suprarrenal, que é a parte mais externa da glândula, é a responsável por produzir e liberar, entre outros hormônios, como os andrógenos, os glicocorticoides, como o cortisol. A medula da suprarrenal, que é a parte mais interna, produz e libera as catecolaminas, noradrenalina e adrenalina.

6. Transtornos de Ansiedade: quando ela deixa de ser boazinha

Até agora, falamos da ansiedade legal. Tudo bem que ela causa sensações físicas e emocionais desagradáveis, mas faz parte das alterações fisiológicas que o seu corpo precisa para agir. Porém, infelizmente, para algumas pessoas, a ansiedade comporta-se, muitas vezes, de forma chata.

Fazendo uma analogia: a ansiedade legal aparece na sua festa somente quando você convida, comporta-se de maneira discreta e vai embora logo que a festa acaba. A ansiedade chata é aquela intrometida que vai para a sua festa sem convite, comporta-se de maneira espalhafatosa e ainda se recusa a ir embora quando a festa acaba, não deixando você dormir.

Assim, um dos critérios fundamentais que diferencia a ansiedade fisiológica, essencial e benéfica para a sobrevivência humana, da ansiedade patológica, que é maléfica e pode ser até incapacitante, é justamente o grau de sofrimento causado por ela. O quanto essa ansiedade impede que você exerça as suas atividades de vida diária? E o quanto está atrapalhando seus estudos, trabalho e vida social?

Vamos imaginar a seguinte situação (sem animais ferozes, dessa vez): você vai fazer uma prova para a qual estava estudando há um bom tempo. É completamente aceitável e saudável que você se sinta ansioso. Esse estado até fará com que você não chegue atrasado no local da prova e fique mais focado nas questões.

Porém, se essa ansiedade atinge um elevado grau, com respostas emocionais e físicas exacerbadas, a ponto de não permitir que você faça a prova com medo de um possível fracasso, então é hora de questionar se a sua ansiedade está sendo ou não sua aliada. Essa ansiedade mal

adaptada pode causar sintomas como inquietação, apreensão, angústia, insônia, preocupação excessiva e sofrimento pela antecipação de acontecimentos com desfechos sempre negativos: “Eu tenho certeza de que vou tirar zero nessa prova!”

E não é apenas a saúde mental que fica comprometida. Algumas disfunções orgânicas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença arterial coronariana, fibromialgia, cefaleias etc., podem ter a sua origem associada ou agravada por transtornos de ansiedade.



SAIBA MAIS

Níveis elevados e sustentados de cortisol podem causar várias doenças. O cortisol é considerado um hormônio diabetogênico, isto é, predispõe você a desenvolver o diabetes mellitus. E isso acontece justamente porque tudo o que o cortisol quer é prover o seu corpo com energia para os momentos estressantes, lembra? Então, ele vai ajudar na formação e armazenamento de glicose, além de inibir a ação da insulina, o hormônio responsável por facilitar a entrada da glicose no músculo esquelético e no tecido adiposo. Afinal, uma das missões do cortisol é aumentar a glicose no sangue.

6.1 Tipos de transtornos de ansiedade

Quando falamos transtornos de ansiedade, estamos nos referindo a um termo mais amplo dividido em outros tipos, pois cada transtorno possui características que os diferencia dos demais. Porém, de maneira geral, os indivíduos acometidos por transtornos de ansiedade têm em comum uma elevada percepção de perigo, geralmente antecipatório, associada à sensação de ser incapaz de lidar com a situação.

Entretanto, embora existam diferenças entre as situações ou objetos que disparam o medo e a ansiedade, nada impede que uma pessoa possa ser portadora de mais de um transtorno (por exemplo: ansiedade generalizada e fobia social). Inclusive, é uma associação comum não apenas entre transtornos de ansiedade, mas também entre transtornos de ansiedade e transtornos depressivos.

Uma combinação de fatores, como a própria história evolutiva da espécie humana, a genética e os fatores ambientais, está no cerne da gênese dos transtornos de ansiedade.

MANIFESTALÇÕES PERIFÉRICAS DE ANSIEDADE

Diarreia

Vertigem

Hiperidrose

Reflexos aumentados

Palpitações

Dilatação da pupila

Inquietação (p. ex., machar)

Síncope

Taquicardia

Formigamento das extremidades

Tremores

Perturbação estomacal (“borboletas”)

Frequência, hesitação, urgência urinária

Adaptado do Compêndio de Psiquiatria (2017) Kaplan.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) divide os transtornos de ansiedade da seguinte forma: transtorno de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, transtorno de ansiedade social ou fobia social, transtorno de pânico, agorafobia e transtorno de ansiedade generalizada.

Porém, para os nossos objetivos, o transtorno de ansiedade de separação e o mutismo seletivo não serão detalhados, visto que são transtornos que acometem mais a faixa etária pediátrica. Portanto, não estão inseridos no nosso atual ambiente de atuação laboral.

As edições anteriores do DSM incluíam o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) no capítulo de transtornos de ansiedade. Porém, a edição atual reservou um capítulo para cada um desses transtornos.

Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

“Mas, e se não der certo? Eu acho que não vai dar certo...”

É uma das formas mais comuns de ansiedade patológica. Como o próprio nome sugere, é uma ansiedade geral, sem causa aparente. Algo que viria de “dentro”, não uma resposta ao ambiente. Claro que o ambiente estressa, mas antes que o ambiente venha com o fator estressor, a ansiedade já está lá. O ambiente pode exacerbar ou não.

No TAG você vai apresentar, além do medo, uma preocupação constante e exacerbada com o futuro, diariamente ou quase que diariamente, acreditando que os eventos terão um desfecho negativo.

Mas até que ponto a preocupação é normal? A preocupação faz parte da condição humana. O que vai fazer a diferença entre uma

preocupação normal e a preocupação que indica um TAG é quanto essa preocupação afeta ou não a sua vida.

No TAG, você parece estar sempre preocupado. No geral, sua vida pode até estar indo bem, mas nunca se sabe quando as desgraças vão começar, né? Se alguém que você espera demora e não dá notícias, logo você pensa que aconteceu uma catástrofe.

Você se preocupa com o trabalho, afinal, se você não tiver um desempenho excelente (ser bom não é o suficiente) poderá ser demitido e nunca, jamais, vai encontrar outro trabalho. Toda vez que você adocece, seu maior medo é que o plano de saúde não autorize os exames que você, porventura, venha a precisar.

A lista de coisas que você tem para se preocupar é interminável. Nada em sua vida parece ser tranquilo e seguro, embora você reconheça que as suas previsões apocalípticas nunca aconteceram. E todo esse medo e preocupação tem impacto sobre a sua saúde e o seu bem-estar geral. Infelizmente, muita gente demora a procurar ajuda por achar que essa preocupação faz parte do cotidiano.

Portanto, no TAG, você vive em um futuro que nunca se torna presente. O boleto só vence daqui a um mês, mas você já queria ter pago ontem. Você pode ter receio de casar porque já pensa como será desagradável se tiver que se separar. O ano mal começou, mas você já quer que acabe. Por quê? Você não sabe dizer.

Em geral, você se sente desconfortável durante boa parte do dia. Vários sintomas crônicos e difusos podem se manifestar, como inquietação, irritabilidade, dificuldade de concentração, tensão muscular, dores de cabeça, distúrbios do sono e fadiga. Os sintomas e a intensidade com que se manifestam diferem de uma pessoa para outra.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TAG DE ACORDO COM O DSM-V

A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).

B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.

C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses).

Nota: Apenas um item é exigido para crianças.

1. Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele.
2. Fadigabilidade.
3. Dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente.
4. Irritabilidade.
5. Tensão muscular.
6. Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto).

D. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (uso abusivo de entorpecentes ou medicamentos) ou a outra condição médica (hipertireoidismo).

F. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental, como ansiedade ou preocupação quanto a ter ataques de pânico no transtorno de pânico, avaliação negativa no transtorno de ansiedade social (fobia social), contaminação ou outras obsessões no transtorno obsessivo-compulsivo, separação das figuras de apego no transtorno de ansiedade de separação, lembranças de eventos traumáticos no transtorno de estresse pós-traumático, ganho de peso na anorexia nervosa, queixas físicas no transtorno de sintomas somáticos, percepção de problemas na aparência no transtorno dismórfico corporal, ter uma doença séria no transtorno de ansiedade de doença ou o conteúdo de crenças delirantes na esquizofrenia ou transtorno delirante.

FATORES DE RISCO PARA TAG DE ACORDO COM O DSM-V

TEMPERAMENTAIS. Inibição comportamental, afetividade negativa (neuroticismo) e evitação de danos foram associadas ao transtorno de ansiedade generalizada.

AMBIENTAIS. Embora as adversidades na infância e a superproteção parental tenham sido associadas ao transtorno de ansiedade generalizada, não foram identificados fatores ambientais específicos para o transtorno, necessários ou suficientes para fazer o diagnóstico.

GENÉTICOS E FISIOLÓGICOS. Um terço do risco de experimentar transtorno de ansiedade generalizada é genético. Os fatores genéticos se sobrepõem ao risco de neuroticismo e são compartilhados com outros transtornos de ansiedade e humor, particularmente o transtorno depressivo maior.

Principais características da TAG: preocupação excessiva e persistente, com visão distorcida dos problemas.

Transtorno de Pânico (TP)

“Estou sentindo muita angústia! Acho que vou enlouquecer!”

Entre todos os transtornos de ansiedade, o transtorno do pânico (TP) é, sem dúvida, um dos mais debilitantes, estando entre as dez doenças mais incapacitantes do mundo. Caracteriza-se por avassaladoras e agudas crises de ansiedade, acompanhadas de ataques de pânico, com intensa angústia, sentimento de desgraça iminente e a sensação de que vai morrer ou enlouquecer.

