

Ansiedade

Ana Érika de Oliveira Galvão¹

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo apresentar dados relativos à epidemiologia da ansiedade e seus transtornos no Brasil, além de seu conceito e características. Dada a crescente prevalência dos transtornos mentais, e em particular, os transtornos de ansiedade, a saúde mental figura dentre as maiores preocupações de todos os setores da sociedade. Os transtornos de ansiedade têm tido sua prevalência aumentada em todas as faixas etárias e contribuído significativamente para o comprometimento psicossocial e a incapacidade. A ansiedade caracteriza-se por uma sensação difusa, de desagradável apreensão ou temor, geralmente acompanhado de sintomas físicos como taquicardia, sudorese, tremores e dificuldade para respirar, dentre outros. Sua ocorrência pode ser episódica e justificada, como na ansiedade-estado, como pode ser uma característica pessoal que predispõe o indivíduo a apresentar ansiedade intensificada diante de situações interpretadas como ameaçadoras. Em qualquer situação, experiências frequentes de ansiedade intensa ou patológica podem desencadear o surgimento e o desenvolvimento de transtornos ansiosos ou de humor, como a depressão.

Palavras-chave: ansiedade; transtornos de ansiedade; prevalência.

ABSTRACT

This work objective to present information about anxiety's epidemiology and its disorders in Brazil, beyond its concept and characteristics. By virtue of the increasing prevalence of mental disorders, and in particular, anxiety disorders, mental health arise among the biggest concerns of all sectors of society. Anxiety disorders have had their prevalence increased in all age groups and contributed significantly to psychosocial impairment and disability. Anxiety is characterized by a diffuse sense of unpleasant apprehension or fear, often accompanied by physical symptoms such as palpitations, sweating, trembling, shortness of breath, among others. Their occurrence may be episodic and justified, as in state-anxiety, as may be a trait that predisposes individuals to submit anxiety intensified in situations interpreted as threatening. In any situation, frequent experiences of intense anxiety or pathological can initiate the beginning and development of anxiety disorders or mood, such as depression.

Key-words: anxiety, anxiety disorders, prevalence.

A ansiedade sempre esteve presente no ser humano, mas hoje se evidencia pela sua acentuada presença, dada a aumentada prevalência dos transtornos que dela se originam. Resultados de pesquisa de Almeida Filho et al., citado por Dalgalarrodo (2000), apontam para uma prevalência durante a vida de transtornos de ansiedade no Brasil de 9% a 18% em 1997.

A saúde mental hoje é uma preocupação de todos os setores das sociedades. Os transtornos mentais tornaram-se problemas comuns de saúde em todo o mundo, pois contribuem de forma significativa para a carga das doenças, tanto pela frequência com que ocorre, quanto pelo grau em que comprometem a capacidade funcional das pessoas e a sua qualidade de vida. Segundo dados da OMS (2001), uma em cada quatro pessoas será afetada por um transtorno mental durante a vida e a depressão grave é a principal causa de incapacitação em todo o mundo. Ainda segundo o relatório, atualmente 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais e comportamentais,

¹ Professora Assistente da Universidade Estadual do Ceará, Mestre em Saúde Pública. Email para contato: anaerikagalvao@gmail.com.

sendo que apenas uma pequena minoria recebe tratamento. Há perspectivas de que esse quadro piore tendo em vista o envelhecimento da população mundial e a instabilidade social. Em consequência dessa situação, muitas estratégias estão sendo formuladas e implantadas em inúmeros países na intenção de oferecer os cuidados necessários para a prevenção e tratamento dos agravos em saúde mental.

Goldberg e Huxley (1992) citados por Mari et al. (2012, p.552) revelam que avaliações de saúde mental em estudos populacionais demonstram que 90% da morbidade psiquiátrica dizem respeito a distúrbios não psicóticos, sobretudo depressão e ansiedade junto a queixas inespecíficas e somáticas. Esse indicativo epidemiológico esclarece que a prevalência de transtornos ansiosos e do humor, como a depressão é bastante elevada quando comparada ao universo de transtornos mentais em geral. Ainda segundo Mari, a maior prevalência dos transtornos mentais nos atendimentos em clínica médica em São Paulo deve-se aos transtornos de ansiedade, seguidos pelos depressivos e, posteriormente, pelos transtornos somatoformes.

Segundo pesquisa da OMS (2001) realizada em quinze países, a ansiedade generalizada acomete 7,9% da população mundial e a cidade do Rio de Janeiro apresentou prevalência de 22,6% para esse transtorno representando, assim, o primeiro lugar na lista de todos os países, seguida por Santiago, Chile (19,7%) e Atenas, Grécia (14,9%). Já a prevalência para depressão destaca Santiago, Chile em primeiro lugar (29,5%) e o Rio de Janeiro em quarto (15,8%) (OMS, 2002).