Tudo começa, muitas vezes, sem aviso prévio. Os sintomas são tão graves que a sua vida fica, assim como você, paralisada. Você pode acabar se afastando do trabalho, das suas atividades sociais e recreativas. Você pode ficar tão aterrorizado que prefere nem sair de casa. Afinal,

you do not want to run the risk of suffering a panic attack in an unfamiliar place. As a result of isolation, you can still get stuck in a deep depression.

You try, obstinately, what can be causing all these physical symptoms that you experience during the crises: dizziness, lack of air, chest pain, sweating, sensation of fainting or that you will go crazy. When these symptoms arrive, nothing you can do will not be able to support them. When they go away, you have the sensation of having passed above you, dilacerating not only your body, but also your mind.

What causes panic attacks? Everything happens because the activation of the sympathetic nervous system is extremely pronounced, with a large release of adrenaline into the bloodstream, which justifies all the symptoms of a panic attack. Comparing the intensity of the symptoms of TAG with those of TP, we can say that in TAG the symptoms present themselves as a light or moderate rain, while in TP they appear as a violent storm, with winds capable of demolishing the most robust building.

Remember that the main function of the sympathetic nervous system is to prepare your body to fight or flee. For reasons that are still not fully clarified, your amygdala detected an urgent threat to some stimulus that, for you, can be unconscious.

For this reason it is so common that a large number of people who suffer from TP end up going to the emergency room with the certainty that they are suffering a cardiac arrest or other physical injury that can cause death. It happens that these individuals go through various medical consultations in search of an answer for the physical symptoms that appear during the attack, before having the diagnosis confirmed of TP.

Geralmente, o TP surge em pessoas que já têm tendência ou sofrem de algum outro transtorno mental, tendo uma forte associação com o TAG, a agorafobia e o transtorno depressivo maior.

Um dos principais motivos que torna o TP tão incapacitante é o medo de ter medo, isto é, uma preocupação persistente de sofrer novos ataques. Por isso, você evita sair de casa, com receio de ter um novo ataque e não ter ajuda.

Até a prática de exercícios físicos pode ser motivo de surgimento para um ataque de pânico, pois durante o exercício físico é normal uma respiração ofegante, um aumento dos batimentos cardíacos e da sudorese. Porém, você pode associar esses achados fisiológicos a um ataque de pânico e, de fato, vir a sofrer um!

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TP DE ACORDO COM O DSM-V

A. Ataques de pânico recorrentes e inesperados. Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos. Durante esse ataque, ocorrem quatro (ou mais) dos seguintes sintomas.

Nota: Apenas um item é exigido para crianças.

1. Palpitações, coração acelerado, taquicardia
2. Sudorese
3. Tremores ou abalos
4. Irritabilidade
5. Sensações de asfixia
6. Dor ou desconforto torácico
7. Náusea ou desconforto abdominal.
8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio
9. Calafrios ou ondas de calor
10. Parestesias (anestesia ou sensação de formigamento)
11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despessoalização (sensação de estar distanciado de si mesmo)
12. Medo de perder o controle ou “enlouquecer”
13. Medo de morrer

Nota: Podem ser vistos sintomas específicos da cultura (por exemplo, tinido, dor na nuca, cefaleia, gritos ou choro incontrolável). Esses sintomas não devem contar como um dos quatro sintomas exigidos.

B. Pelo menos um dos ataques foi seguido de um mês (ou mais) de uma ou de ambas as seguintes características:

1. Apreensão ou preocupação persistente acerca de ataques de pânico adicionais ou sobre suas consequências (por exemplo, perder o controle, ter um ataque cardíaco, “enlouquecer”).
2. Uma mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionada aos ataques (por exemplo, comportamentos que têm por finalidade evitar ter ataques de pânico, como a esquiva de exercícios ou situações desconhecidas).

C. A perturbação não é consequência dos efeitos psicológicos de uma substância (droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica (hipertireoidismo, doenças cardiopulmonares).

D. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (os ataques de pânico não ocorrem apenas em resposta a situações sociais temidas, como no transtorno de ansiedade social; em resposta a objetos ou situações fóbicas circunscritas, como na fobia específica; em resposta a obsessões, como no transtorno obsessivo-compulsivo; em resposta à evocação de eventos traumáticos, como no transtorno de estresse pós-traumático; ou em resposta à separação de figuras de apego, como no transtorno de ansiedade de separação).

FATORES DE RISCO PARA O TP DE ACORDO COM O DSM-V

TEMPERAMENTAIS. Afetividade negativa ou neuroticismo (tendência a experimentar emoções negativas) e sensibilidade à ansiedade (disposição a acreditar que os sintomas de ansiedade são prejudiciais) são fatores de risco para o início de ataques de pânico. Histórico de “períodos de medo” (ataques com sintomas limitados que não satisfazem todos os critérios para um ataque de pânico) pode ser um fator de risco para ataques de pânico posteriores.

AMBIENTAIS. Fumar é um fator de risco para ataques de pânico. A maioria dos indivíduos relata estressores identificáveis nos meses anteriores ao seu primeiro ataque de pânico (por exemplo, estressores interpessoais e estressores relacionados a bem-estar físico, como experiências negativas com drogas ilícitas ou de prescrição, doença ou morte na família).

Principais características do TP: forte angústia acompanhada de uma intensa ativação do sistema nervoso simpático e o receio de ter novos ataques de pânico (o medo de ter medo).



SAIBA MAIS

Não se deve confundir ataques de pânico com o transtorno de pânico. Ataques de pânico são episódios agudos e pontuais de reação ao medo que podem ser vistos em outros transtornos mentais, não apenas nos transtornos de ansiedade.

Agorafobia

“Eu não vou conseguir sair daqui e não terá ninguém para me ajudar!”

O termo agorafobia é derivado das palavras gregas *ágora* e *phobos*, que significam “medo de estar em espaços abertos”. Nesse transtorno, você tem um medo ou ansiedade intensos. Isso pode provocar um ataque de pânico ou sensações similares em locais públicos ou onde seja

difícil você obter ajuda, caso venha a sofrer um ataque. São exemplos comuns de lugares agorafóbicos: locais abertos ou fechados, como elevadores, cinemas, ônibus, filas, shows, multidões.

Portanto, frequentar parques, shows, supermercados, agências bancárias (locais com aglomeração) ou até mesmo o seu trabalho podem ser motivo de intenso sofrimento para você.

Por vezes, você desenvolve uma esquivas ativa, isto é, comporta-se de forma intencional para evitar o contato com as situações agorafóbicas. Nas suas formas mais graves, você pode chegar ao ponto de não sair mais de casa ou apenas sair em companhia de alguém em quem confie. Por exemplo: caso você um dia sintasse mal em uma fila de uma lotérica, muito provavelmente você não vai querer repetir essa experiência, criando mil e umas desculpas para evitar a situação.

É agorafobia ou TP? Durante muito tempo, a agorafobia foi considerada uma característica de alguns indivíduos com TP, pois na agorafobia você tem um medo ou ansiedade intensos como no transtorno do pânico, podendo vir a ter os mesmos ataques. Tanto que, nas classificações anteriores do DSM, tínhamos o TP com agorafobia e o TP sem agorafobia.

Porém, diferenças observadas entre a agorafobia e o TP fizeram com que a atual classificação do DSM-V separasse essas duas condições. A principal diferença é que muitas pessoas com agorafobia nunca tiveram, de fato, um ataque de pânico, sendo a sua característica essencial o medo ou a ansiedade intensa causada pela exposição, real ou prevista, a uma situação determinada. No transtorno do pânico, os ataques de pânico, como vimos, podem ocorrer de forma espontânea, inclusive durante o sono.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO DSM-V PARA AGORAFOBIA

A. Medo ou ansiedade marcantes acerca de duas (ou mais) das cinco situações seguintes:

1. Uso de transporte público (automóveis, ônibus, trens, navios, aviões)
2. Permanecer em espaços abertos (áreas de estacionamento, mercados, pontes)
3. Permanecer em locais fechados (lojas, teatros, cinemas)
4. Permanecer em uma fila ou ficar em meio a uma multidão
5. Sair de casa sozinho

B. O indivíduo tem medo ou evita essas situações devido a pensamentos de que pode ser difícil escapar ou de que o auxílio pode não estar disponível no caso de desenvolver pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores (medo de cair nos idosos; medo de incontinência).

C. As situações agorafóbicas quase sempre provocam medo ou ansiedade.

D. As situações agorafóbicas são ativamente evitadas, requerem a presença de uma companhia ou são suportadas com intenso medo ou ansiedade.

E. O medo ou ansiedade são desproporcionais ao perigo real apresentado pelas situações agorafóbicas e ao contexto sociocultural.

F. O medo, a ansiedade ou a esquiva são persistentes, geralmente durando mais de seis meses.

G. O medo, a ansiedade ou a esquiva causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

H. Se outra condição médica (doença inflamatória intestinal, doença de Parkinson) está presente, o medo, a ansiedade ou a esquiva são claramente excessivos.

I. O medo, a ansiedade ou a esquiva não são mais bem explicados pelos sintomas de outro transtorno mental – por exemplo, os sintomas não estão restritos à fobia específica, tipo situacional. Não envolvem apenas situações sociais (como no transtorno de ansiedade social) e não estão relacionados exclusivamente a obsessões (como no transtorno obsessivo-compulsivo), percepção de defeitos ou falhas na aparência física (como no transtorno dismórfico corporal) ou medo de separação (como no transtorno de ansiedade de separação).

Nota: A agorafobia é diagnosticada independentemente da presença de transtorno de pânico. Se a apresentação de um indivíduo satisfaz os critérios para transtorno de pânico e agorafobia, os dois diagnósticos devem ser dados.

FATORES DE RISCO PARA AGORAFOBIA DE ACORDO COM O DSM-V

TEMPERAMENTAIS. Inibição comportamental e disposição neurótica (afetividade negativa ou neuroticismo e sensibilidade à ansiedade) estão intimamente associadas à agorafobia, mas são relevantes para a maioria dos transtornos de ansiedade (transtornos fóbicos, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada). A sensibilidade à ansiedade (a disposição a acreditar que os sintomas de ansiedade são prejudiciais) também é característica de indivíduos com agorafobia.

AMBIENTAIS. Eventos negativos na infância (separação, morte de um dos pais) e outros eventos estressantes, como ser atacado ou assaltado, estão associados ao início de agorafobia. Além disso, indivíduos com agorafobia descrevem o clima familiar e a criação dos seus filhos como caracterizados por afeto reduzido e superproteção.

GENÉTICOS E FISIOLÓGICOS. A herdabilidade para agorafobia é de 61%. Das várias fobias, a agorafobia é a que tem associação mais forte e mais específica com o fator genético que representa a predisposição a fobias.

Principais características da agorafobia: medo de se expor em lugares que possam desencadear em você crises de pânico e não ter ninguém que possa lhe ajudar e/ou que seja difícil você sair.

Fobia Específica

“Tenho pavor de galinhas! Os olhos delas ficam de lado! Isso não é normal!”

A fobia específica, como o próprio nome sugere, é um medo exagerado e desproporcional a um determinado animal ou objeto (insetos, balões) ou situação (lugares fechados). Você pode ter um ataque de pânico ao ser exposto ao fator desencadeante ou até mesmo a expectativa de exposição já o deixa com sintomas ansiosos desconfortáveis.

Inclusive, é bom esclarecer que os ataques de pânico na fobia específica diferem dos ataques de pânico do TP quanto a sua causa: enquanto no TP eles podem surgir sem um motivo específico, no caso da fobia específica o ataque tem um fator desencadeador bem definido, ou seja, o objeto ou situação fóbica.

Algumas das fobias mais comuns estão relacionadas a: sangue, agulhas, insetos, cobras, água, tempestades, raios, lugares fechados ou abertos, altura, transporte público, viajar de carro ou de avião.

Quando a fobia é de cobra, até que a sua vida não será tão afetada, afinal, você não tem que conviver constantemente com esse bicho - a menos que você seja um biólogo que adora adentrar em matas - mas, quando a fobia é direcionada para eventos que estão mais presentes no seu cotidiano, então, haverá um comprometimento na sua qualidade de vida.

Em geral, você sabe que o seu medo é irracional, porém, não consegue controlar, optando por evitar a situação ou o objeto fóbico, o que pode limitar a sua vida pessoal e/ou profissional. Já pensou se você tivesse fobia de viajar de avião e sua profissão exigisse que você fizesse isso com frequência? Certamente, causaria muito sofrimento.

O interessante a ser destacado é que você não é necessariamente uma pessoa medrosa. Você pode escalar montanhas e até afagar ratos; porém, pode sentir tanto pavor de baratas que quando se deparar com uma na cozinha, vai achar que está diante do Godzilla.

É importante enfatizar que uma pessoa pode ter mais de uma fobia específica, inclusive, é comum que um mesmo indivíduo tema mais de um objeto ou situação fóbica. Por exemplo: hematofobia (medo de sangue) e entomofobia (medo de insetos).

Medo ou fobia? Sentir medo, como você já sabe, é saudável e necessário para lhe proteger e torná-lo mais prudente, afinal, você não vai sair por aí descendo penhascos sem equipamentos de proteção ou fazendo carinho na cabeça de uma cobra jararaca.

Porém, como sempre enfatizamos: a partir do momento que aquela emoção está prejudicando a sua vida de alguma forma e causando sofrimento, então, torna-se uma condição patológica.

A fobia é um medo, mas um medo extremamente exagerado e desproporcional à situação. O medo tem um limite. A fobia ultrapassa esse limite.

Por exemplo: é natural que você não se sinta confortável em elevadores, mas se esse desconforto chega ao ponto em que você prefere subir de escadas até o décimo andar ao invés de ir ao elevador, então - ao menos que você adore praticar exercícios físicos subindo escadas - esse “desconforto” já não é saudável. Já pode ser uma fobia.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO DSM-V PARA FOBIA ESPECÍFICA

A. Medo ou ansiedade acentuados acerca de um objeto ou situação (p. ex., voar, alturas, animais, tomar uma injeção, ver sangue).

Nota: Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso por choro, ataques de raiva, imobilidade ou comportamento de agarrar-se.

B. O objeto ou situação fóbica quase invariavelmente provoca uma resposta imediata de medo ou ansiedade.

C. O objeto ou situação fóbica é ativamente evitado ou suportado com intensa ansiedade ou sofrimento.

D. O medo ou ansiedade é desproporcional em relação ao perigo real imposto pelo objeto ou situação específica e ao contexto sociocultural.

E. O medo, ansiedade ou esquia é persistente, geralmente com duração mínima de seis meses.

F. O medo, ansiedade ou esquia causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo

G. A perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental, incluindo medo, ansiedade e esquia de situações associadas a sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes (como na agorafobia); objetos ou situações relacionados a obsessões (como no transtorno obsessivo-compulsivo); evocação de eventos traumáticos (como no transtorno de estresse pós-traumático); separação de casa ou de figuras de apego (como no transtorno de ansiedade de separação); ou situações sociais (como no transtorno de ansiedade social).

FATORES DE RISCO PARA A FOBIA ESPECÍFICA DE ACORDO COM O DSM-V

TEMPERAMENTAIS. Os fatores de risco temperamentais para fobia específica, como afetividade negativa (neuroticismo) ou inibição comportamental, também são fatores de risco para outros transtornos de ansiedade.

AMBIENTAIS. Os fatores de risco ambientais para fobias específicas, como superproteção, perda e separação parentais e abuso físico e sexual, também tendem a prever outros transtornos de ansiedade. Conforme observado anteriormente, encontros negativos ou traumáticos com o objeto ou situação temidos ocasionalmente (mas nem sempre) precedem o desenvolvimento de fobia específica.

GENÉTICOS E FISIOLÓGICOS. Pode haver suscetibilidade genética para certa categoria de fobia específica (p. ex., um indivíduo com um parente de primeiro grau

com uma fobia específica de animais tem probabilidade significativamente maior de ter a mesma fobia específica do que qualquer outra categoria de fobia). Indivíduos com fobia de sangue-injeção-ferimentos apresentam propensão peculiar à síncope vasovagal (desmaio) na presença de estímulos fóbicos.

Características principais: medo exagerado que tem como causa um objeto ou situação específica e que pode precipitar em ataques de pânico.



SAIBA MAIS

Apenas as fobias mais comuns são comentadas, como o medo de avião, de cobras, de aranhas etc. Porém, vale lembrar que existem muitas outras fobias, algumas bastante exóticas, como a ambulofobia (medo de andar) e outras nem tanto, como a alectorofobia (medo de galinhas).

Transtorno de Ansiedade Social (TAS) ou Fobia Social

“mas, o que será que vão pensar de mim?”

Imagine que você se preocupa demais com o que pensam de você. E que, quando você chega em qualquer evento, pode virar o centro das atenções, mas não de uma forma positiva; pelo contrário, todos estão notando como você é desajeitado e sem atrativos, inclusive, esperam ansiosamente pelo momento em que você vai tropeçar e esbarrar na mesa de doces, com todas as guloseimas indo ao chão. As crianças, vão adorar. Você, sentindo-se a escória do mundo, não.

No TAS é assim que as coisas acontecem: é uma espécie de medo que tem mais a ver com o modo como você pensa que os outros o percebem e o avaliam. O grande medo é de ser exposto à observação por outras pessoas e por isso você passa a evitar situações sociais.

A ideia de ser confrontado com tais situações desencadeia a ansiedade antecipatória, ou seja, ainda falta um mês para o evento e você já está sofrendo com isso, pensando as piores coisas: que todos vão achar que os seus assuntos são sem noção, que o salto do seu sapato vai quebrar ou o seu brinco vai enroscar no seu cabelo a ponto de alguém ter que ir buscar uma tesoura para cortar suas madeixas.

Existe, no TAS, uma autoavaliação negativa exagerada. Você se considera indigno e sem capacidade de interagir com os demais. Desenvolve uma exacerbada preocupação com o julgamento dos outros, sempre acreditando que estes estão apenas esperando o momento em que você vai cometer um deslize para eles, enfim, lhe humilharem.

Sintomas físicos, como ficar vermelho, suar muito, gaguejar, ficar enojado, com urgência de urinar, tremores ou até mesmo um ataque de pânico podem acontecer, decorrentes do medo ou ansiedade exagerada.

Algumas das situações mais temidas são: comer, beber e/ou falar em público, conversar com estranhos, festas, reuniões, frequentar banheiros públicos, assinar documentos na frente de outras pessoas, falar ao telefone, fazer exercício físico em uma academia. Em todas essas ocasiões, você terá um medo muito grande da opinião dos outros ou de ser criticado.

Timidez ou TAS? Sentir vergonha e uma certa ansiedade quando você conhece alguém ou vai em uma festa que tem um monte de gente desconhecida ou tem que fazer uma apresentação em público, isso é totalmente normal. Mas qual o limite entre timidez e TAS?

A timidez não acarreta tanto sofrimento para a sua vida. Mesmo sendo tímido, você tem amigos, apresenta um seminário, vai a entrevistas de emprego e, principalmente, sua autoestima não é péssima e você consegue vislumbrar o lado positivo nas suas interações sociais.

No TAS, o mal-estar é intenso diante das situações fóbicas. Por mais que você tente se controlar, a fobia é invasiva. E isso acaba afetando sua vida pessoal e profissional. Depois de uma festa, por exemplo, você ficará lembrando os momentos em que você falou e/ou comportou-se como um idiota, mesmo que esses momentos nunca tenham existido de fato. Você distorce os acontecimentos para alcançar seus objetivos, ou seja, na festa não aconteceu nada de positivo, mesmo que você tenha recebido elogios (para você, era sarcasmo).