Outras pesquisas recentes de Benvenúetal., Bordin et al., Cury e Golfeto, Fleitlich e Goodman, Goodman et al., Vitolo et al., citados por Bordin e Paula (2007), todas realizadas no Brasil entre 2001 e 2006, apontam taxas de prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes que variam de 13,5% a 35,2%, quando pais ou substitutos são os únicos informantes. É importante compreender que a interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos e ambientais contribui decisivamente para o surgimento de transtornos mentais nesse grupo populacional, além de comprometer o comportamento e o desenvolvimento (BORDIN e PAULA, 2007). Esses achados de prevalência em crianças e adolescentes significam que a presença de transtornos nessa população é muito frequente, e medidas que objetivem a prevenção precoce em saúde mental devem ser adotadas, para que esse segmento populacional não se torne uma população adulta problemática com enormes prejuízos para si mesma e para seu entorno social.

Depois do transtorno por uso de substância, os transtornos de ansiedade são os mais comuns entre os adultos (MARI et al., 2007). Estudos brasileiros conduzidos na comunidade indicam que os transtornos mentais mais comuns como depressão, ansiedade e transtornos somatoformes aumentam com a idade (LIMA, 1999). Gonçalves e Kapczinski (2008), em estudo realizado em unidade de referência do Programa Saúde da Família no Rio Grande do Sul, referem-se aos três diagnósticos psiquiátricos mais comuns como sendo o transtorno depressivo maior (17,6%), o transtorno de ansiedade generalizada (11,5%) e a distímia (11,3%).

Entre os idosos, o sofrimento mental está intrinsecamente relacionado às incapacidades e às perdas econômicas. Segundo a OMS (2001), existe elevada prevalência de transtornos mentais na velhice e, dentre os mais prevalentes, destaca-se a depressão. A depressão e a demência são os transtornos mentais mais frequentes na terceira idade (BLAY et al., 2007). Segundo esses autores, as estimativas de prevalência para a depressão nesse segmento populacional variam de 4,7% a 36,8%. Essa discrepância decorre, sobretudo, dos instrumentos utilizados nas investigações. Observa-se, contudo, um subdiagnóstico da depressão nos idosos em função da percepção errônea de que as perturbações depressivas são intrínsecas ao processo de envelhecimento (OMS, 2001). Dentre os transtornos de ansiedade, o transtorno de ansiedade generalizada é o mais frequente

entre os idosos (BARLOW e DURAND, 2010). O alto índice de ansiedade na velhice pode estar relacionado à maior probabilidade de adoecimento, à diminuição das atividades e ao senso geral de controle sobre os acontecimentos.

Em um estudo geral de morbidade realizado em uma área da Região Metropolitana de Salvador, foi investigada a ocorrência de transtornos mentais em idosos em uma subamostra de 139 indivíduos de mais de 55 anos de idade (ALMEIDA-FILHO, SANTANA & PINHO, 1984). Os resultados desse estudo apontam para uma prevalência geral de 33,0% de idosos com transtornos mentais, sendo os diagnósticos mais comuns à neurose, transtornos orgânicos e alcoolismo, respectivamente.

Frente ao crescente envelhecimento populacional em diversos países, incluindo a sociedade brasileira, a saúde mental dos idosos torna-se uma questão pungente na medida em que necessita de políticas públicas específicas e mais eficientes para a garantia de melhores condições de vida e saúde desse crescente segmento populacional.

Definindo e caracterizando a ansiedade

A ansiedade é definida como “uma sensação vaga e difusa, desagradável, de apreensão ou tensão expectante, que se acompanha de diversas manifestações físicas, tais como dispneia, taquicardia, tensão muscular, sudorese, tremor etc.” (CHENIAUX, 2011, p. 172). A ansiedade patológica representa um grande risco para a saúde física e mental. Os transtornos que dela decorrem representam o grupo mais prevalente de transtornos psiquiátricos (MURPHY e COWAN, 2009). Podemos observar na definição acima que elementos de natureza psicológica e física acompanham o sentimento de ansiedade. Murphy (2009, p. 17) define ansiedade da seguinte forma:

O termo ansiedade refere-se a muitos estados nos quais o sofredor experimenta uma sensação de ameaça ou desgraça iminente que não é bem definida ou baseada realisticamente. A ansiedade pode ser adaptativa ou patológica, transitória ou crônica, e possui uma variedade de manifestações psicológicas e físicas.