Você pode acabar abusando de bebidas alcoólicas ou outras drogas na tentativa de conseguir interagir com as pessoas e suportar as situações. Por isso, é comum uma pessoa com TAS, ao chegar a uma festa, pedir logo uma bebida para ficar relaxado. Por vezes, acontece de você recusar um emprego por saber que, naquele emprego, vai ser preciso que você se comunique demais.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO DSM-V PARA TAS OU FOBIA SOCIAL

A. Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. Exemplos incluem interações sociais (p. ex., manter uma conversa, encontrar pessoas que não são familiares), ser observado (p. ex., comendo ou bebendo) e situações de desempenho diante de outros (p. ex., proferir palestras). Nota: Em crianças, a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvem seus pares, e não apenas em interações com adultos.

- B.** O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente (i.e., será humilhante ou constrangedor; provocará a rejeição ou ofenderá a outros).
- C.** As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade. Nota: Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso chorando, com ataques de raiva, imobilidade, comportamento de agarrar-se, encolhendo-se ou fracassando em falar em situações sociais.
- D.** As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade.
- E.** O medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social e o contexto sociocultural.
- F.** O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses.
- G.** O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- H.** O medo, ansiedade ou esquiva não é consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou de outra condição médica).
- I.** O medo, ansiedade ou esquiva não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental, como transtorno de pânico, transtorno dismórfico corporal ou transtorno do espectro autista.
- J.** Se outra condição médica (p. ex., doença de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimaduras ou ferimentos) está presente, o medo, ansiedade ou esquiva é claramente não relacionado ou é excessivo.

FATORES DE RISCO PARA O TAS OU FOBIA SOCIAL DE ACORDO COM O DSM-V

TEMPERAMENTAIS. Os traços subjacentes que predisõem os indivíduos ao transtorno de ansiedade social incluem inibição comportamental e medo de avaliação negativa.

AMBIENTAIS. Não existe um papel causal dos maus-tratos na infância ou outra adversidade psicossocial com início precoce no desenvolvimento do transtorno de ansiedade social. Contudo, maus-tratos e adversidades na infância são fatores de risco para o transtorno.

GENÉTICOS E FISIOLÓGICOS. Os traços que predisõem os indivíduos ao transtorno de ansiedade social, como inibição comportamental, são fortemente influenciados pela genética. Essa influência está sujeita à interação gene-ambiente; ou seja, crianças com alta inibição comportamental são mais suscetíveis às influências ambientais, tais como um modelo socialmente ansioso por parte dos pais. Além disso, o transtorno de ansiedade social pode ser herdado. Parentes de primeiro grau têm uma chance 2 a 6 vezes maior de ter o transtorno, e a propensão a ele envolve a interação de fatores específicos (p. ex., medo de avaliação negativa) e fatores genéticos não específicos (p. ex., neuroticismo).

Características principais: medo ou ansiedade intensa ao ser exposto a situações em que imagina ser alvo da observação e julgamento de outras pessoas.

6.2. Transtornos de Ansiedade em decorrência do uso de substâncias/medicamentos ou outras condições orgânicas.

Que os transtornos de ansiedade contribuem para o surgimento de várias doenças físicas como hipertensão, diabetes, gastrite nervosa, alergias etc., você não tem dúvida; porém, existem algumas doenças e medicações/substâncias, que mimetizam uma crise ansiosa, o que pode levar você ou até mesmo um profissional de saúde mental a acreditar que se trata de um transtorno de ansiedade.

Essas causas são tão relevantes que o DSM-V dedica uma seção a elas, enfatizando a importância de o profissional de saúde mental descartar doenças orgânicas e/ou uso de medicamentos/substâncias que podem

simular uma síndrome ansiosa, antes de confirmar o diagnóstico de um transtorno de ansiedade.

Vamos entender melhor com este exemplo: imagine que você (sim, você é o personagem principal desse e-book!) há pouco mais de um mês começou a apresentar os seguintes sintomas: insônia, irritabilidade, tensão, palpitação, aumento da frequência respiratória e sudorese. Sintomas bem típicos de ansiedade. Então, você, que até pouco tempo era um mar de serenidade, resolve procurar um especialista para descobrir os motivos da sua repentina mudança.

Durante a consulta, você relata ao especialista que os sintomas começaram há pouco mais de um mês, que você e ninguém na sua família fez ou faz tratamento psiquiátrico e nenhuma mudança significativa aconteceu na sua vida nos últimos meses. Enfim, sua rotina não tem nenhum grande estresse.

O especialista solicita, então, que você faça vários exames. Um check-up geral. E, quando você retorna com o calhamaço de resultados e os apresenta, ele lhe dá o diagnóstico: hipertireoidismo. Isso mesmo, sua glândula tireoide está hiperativada e lançando na sua corrente sanguínea elevadas quantidades dos hormônios T3 e T4. Está explicado, então, a insônia, a taquicardia, a sudorese, a irritabilidade, a tensão, o aumento da frequência respiratória. Esses sintomas também são típicos do hipertireoidismo!

Isso acontece também com várias enfermidades, medicamentos ou substâncias que mimetizam a ação do sistema nervoso simpático, abrangendo patologias que vão desde um tumor na glândula suprarrenal, como o feocromocitoma, que promove grande liberação de adrenalina, até o uso de substâncias que contém muita cafeína, como os energéticos.

Como exemplos de medicações temos os corticoides, os antiparkinsonianos e os anti-hipertensivos e, como exemplos de substâncias, podemos citar o chumbo e drogas de abuso como cocaína, heroína, álcool, maconha e alucinógenos.

Também é comum na tensão pré-menstrual (a amiga TPM) e no período de puerpério, onde existe irritabilidade e humor inconstante, assim como em grandes cirurgias cardíacas.

Deve-se sempre desconfiar da ansiedade de origem orgânica ou medicamentosa e/ou por substâncias quando:

- O surgimento dos sintomas acontece de maneira repentina em pessoas que não têm histórico pessoal e familiar de transtorno mental.
- Sem nenhuma mudança significativa na sua vida: divórcio, luto, conflitos familiares etc.
- Se possui doença orgânica ou faz uso de medicação ou substância que possam mimetizar a ação do sistema nervoso simpático.

Geralmente, no caso da ansiedade de origem orgânica, você apresenta apenas os sintomas físicos de uma crise ansiosa, não tendo alterações do comportamento, como evitar situações estressoras; ou do pensamento, como preocupação excessiva ou pensamentos angustiantes.

PRINCIPAIS DOENÇAS QUE CAUSAM A SÍNDROME DA ANSIEDADE ORGÂNICA

Hipertireoidismo hipotireoidismo, esclerose múltipla, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), acidente vascular encefálico (AVE), síndrome do ovário policístico (SOP), doença coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, doenças cardiovasculares, diabetes.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE DEVIDO A OUTRA CONDIÇÃO MÉDICA DE ACORDO COM O DSM-V

- A.** Ataques de pânico ou ansiedade predominam no quadro clínico.
- B.** Existem evidências, a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais, de que a perturbação é a consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.
- C.** A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental.
- D.** A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de delirium.
- E.** A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

PRINCIPAIS SUBSTÂNCIAS QUE CAUSAM A SÍNDROME DA ANSIEDADE ORGÂNICA

Álcool, cafeína, cannabis, fenciclidina, alucinógeno, inalante, opioide, sedativo, hipnótico, ansiolítico, anfetamina (ou outro estimulante), cocaína.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE DEVIDO A SUBSTÂNCIA/MEDICAMENTO DE ACORDO COM O DSM-V

- A.** Ataques de pânico ou ansiedade proeminente predominam no quadro clínico.
- B.** Existem evidências, a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais, de (1) ou (2):
 - 1.** Os sintomas no Critério A desenvolveram-se durante ou logo após a intoxicação ou abstinência de substância ou após exposição a um medicamento.
 - 2.** A substância/medicamento envolvida é capaz de produzir os sintomas no Critério A.

C. A perturbação não é mais bem explicada por um transtorno de ansiedade não induzido por substância/medicamentos. As evidências de um transtorno de ansiedade independente podem incluir:

Os sintomas precedem o início do uso da substância/medicamento; os sintomas persistem por um período substancial (por exemplo, cerca de um mês) após a cessação da abstinência aguda ou intoxicação grave; ou existem evidências sugerindo a existência de um transtorno de ansiedade independente, não induzido por substância/medicamento (p. ex., história de episódios recorrentes não relacionados a substância/medicamento).

D. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de delirium.

E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.



SAIBA MAIS

O feocromocitoma é um tumor, na maioria das vezes benigno, que se origina nas células das glândulas suprarrenais, o que provoca uma grande produção de catecolaminas, como a adrenalina e noradrenalina. Então, como consequência disso, um dos sinais mais notáveis dessa condição é uma forte hipertensão arterial que pode ser acompanhada dos outros sinais associados à situação de luta e/ou fuga, como taquicardia, dor no peito, dispneia, pele fria, sudorese, sensação de colapso iminente. Quando esses sintomas aparecem de forma acentuada, eles podem ser confundidos com um ataque de pânico.

7. Tratamentos

Geralmente, as estratégias de tratamento dos transtornos de ansiedade giram em torno de três eixos principais, que se complementam: mudanças no estilo de vida, psicoterapia e medicamentos.

Para desmistificar um pouco o preconceito em torno dos tratamentos dos transtornos mentais, vamos fazer a seguinte comparação: imagine que você descobriu recentemente que é diabético. Seus níveis de glicose e de triglicérides no sangue estão altíssimos. Seu médico lhe diz: “você vai precisar fazer uso de medicação, mas também mudar os hábitos alimentares e sair do sedentarismo. Só a medicação, não faz milagre não.”

De uma hora para outra, você tem que acordar mais cedo para fazer alguma atividade física, comer mais salada verde e abolir guloseimas da sua vida. E, como se não bastasse isso, ainda tem que lembrar de tomar todo dia um comprimido que está lhe deixando cheio de gases que insistem em escapar do seu intestino em momentos inapropriados.

Pois é, você tem dificuldades em se adaptar à nova rotina. Vamos ser realistas: mudar hábitos e crenças não é nada fácil. Aliás, para muitos é até impossível sem a ajuda de um especialista. Não são raros os momentos em que os seus pensamentos lhe sabotam sussurrando “só um docinho não vai fazer mal” ou “veja, tem uma nuvem no céu, melhor não caminhar hoje.”

Quando você retorna ao seu médico e o relata sobre as dificuldades que está tendo em mudar seu estilo de vida e não comer mais açai dia sim dia não, ele lhe aconselha algo que pode melhorar a forma como você se relaciona com a comida e ajudar na sua adaptação ao seu novo estilo de vida. Ele lhe aconselha a fazer terapia.

Agora, vamos imaginar outra situação: há uns seis meses você está se sentindo angustiado e impaciente. Não está conseguindo dormir

bem porque passa quase toda a noite planejando o que terá que fazer no dia seguinte. No outro dia, sempre acorda com dor de cabeça e extremamente cansado. Muitas vezes, sente taquicardia e uma leve falta de ar. Então, você resolve ir a um médico, ele lhe solicita alguns exames e os resultados são excelentes. Porém, ele lhe indica um psiquiatra.

No psiquiatra, após você o relatar o que vem sentindo nos últimos seis meses, ele lhe dá o seguinte diagnóstico: TAG. E então, ele prescreve para você uma medicação de baixa dosagem para ver a sua adaptação, mas aconselha você a praticar exercícios físicos e a fazer terapia. Só a medicação, não faz milagre não.

Portanto, o tratamento para os transtornos de ansiedade ocorre de maneira similar, pois se para um diabético manter a doença sob controle é necessário que ele mude os seus hábitos de vida, comportamentais e tome as medicações, para o ansioso, não é muito diferente não.

7.1. Então, vamos nos mexer?

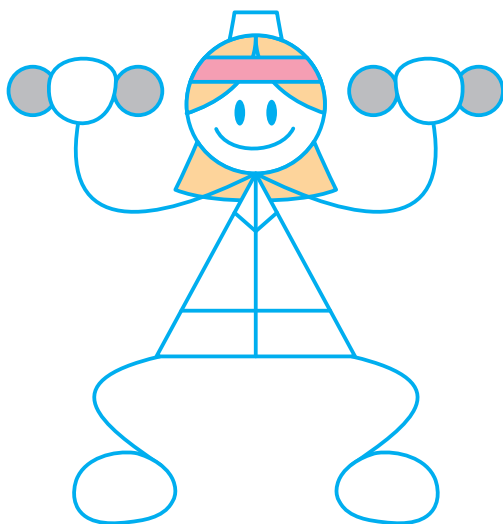
Veja bem, o seu parente da pré-história tinha como principal preocupação sobreviver: lutando e/ou fugindo. A vida não era moleza, pois cada refeição exigia dele um dispêndio de energia - não havia motoboy para fazer entrega de costelinhas de Brontossauro na porta da sua caverna - portanto, ele já praticava como forma de sobrevivência uma série de exercícios físicos naturais.

Soma-se a isso também o fato de ele não ter a tão sonhada “casa própria”. Exatamente, naquela época não havia casas populares, condomínios e nem financiamento. E a consequência disso? Seu parente e a prole viviam como nômades, caminhando léguas até encontrarem um lugar que, temporariamente, os provesse de alimento e abrigo. Depois, era partir adiante.

Mas, saiba, nos intervalos entre as caçadas e, apesar de estar alerta aos perigosos, esse ancestral conseguia relaxar sim, descansando e guardando energia para a próxima empreitada. Podemos dizer que ele se sentia recompensado depois de tanto esforço.

Portanto, você pode ter certeza de duas coisas: a primeira é que o corpo humano foi projetado para se movimentar (pode parecer óbvio, mas tem gente que esquece disso) e a segunda é que a prática regular de exercícios físicos faz bem não apenas para a sua saúde física, mas também para a sua saúde mental.

Sabe-se que qualquer transtorno mental pode se beneficiar da prática regular de atividade física, mas os transtornos de ansiedade parecem ser os que apresentam um resultado mais positivo, principalmente se aliado com as outras formas de tratamento.



Os benefícios do exercício físico são explicados fisiologicamente: ocorrem alterações químicas e estruturais no encéfalo, como a regulação de neurotransmissores como a noradrenalina, dopamina e serotonina no sistema límbico. Além disso, a hipófise libera durante o exercício físico, um opioide natural, a beta endorfina, que é responsável pela sensação de bem-estar.

Então, já é um fato comprovado: a prática de atividade física regular em conjunto com outros métodos terapêuticos é um recurso bastante viável para a promoção e prevenção dos transtornos de ansiedade.

Lembre-se: você pode até ter nos seus genes o medo inato, herdado dos seus ancestrais, mas você também herdou deles os genes “preciso me mexer”. Basta despertá-los e, para isso, é necessário sair, literalmente, do lugar.



SAIBA MAIS

Percebeu como o seu corpo procura sempre o equilíbrio? A hipófise, nos momentos de medo, estimula a liberação de cortisol (você precisa sobreviver) e, no exercício físico, libera endorfinas (nem tudo são dores).

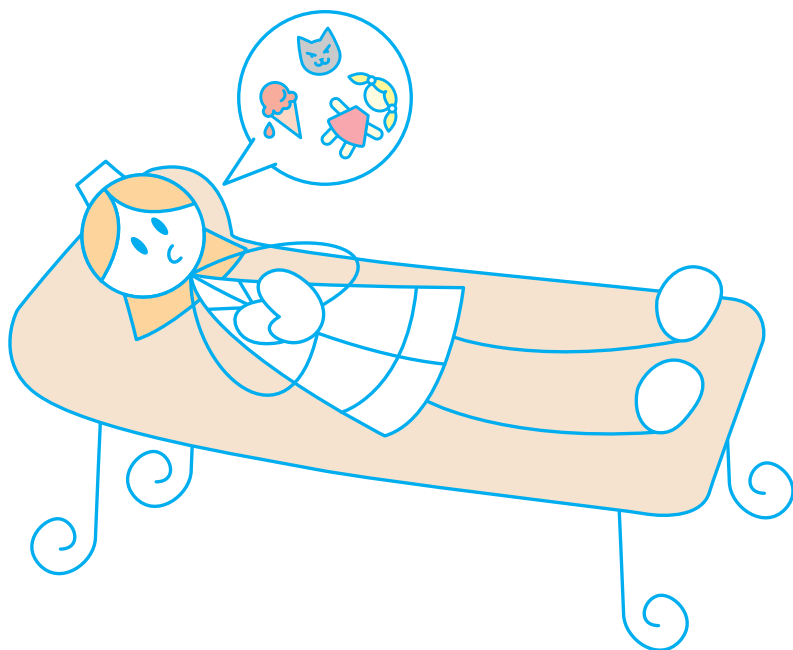
7.2. Vamos conversar sobre isso...

Existem vários tipos de terapias, que os psicólogos chamam de abordagens terapêuticas, cada uma tendo seus benefícios de acordo com as necessidades da pessoa; porém, a mais estudada e que mostra excelentes resultados para o tratamento de transtornos de ansiedade é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

Esse nome que a princípio pode parecer um pouco complicado, na verdade é bem simples de ser entendido: cognitivo tem a ver com o pensamento e comportamental com o comportamento. E essa é a premissa básica da TCC: a de que a forma que você interpreta os fatos interferem na forma como você pensa e, conseqüentemente, na forma como você se comporta. Ou seja, os seus pensamentos influenciam tanto como você se sente emocionalmente como fisicamente.

De acordo com a TCC, você se relaciona com o mundo baseado nas experiências passadas que você teve. Tudo o que você aprendeu e viveu de positivo ou negativo ajudou no desenvolvimento de suas crenças.

Essas crenças são formadas nas primeiras experiências e depois são fortalecidas conforme você vai tendo experiências que se relacionam com as experiências anteriores. Por exemplo, se você cresceu acreditando que é



incompetente e incapaz, com certeza, como um processo normal da vida, você viverá situações que se relacionam com essa crença.

Então, digamos que você tem essa crença de que é incompetente, faz uma prova na faculdade e tira um oito. A média é sete, você obteve a nota necessária, mesmo assim você acha que não se saiu melhor porque não teve capacidade ou só conseguiu passar porque a prova estava muito fácil.

Na TCC, o profissional terapeuta auxilia você a identificar e conhecer esses pensamentos disfuncionais que alimentam tal crença e, assim, você pode utilizar esse conhecimento para lidar melhor com as dificuldades, policiando esses pensamentos.

Os seus comportamentos também são questionados antes da sua execução porque você passa a analisar melhor a situação e ponderar: “calma aí, talvez eu não precise agir assim.” E isso tudo acontece porque você começa a entender que os seus pensamentos não são a realidade e sim, apenas conjecturas, ideias.

Porém, alguns pensamentos podem ser verdade e não existe, portanto, respostas que as contrariam. Nesse caso, a TCC vai lhe ajudar a aceitar essa realidade e a seguir com a sua vida. Afinal, nem todo mundo possui habilidade para cantar, dançar, pilotar avião ou cozinhar. E você passa a entender que, assim como cem por cento das pessoas têm algumas limitações, você também tem.



SAIBA MAIS

Em sua base, a TCC explica que o que realmente lhe afeta emocionalmente não são os acontecimentos e os eventos da sua vida, mas sim, a maneira como você os interpreta.

7.3. E os medicamentos também podem dar uma ajudinha!

A ansiedade tem causas multifatoriais e não deve ser encarada apenas como uma questão emocional subjetiva ou apenas um desajuste do pensamento. Trata-se de um transtorno fisiológico, como qualquer outra doença biológica e, em alguns casos e fases da doença, as medicações são necessárias.