Vemos que está presente na ansiedade o sentimento de antecipação de um sofrimento ou de uma preocupação que não se define objetivamente. Segundo Barlow e Durand (2010), a ansiedade é um sentimento orientado para o futuro. Essa característica é predominante e relativa às apreensões e inquietações que não possuem uma fundamentação clara para a pessoa ansiosa. É comum em quadros ansiosos que esses sentimentos de ameaça iminente tomem forma cotidiana e comum que expressem temores reais de que a morte, acidente ou adoecimento grave irá acometer a própria pessoa ou algum parente próximo, além de uma variedade de outras preocupações e pressentimentos (CID-10, 1993). Durante o estado de ansiedade pode haver intenso desconforto corporal como sensação de aperto no peito, na garganta, dificuldade para respirar, fraqueza nas pernas, tremores nas extremidades, palpitações, secura na boca, sudorese, vômitos, dores abdominais, dentre outras sensações subjetivas. Todo esse quadro sintomatológico imprime considerável sofrimento no indivíduo e prejuízos no âmbito social e ocupacional.

A ansiedade, por outro lado, pode representar um estado afetivo normal e útil, pois nos orienta para a ação e preservação. Ela está presente em todas as fases do desenvolvimento humano e é própria de momentos que envolvem mudanças ou desafios. Em quantidade moderada, ela é benéfica ao indivíduo e é responsável por uma melhora em seu desempenho físico e intelectual diante de situações que exigem prontidão. Historicamente, a ansiedade está associada à sobre-

vivência e à preservação da espécie humana. Sua função adaptativa é marcante, pois se refere a “mecanismos de sobrevivência, aparecendo, portanto, ligada a mecanismos de defesa territorial, seleção de companheiro, mecanismos de ataque-defesa” (ASSUMPÇÃO JUNIOR, 2009, p. 137). No entanto, a ansiedade torna-se prejudicial e patológica quando sua presença é excessiva e constante, levando a um sofrimento subjetivo intenso e causando prejuízos significativos nas atividades sócio ocupacionais e na saúde física. Segundo Lewis (1979), citado por Andrade e Gorenstein (1998), a ansiedade pode ser normal ou patológica, ser leve ou grave, ser prejudicial ou benéfica, ser episódica ou persistente, ter uma causa física ou patológica, ocorrer sozinha ou junto com outro transtorno, afetar ou não a percepção e a memória.

Barlow e Durand (2010) propõe um modelo integrado para a compreensão do desenvolvimento da ansiedade e transtornos relacionados chamado *vulnerabilidade tripla*. Segundo esse modelo, pode haver no indivíduo uma vulnerabilidade biológica, herdada geneticamente, um segundo tipo de vulnerabilidade chamada de psicológica generalizada, aprendida em decorrência das experiências do desenvolvimento que predisporia o organismo à insegurança e à crença de que os acontecimentos da vida são incontroláveis e perigosos. O terceiro tipo de vulnerabilidade, a psicológica específica, seria resultado de experiências precoces em que se aprende que determinadas situações ou objetos são particularmente perigosos. Esse terceiro tipo de vulnerabilidade, atuando sinergicamente com vulnerabilidades diversas, terminaria por predispor o indivíduo a um tipo de transtorno ansioso e não outro. Dessa forma, segundo a explicação desse modelo, o desenvolvimento de um transtorno fóbico e não de um transtorno obsessivo compulsivo, decorreria, em parte, da vulnerabilidade psicológica específica.

Ainda segundo Barlow e Durand (2010), se um indivíduo encontra-se sob forte pressão, um determinado estressor poderia ativar suas tendências biológicas de ser ansioso e suas tendências psicológicas de considerar-se incapaz de enfrentar a situação e controlar o estresse. Essa situação inaugural poderia dar início a um ciclo que tende a se auto alimentar na medida em que os níveis de ansiedade tenderão a se manter, mesmo quando o estressor em particular já tiver sido eliminado. Essa manutenção diz respeito à qualidade da experiência vivida, que inclui intenso processo cognitivo, resposta autônoma violenta, tentativa de fuga da situação e uso de habilidades inadequadas para a resolução dos problemas.

A diferença entre ansiedade normal e patológica decorre do fato de a primeira ser de curta duração, autolimitada e relacionada ao evento que lhe deu origem. A duração, a frequência e a intensidade da ansiedade patológica costuma ser desproporcional ao estímulo, além do fato de que ela frequentemente manifesta-se espontaneamente e de modo difuso.

No estudo da ansiedade podemos, ainda, ressaltar dois conceitos distintos: a ansiedade-estado e a ansiedade-traço. O primeiro conceito refere-se a um estado emocional transitório, com causas específicas e pontuais, e, pode variar de intensidade e frequência de acordo com o estímulo causador da ansiedade. O segundo conceito refere-se a uma disposição pessoal, relativamente estável, que se manifesta na tendência a reagir às situações percebidas como ameaçadoras, com intensificação do estado de ansiedade, além de igual tendência em interpretar um número maior de eventos como ameaçadores. Assim, a ansiedade-estado é precisamente justificável quando se identifica uma situação ou evento que a tenha originado, enquanto a ansiedade-traço está sempre presente no indivíduo predispondo-o a intensificar suas respostas de ansiedade frente a situações não necessariamente ameaçadoras. A ansiedade-traço contribui mais para o surgimento e desenvolvimento de transtornos ansiosos e de humor, do que a ansiedade-estado.