Nos transtornos de ansiedade podemos dizer, de forma simplista, que ocorre um desequilíbrio na comunicação entre o sistema racional, localizado principalmente no córtex pré-frontal; e o sistema emocional, o límbico. O racional diminui a capacidade de analisar de forma mais coerente os riscos e o emocional responde de forma desproporcional.

Os principais neurotransmissores envolvidos nos transtornos da ansiedade são a noradrenalina, a serotonina e o GABA, tanto que a grande maioria das medicações agem nas vias de sinalização desses neurotransmissores.

A farmacoterapia muitas vezes é necessária, principalmente na fase aguda, para ajudar você a conseguir uma estabilização emocional que o torne mais receptivo até para outras formas de tratamento, como a psicoterapia. Por isso que enfatizamos a importância da combinação benéfica dos tratamentos.

Essas medicações, chamadas de ansiolíticas, reduzem a ansiedade e atuam alterando a transmissão sináptica química no encéfalo. As principais classes farmacológicas usadas no tratamento dos transtornos de ansiedade são os benzodiazepínicos, os famosos medicamentos tarja preta, e os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS).

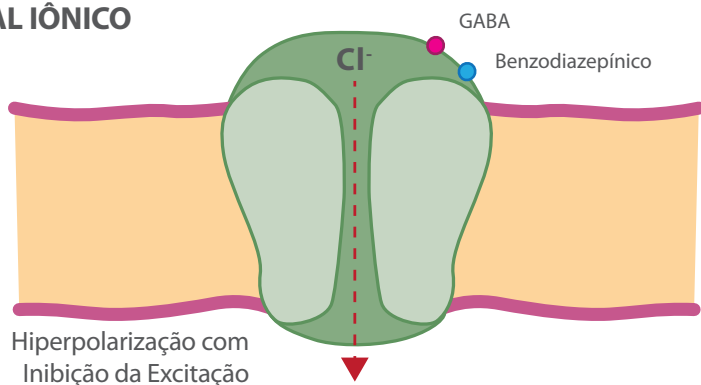
Benzodiazepínicos: o GABA me acalma!

Quando a amígdala está disfuncional, ela passa a disparar excessivamente, estimulando muito o hipotálamo que, por sua vez, também fica muito excitado e começa a disparar freneticamente para a hipófise que enviará esse impulso até as suprarrenais. Estas, então, despejam intensamente na sua corrente sanguínea corticosteroides e adrenalina. E você começa a sentir todas aquelas alterações características de uma crise de ansiedade.

Como você já viu em capítulos anteriores, o GABA é o principal neurotransmissor inibitório do encéfalo, ou seja, ele age na redução da atividade de muitos neurônios, pois diversos neurônios possuem receptores para o GABA, como os da amígdala. Então, a função dele é, literalmente, acalmar a situação!

O GABA exerce seus efeitos ansiolíticos quando atua nos seus receptores de canais iônicos. Ao ligar-se no receptor, o GABA ativa o canal, que se abre e permite a entrada do íon Cl^- . Com isso, o interior da célula fica hiperpolarizado, o que dificulta a transmissão do impulso nervoso.

CANAL IÔNICO



Os benzodiazepínicos são medicações que dão uma “ajudinha” ao GABA, intensificando as ações ansiolíticas dele na amígdala e no córtex pré-frontal. Eles trabalham juntos aumentando a frequência de abertura dos canais permitindo que mais Cl⁻ entre no neurônio, dando uma “freada” nesses disparos excessivos.

Usamos o termo “ajudinha” porque os benzodiazepínicos não conseguem agir sozinhos: para eles atuarem nos receptores do GABA é necessário que o GABA também esteja ligado ao seu receptor. Desta forma, com o GABA e os benzodiazepínicos ligados no mesmo receptor, a inibição dos impulsos nervosos são mais acentuadas.

Os benzodiazepínicos são extremamente eficazes no tratamento da ansiedade aguda, pois agem de forma rápida e isso é muito útil, principalmente nas crises e ataques de pânico.

Porém, devido justamente ao seu mecanismo de ação, os benzodiazepínicos possuem um elevado potencial de causar dependência e tolerância. Por isso, a Associação Brasileira de Psiquiatria e a Associação Brasileira de Neurologia, recomendam em suas diretrizes, cautela na prescrição dessas medicações e que o seu uso não ultrapasse oito semanas.

A dependência se caracteriza pela necessidade do organismo em consumir a substância, ou seja, quando fica sem a medicação você pode ter uma crise de abstinência, com sintomas que são o oposto do efeito da medicação: ansiedade, agitação, nervosismo e insônia.

Já a tolerância se refere a necessidade cada vez maior de aumentar a dose do medicamento para atingir o mesmo efeito desejado, ou seja, se antes para você era suficiente uma dose de 10 mg para lhe deixar calmo e sereno, com o passar do tempo, os seus neurônios vão se adaptando,

ficando menos sensíveis a esse estímulo de 10 mg e passam a não responder mais da mesma forma, sendo necessário ajustes cada vez maiores das doses.

E como esse fenômeno de tolerância acontece? Bom, o seu encéfalo busca sempre o equilíbrio e não gosta de mudanças radicais. Quando ele percebe que tem muita substância querendo inibi-lo, um dos mecanismos que ele utiliza para evitar isso é diminuindo o número de receptores GABA no neurônio. Isso mesmo: digamos que no início havia no neurônio 100 receptores para o GABA e os benzodiazepínicos se ligarem à vontade; porém, com o passar do tempo, o neurônio pode decidir desativar 50 receptores. Assim, com a queda do número de receptores pela metade, tem-se a necessidade de aumentar a dose para obter o mesmo efeito.

Entretanto, apesar desses problemas, o benzodiazepínico é recomendado e útil em situações pontuais e de curto prazo, inclusive como apoio para diminuir os sintomas desagradáveis enquanto a psicoterapia ou os ISRS começam a fazer efeito, pois eles possuem ação rápida.

Portanto, eles não devem ser temidos, mas sim, usados de forma racional e transitória, sempre com a indicação e o acompanhamento de um especialista.

Os benzodiazepínicos só podem ser vendidos com a retenção da receita, que no caso é a azul. São exemplos dessa classe:

- Diazepam
- Clonazepam (Rivotril)
- Alprazolam (Frontal)
- Lorazepam
- Bromazepam (Lexotan)

Os principais efeitos colaterais do benzodiazepínicos são:

- Diminuição da atividade psicomotora.
- Prejuízo da memória.
- Tontura e zumbidos.
- Déficit de atenção.
- Dependência e tolerância.



SAIBA MAIS

O etanol, assim como o benzodiazepínico, também potencializa a ação do GABA, ligando-se em um outro sítio do receptor. Por isso que é contraindicado tomar bebida alcoólica enquanto estiver fazendo uso de benzodiazepínico, pois pode ocorrer uma sedação excessiva e, em casos mais graves, uma parada respiratória.

Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS): a Serotonina me anima!

Os ISRS foram classificados inicialmente apenas como antidepressivos; porém, como muitas vias da depressão e da ansiedade são compartilhadas, logo se percebeu a eficácia deles não apenas na regulação do humor, mas também da ansiedade.

Esses medicamentos, ao contrário dos benzodiazepínicos, agem na prevenção das crises de ansiedade a médio e longo prazo, ou seja, seus efeitos só costumam aparecer entre 4 e 8 semanas do início do tratamento e, por vezes, nos primeiros dias, é comum haver uma piora dos sintomas de ansiedade, levando muitas pessoas a desistirem da terapêutica. Por isso a importância do esclarecimento e da paciência.

Existem hoje no mercado uma variedade de medicações dessa classe, assim como também vários outros que atuam em neurotransmissores como a noradrenalina e a dopamina, mas a serotonina é, sem dúvida, o neurotransmissor mais envolvido nos mecanismos ansiolíticos.

Os antidepressivos mais antigos, os tricíclicos (ADT) inibem a recaptação da serotonina e noradrenalina, além de se ligarem também a receptores de acetilcolina, de histamina e adrenérgicos, o que ocasiona os maiores efeitos colaterais dessa classe, como boca seca, sonolência, retenção urinária, constipação, disfunção sexual etc.

Já os ISRS possuem menos efeitos colaterais porque, como o próprio nome já sugere, ele é mais seletivo na recaptação apenas da serotonina, tendo pouca afinidade com os receptores da acetilcolina, histamina ou adrenérgicos. Porém, mesmo assim, ainda apresentam efeitos colaterais, só que com menor intensidade.

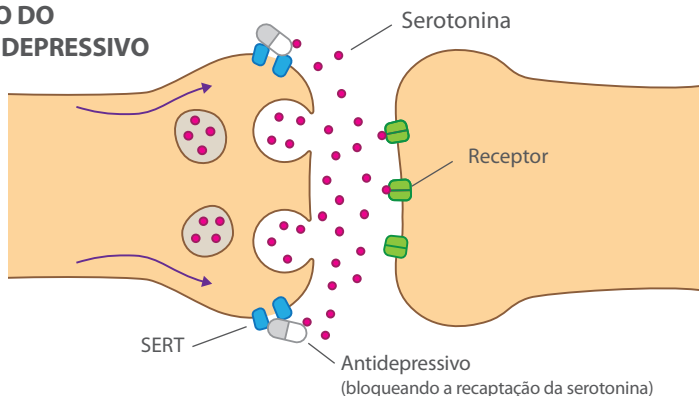
E qual é o mecanismo de ação dos ISRS? Bom, antes de você entender a ação deles, é necessário saber o que acontece com a serotonina quando ela é liberada na fenda sináptica.

Como quase tudo na natureza, a ação de um neurotransmissor tem um começo, um meio e um fim. Depois que a serotonina é liberada na sinapse e exerce a sua função nos receptores dos neurônios pós-sinápticos, não é mais necessário que ela continue lá estimulando excessivamente o neurônio pós-sináptico. Portanto, o organismo utiliza alguns mecanismos para encerrar a ação da serotonina (isso é válido para qualquer neurotransmissor):

- A ação da serotonina termina quando a enzima monoamina oxidase (MAO) a destrói na fenda sináptica, transformando-a em uma substância inativa. A MAO faz isso com outros neurotransmissores, por isso alguns antidepressivos são inibidores da MAO (IMAO); porém, devido aos graves efeitos colaterais e as várias interações medicamentosas dessa classe, hoje em dia são pouco prescritos, apesar da sua eficiência.
- O próprio neurônio que liberou a serotonina tem na sua membrana pré-sináptica um Transportador de Serotonina (SERT). E o SERT faz justamente o que o nome dele já diz: ele pega a serotonina e joga novamente para dentro do neurônio para ser armazenada e usada em futuras transmissões. É como se uma mãe pegasse o filho pela mão e dissesse “já chega de brincar na rua, hora de voltar para casa!”

Então, é justamente na “mamãe” SERT que o ISRS vai agir! Por isso que ele é um inibidor da recaptação da serotonina, ou seja, ele vai se acoplar ao SERT, impedindo-o de se ligar à serotonina e colocá-la de volta dentro do neurônio.

AÇÃO DO ANTIDEPRESSIVO



Como, de maneira geral, tanto nos transtornos do humor como nos transtornos da ansiedade ocorre uma baixa nos níveis de serotonina, a inibição do SERT permite que a serotonina fique mais tempo “brincando”, isto é, estimulando os receptores pós-sinápticos por mais tempo.

Ao contrário dos benzodiazepínicos, os ISRS não causam dependência e tolerância, por isso, podem ser usados por períodos bem mais longos, inclusive, algumas pessoas utilizam pelo resto da vida, da mesma forma que um hipertenso tem que tomar todo dia o seu anti-hipertensivo.

Os ISRS só podem ser vendidos com a retenção de receita, mas por se tratar de uma medicação “tarja vermelha”, nesse caso a receita é a branca com duas vias (uma para a farmácia e a outra para o cliente). São exemplos de ISRS:

- Fluoxetina
- Paroxetina
- Sertralina
- Citalopram
- Escitalopram

Os principais efeitos colaterais dos ISRS são:

- Cefaleia
- Diarreia
- Insônia
- Perda ou ganho de peso
- Agitação
- Disfunção sexual



8. A psicoeducação como uma ferramenta para a equipe de enfermagem na promoção da saúde mental

Acreditamos que é preciso conhecer para educar e que a educação em saúde mental merece a nossa especial atenção. As equipes de enfermagem têm a sua disposição ferramentas como o acolhimento e a escuta das necessidades de saúde da sua clientela; porém, também existem outros métodos que podemos usar com o propósito de ajudar os discentes a construir, a assimilar e a apropriar-se de conhecimentos que lhes possibilitem um melhor manejo da sua saúde mental.

As Oficinas e trabalhos em grupo são reconhecidamente ferramentas úteis para se trabalhar a saúde mental e existem vários tipos de grupo que são organizados de acordo com os objetivos de cada um.

Nesta obra, iremos utilizar como referência o livro “Oficinas em Dinâmica de Grupos na Área da Saúde (2006)”, onde as autoras expõem diversas metodologias de trabalho em grupo possíveis de serem utilizadas na área da saúde. E, dentre estas, optamos por usar como metodologia de atuação o modelo da Psicoeducação, pois foi o que se mostrou mais adequado para os objetivos que almejamos.

O principal objetivo é fornecer aos discentes uma abordagem teórico-prática que lhes possibilite compreender o mecanismo da sua ansiedade. Possui um papel fundamentalmente educativo, sendo que a tarefa do profissional de enfermagem será educar e familiarizar o aluno com o tema.

De acordo com as autoras, a finalidade dos grupos psicoeducativos é esclarecer e trabalhar fatores do processo saúde/doença, configurando-se como um conjunto de atitudes e informações que visam levar ao conhecimento do sujeito aspectos relevantes do transtorno.

Os autores Lemes & Neto (2017) referem que a psicoeducação constitui uma forma de ensinar e ajudar a pessoa a lidar com a doença mental ao propiciar conscientização e empoderamento, que pode conduzi-la a mudanças comportamentais, sociais e emocionais.

Portanto, os grupos psicoeducativos têm como foco as novas informações, o questionamento de crenças e estigmas e a possibilidade de tirar dúvidas. Isso faz com que ocorra uma melhora no sentido de maior conhecimento sobre as enfermidades, sobre a evolução das doenças e das terapias disponíveis, tendo como consequência uma diminuição do estigma e uma melhor adesão a possíveis tratamentos.

8.1. Grupos Psicoeducativos: Como fazer?

O intuito da nossa conversa não é apresentar uma receita de bolo, mas sim, possibilidades e conceitos gerais baseados na literatura especializada na área, pois sabemos que não existe uma homogeneidade entre as realidades dos vários Campos; portanto, é livre à adaptação necessária a cada situação.

Se parmos para analisar, veremos que as equipes de enfermagem dos Institutos Federais já costumam trabalhar com essa forma de metodologia, porém, voltada mais para a promoção e a prevenção das chamadas doenças físicas, como as ISTs, por exemplo. Portanto, a partir de agora, o que iremos fazer é adaptar essas técnicas para abordar as chamadas doenças mentais e o foco será os transtornos de ansiedade.

Nesse modelo, o profissional de enfermagem irá exercer o papel de coordenador e educador. Como forma de explanação do tema central, é interessante usar da criatividade e dos recursos educativos disponíveis,

como jogos, atividades lúdicas e recursos audiovisuais, intencionando uma maior compreensão da informação. Destaca-se que, a didática utilizada, deverá respeitar o nível educacional dos discentes.

De acordo com a literatura pesquisada, os tópicos de determinado tema que são abordados com mais frequência são:

- Características gerais da doença
- Identificação de sintomas e sinais.
- Diferentes tipos de tratamento.
- Questões mais específicas relacionadas com a doença, como o estigma social, por exemplo.

É recomendado que os grupos não excedam um total de 20 pessoas, pois acima disso, pode ocorrer um prejuízo na comunicação entre os integrantes e na assimilação do conteúdo por eles.

A característica de possuir um foco de trabalho bem delimitado, permite que se obtenha êxito mesmo ocorrendo um pequeno número de encontros (um ou dois) e com um tempo de no máximo duas horas. Assim, será possível uma alta rotatividade dos participantes, o que favorece que um maior número de discentes sejam contemplados em um menor espaço de tempo.

Vamos, então, em alguns passos, abordar de forma ampla como esses tópicos podem ser trabalhados:

PRIMEIRO PASSO | Explicar um pouco da fisiologia da ansiedade

Sabemos o quanto pode ser árdua a tarefa de aprender fisiologia, principalmente porque, infelizmente, muitas pessoas já a julgam complicada demais e até inacessível. Porém, quando começamos a compreender, vemos que não é tão difícil assim.

É óbvio que não pretendemos aprofundar em um tema que requer conhecimentos prévios de outras disciplinas e que não respeitaria o nível educacional do público-alvo; porém, é possível ser simples e ao mesmo tempo alcançar os objetivos pretendidos.

Podemos introduzir pessoas em um assunto pelo qual elas geralmente não se interessam quando damos a esse assunto determinadas características, tais como:

- Tornar o assunto o mais familiar possível, enfatizando a forma lógica e inteligente como o cérebro comanda todas as nossas atividades.
- Oferecer um jeito divertido e interessante para expor os conceitos.
- Dar ao assunto um enredo e/ou fazer analogias com as situações e objetos do dia a dia, como por exemplo comparar os axônios a cabos que conduzem energia.
- Explicar a importância evolutiva da ansiedade para a nossa sobrevivência.

Abordar as bases biológicas da ansiedade é fundamental para diminuir o preconceito, pois assim aproxima os transtornos de ansiedade de outras doenças como o diabetes ou a hipertensão.

SEGUNDO PASSO | Diferenciar os tipos de transtornos de ansiedade

Neste tópico, sugere-se priorizar as principais características diferenciais entre os transtornos. Por exemplo: a TAG tem como característica fundamental a preocupação constante com o futuro, enquanto no TAS a pessoa se preocupa com o que os outros vão pensar do comportamento dela.

Destacar também as alterações emocionais e físicas, tais como:

- Preocupação excessiva e persistente
- Pensamentos de conteúdo negativo
- Sintomas físicos como palpitações, formigamento e respiração acelerada
- Comportamentos que afetam o dia a dia do indivíduo

Pode ser interessante que, ao final, das explicações, uma história fictícia ou não, seja contada, onde o personagem sofre de um dos transtornos e os alunos deverão dizer de qual o transtorno se trata.

Fundamental também falar sobre as causas orgânicas e os medicamentos e substâncias que podem simular crises de ansiedade, assim como alertá-los sobre os riscos que o uso indiscriminado deles pode trazer à saúde física e mental.

TERCEIRO PASSO: As possíveis causas dos transtornos de ansiedade

Esclarecer que não existe apenas um fator envolvido, mas sim, que é necessário que ocorra a convergência de alguns fatores, tais como:

- A genética
- Dinâmica e estrutura familiar
- Ambiente social em que se encontra inserido
- Fatores estressores, tanto pessoais, como o término de um relacionamento; como as exigências da sociedade moderna.

É necessário enfatizar que cada pessoa lida com cada um desses fatores de forma diferente, pois um fator que pode desencadear em uma pessoa uma crise de ansiedade, em outra pode não ter nenhuma relevância. Cabe aqui o famoso ditado popular “só sabe onde o sapato aperta quem o calça”.

QUARTO PASSO: TRATAMENTOS DISPONÍVEIS

O primeiro passo para um tratamento eficaz é buscar ajuda o quanto antes. Por isso que a educação em saúde neste contexto se torna muito importante, pois propicia ao indivíduo reconhecer nele sinais e sintomas de que algo pode não estar bem.

Pessoas ansiosas podem se tornar irritadas, agressivas, muito inseguras e desenvolvem com frequência comportamentos de esquiva como forma de proteção, além de poder adoecer mais por conta da desregulação hormonal. Portanto, a ajuda precoce pode minimizar a piora desses quadros.

Então, deixe claro que em caso de desconforto e/ou sofrimento ele não deve ter vergonha de falar e buscar ajuda. Que a pior das opções é esperar.

Geralmente, o tratamento para os transtornos de ansiedade tem como foco principal três estratégias que se complementam: mudanças no estilo de vida, psicoterapia e terapia medicamentosa.

Portanto, enfatizar e resumir a importância de cada um deles para o sucesso do tratamento é muito importante. Ah, e analogias com outros tipos de doenças e tratamentos são muito bem-vindas (como a que fizemos no tópico 7) pois ajuda no combate ao preconceito em relação aos tratamentos, principalmente o medicamentoso, caso este seja necessário.

QUINTO PASSO: TRABALHAR O ESTIGMA

Podemos definir estigma como sendo um conjunto de afetos negativos, preconceitos que se tem contra um indivíduo pelo fato de ele pertencer a um grupo ou categoria que não seja bem-vista pela sociedade. O estigma tornou-se um assunto tão relevante que a redação do Enem no ano de 2020 teve como tema “O Estigma Relacionado às Doenças Mentais na Sociedade Brasileira”.

De fato, é notório o estigma em relação a quem sofre de transtorno mental. Quantas vezes não usamos expressões como “louco”, “esquizofrênico”, “maníaco”, “bipolar”, de forma pejorativa? Quantos não sentem medo de quem tem transtorno mental por achar que a pessoa é instável ou é agressiva?

A sociedade tende a rotular os transtornos mentais como fraqueza, incompetência ou até mesmo frescura. Diante desse cenário, podemos imaginar como deve ser difícil para alguém que está com algum sofrimento mental expor isso abertamente e procurar ajuda, principalmente adolescentes que, além de não terem a experiência em lidar com desafios da vida, ainda estão passando por uma série de transformações físicas e emocionais que os deixam ainda mais vulneráveis a críticas e preconceitos alheios.

Dessa forma, o próprio indivíduo se isola e se rotula como sendo diferente, incapaz, motivo de vergonha para a família e para os amigos. É o que caracteriza o autoestigma, que pode ser tão ou mais danoso para a pessoa do que o próprio transtorno mental, pois o indivíduo passa a se enxergar de maneira negativa, baseado na impressão dos demais.

Seguem algumas sugestões de como trabalhar o estigma:

- Deixe claro que todos nós estamos sujeitos, em algum momento da vidas, a passar por algum sofrimento mental. Não se trata de uma exceção. Ninguém deve se sentir inferiorizado ou envergonhado ao passar por isso.
- Busque informações e pesquisas sobre saúde mental com respaldo científico. Quanto mais informação for passada, mais sua fala será valorizada.
- Estimule os discentes a falarem abertamente sobre saúde mental, assim como falam de qualquer outra doença física, como uma

rinite alérgica, por exemplo. Afinal, alguém tem vergonha de dizer que não foi à aula porque amanheceu com rinite? Então, por que ter vergonha de dizer que não foi à aula porque amanheceu com muita angústia?

- Enfatize que o cérebro é um órgão como qualquer outro. Por exemplo, quando seu pâncreas não está bem, você pode ter diabetes. Quando seu fígado não está bem, você pode ter uma cirrose. Então, quando o seu cérebro não está bem, você pode ter um transtorno mental. O cérebro está no comando e, quando ele não vai bem, nada mais vai estar bem.
- Explique que, assim, como diabéticos, hipertensos, alérgicos, têm que tomar medicações para os ajudarem no controle de suas doenças, algumas pessoas com transtorno mental também podem precisar. Afinal, assim como o pâncreas pode precisar da ajuda de medicamentos para melhorar a ação da insulina, o cérebro pode precisar da ajuda de medicamentos para melhorar a ação da serotonina.
- Alerta sobre os malefícios de usar uma linguagem estigmatizante, como “surtado”, “louco varrido”, mesmo que seja em tom de brincadeira.

Referências

- AFONSO, Maria Lúcia M. (org.). **Oficinas em Dinâmica de Grupo na Área da Saúde**. São Paulo: Casa Psi Livraria, 2006. 329 p.
- ALBUQUERQUE, Fabíola da Silva; SILVA, Regina Helena. **A amígdala e a tênue fronteira entre memória e emoção**. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 31, n. 3, supl. 2009.
- Associação Psiquiátrica Americana (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5**. 5. ed.. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BATISTA, Jefferson Isaac; OLIVEIRA, Alessandro de. EFEITOS PSICOFISIOLÓGICOS DO EXERCÍCIO FÍSICO EM PACIENTES COM TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO. **Corpoconsciência**, Cuiabá, v. 3, n. 19, p. 01-10, 06 out. 2016.
- BEAR, Mark F.; CONNORS, Barry W.; PARADISE, Michael A.. **Neurociência: desvendando o sistema nervoso**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 1016 p.
- BRAGA, João Euclides Fernandes et al. **Ansiedade patológica: bases neurais e avanços na abordagem psicofarmacológica**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 14, n. 2, p. 93-100, 2010.
- CLAYTON, Bruce D.; STOCK, Yvonne N.; COOPER, Sandra E. **Farmacologia na prática de enfermagem**. 15. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 896 p. Pedro Setti Perdigão.
- CLARK, David A.; BECK, Aaron T. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 639 p. Maria Cristina Monteiro.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Evolução do Cérebro**. Porto Alegre: Artmed, 2011. E-pub.

- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. ed., Porto Alegre: Artmed, 2019.
- DIAS, Eliani Sayumi Motisuki *et al.* Roda de conversa como estratégia de educação em saúde para a enfermagem. **Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 10, p. 379-384, maio 2018.
- ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Sanare**, Sobral, v. 14, n. 02, p. 17-26, dez. 2015.
- ESTANISLAU, Gustavo M.; BRESSAN, Rodrigo Affonseca. **Saúde Mental na Escola: O Que os Educadores Devem Saber**. Porto Alegre: Artmed, 2014. E-pub
- FERREIRA, Walison José. REGULAÇÃO EMOCIONAL EM TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da Puc Minas**, [S.L.], v. 5, n. 9, p. 618-630, jul. 2020. Semestral.
- HALL, John Edward; GUYTON, Arthur C.. **Guyton & hall: Tratado de Fisiologia Médica**. 13 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. 1176 p.
- KANDEL, Eric R. *et al.* **Princípios de Neurociências**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 1531 p.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- KATZUNG, Bertram G.; TREVOR, Anthony J. **Farmacologia básica e clínica**. 13. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 1216 p.
- LEAHY, Robert L. **Livre de Ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2011 . E-pub.
- LENT, Roberto. **Cem Bilhões de Neurônios: conceitos fundamentais de neurociência**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2010. 747 p.
- LENT, Roberto (org.). **Neurociência da Mente e do Comportamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 367 p.

- MACHADO, Angelo B. M.; HAERTEL, Lucia Machado. **Neuroanatomia Funcional**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2014. 327 p.
- MARCOLAN, João Fernando; CASTRO, Rosani C B Ribeiro de. **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar..** Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. 544 p.
- MIRANDA, Célia Maria Pires. **Abordagem Psicoeducativa nos Cuidados de Enfermagem no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica**. 2016. 161 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2016.
- MORETTI, Sarah de Andrade; OLIVEIRA, Maria Leticia Marcondes Coelho de. **PRÁTICA CLÍNICA EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: um guia rápido de técnicas, teoria, dicionário cognitivo, documentos técnicos e fábulas terapêuticas**. Salvador: Sanar, 2019. 416 p.
- OCHSENDORF, Fauzer Cury. **SEGUIMENTO AMBULATORIAL DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL: proposta de intervenção**. 2015. 12 f. Monografia (Especialização) - Curso de Curso de Especialização em Atenção Básica da Saúde da Família, Universidade Aberta do Sus, Cristais Paulista, 2015.
- OLIVEIRA, Eliany Nazaré *et al.* Benefícios da Atividade Física para Saúde Mental. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 50, p. 126-130, ago. 2011.
- OLIVEIRA, Maria Ines Santana de. Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: Relato de Caso. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, [S.L.], v. 1, n. 7, p. 30-34, jul. 2011.
- PINHEIRO, Ana Luísa da Paixão. **Intervenções não-farmacológicas na redução da ansiedade em enfermagem de saúde mental**. 2018. 171 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2018.

- PEREIRA, Alexandre de Araújo; REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; ANDRADE, Daniela Correia Leite. PROPOSTA EDUCATIVA EM SAÚDE MENTAL PARA ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Sanare**, Sobral, v. 14, n. 02, p. 17-26, dez. 2015.
- QUEVEDO, João; IZQUIERDO, Ivan. **Neurobiologia dos Transtornos Psiquiátricos**. Porto Alegre: Artmed, 2020. E-pub.
- REYES, Amanda Neumann; FERMANN, Ilana Luiz. Eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental no Transtorno de Ansiedade Generalizada. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, [S.L.], v. 1, n. 13, p. 49-54, 14 abr. 2017.
- SADOCK, Benjamin J. S.; SADOCK, Virgínia A.; SUSSMAN, Norman. **Manual de Farmacologia Psiquiátrica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 342 p. Maria Regina Lucena.
- STAHAL, Stephen M.. **Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. 843 p.
- TELES, Leandro. **O cérebro ansioso: aprenda a reconhecer, prevenir e tratar o maior transtorno moderno**. São Paulo: Alaúde, 2018. E-pub.
- WERNECK, Francisco Zacaron; NAVARRO, Cristiane Amorim. Nível de Atividade Física e Estado de Humor em Adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 2, n. 27, p. 189-193, jul. 2011.



PROFEPT