De acordo com o CID-9, citado por Assumpção Junior (2009, p. 137), o estado de ansiedade

é definido como “as manifestações físicas e mentais que não podem ser atribuídas a um perigo real e que ocorrem em forma de ataques ou como um estado persistente”. Dado que o perigo não é real ou é indefinido, compreende-se que o estado ansioso persistente acarreta um grande prejuízo no funcionamento físico e mental por mobilizar recursos fisiológicos e mentais desnecessários, ocorrendo, portanto, uma desadaptação ou desajustamento no âmbito pessoal, ocupacional e social. Nos transtornos mentais em que a ansiedade é o sintoma mais presente há, basicamente, a exaltação e o comprometimento afetivo, mas outras funções psíquicas também podem se alterar. Assim, podem-se observar alterações na memória, linguagem, prejuízos no sono (insônia), aumento ou diminuição do apetite, aumento da sede e impulsividade (conação) e hipercinesia (CHENIAUX, 2011).

A difícil determinação do início dos transtornos mentais pode resultar em maiores dificuldades a serem enfrentadas, pois seu início costuma ser insidioso, ocorrendo sem que haja uma percepção clara por parte do indivíduo e seus familiares. A evolução clínica do transtorno pode percorrer durante meses ou anos até que sua identificação ou diagnóstico aconteça. Essa situação é muito frequente, já que a revelação de um transtorno mental ainda está atrelada a uma considerável carga de estigma. Com os transtornos de ansiedade em particular, essa situação se aplica, pois a ansiedade excessiva e suas patologias levam o indivíduo a um sofrimento subjetivo intenso refletido em danos significativos e crônicos. É de grande importância, portanto, que haja maior conhecimento nosológico e psicopatológico por parte da população das peculiaridades envolvendo o início e a evolução dos transtornos de ansiedade para maior eficiência em intervenções preventivas e terapêuticas.

Diante dos eventos de vida estressantes, a resposta de enfrentamento selecionada pelo indivíduo a partir da avaliação desses eventos, pode vir a eliminar ou diminuir a cascata fisiológica ativada por ocasião da experiência ameaçadora. No entanto, se o indivíduo não reconhece a ausência de perigo e mantém uma postura mental e fisiológica de alerta e vigilância constante e duradoura, pode precipitar um esgotamento dos recursos psicológicos e biológicos, predispondo-o ao surgimento de sintomas expressivos de ansiedade patológica e de transtornos dessa natureza e de outras, como a depressão (MARGISet al., 2003).

O modo como alguém avalia os episódios da vida como ameaçadores tem relação com a natureza desses eventos, assim como, com uma vulnerabilidade ou predisposição genética e/ ou psicológica. Ou seja, a avaliação de uma situação como representativa de perigo e causadora de ansiedade é uma questão predominantemente de variabilidade pessoal.

Pessoas portadoras de queixas de ansiedade merecem atenção profissional, dado que a ansiedade grave, geralmente não desaparece. No entanto, uma grande parte da população desconhece os sintomas da ansiedade e toda a repercussão que a mesma pode ter na sua saúde. A comorbidade nos transtornos de ansiedade é particularmente observada em analogia à depressão maior. E a relação entre transtorno do pânico e depressão maior tem sido observada em diversos estudos, pois, embora sejam transtornos distintos, é fato conhecido que os dois caminham juntos (HOLLANDER e SIMEON, 2004).

Referências Bibliográficas:

- Almeida-Filho N, Santana V, Pinho AR. *Estudo epidemiológico dos transtornos mentais em uma população de idosos – área urbana de Salvador, Bahia. JorBras dePsiquiatr.* 1984; 33 (2): 114-120.
- Andrade LHSG e Gorenstein C. *Rev de Psiq Clín.* 1998; 25(6) Edição Especial: 285-290.
- Assumpção Junior F B. *Psicopatologia: aspectos clínicos.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- Barlow DH e Durand, VM. *Psicopatologia: uma abordagem integrada.* São Paulo: Cengage Learning, 2010.
- Blay SL; Laks J; Nitrini R e Caramelli P. *In: Mello, MF, Mello, AAF e Kohn, R. (ORG.) Epidemiologia da saúde mental no Brasil.* Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 143 – 150.
- Bordin IAS e Paula, CS. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. *In: Mello, MF, Mello, AAF e Kohn, R. (ORG.) Epidemiologia da saúde mental no Brasil.* Porto Alegre: Artmed, 2007, p.101 – 117.
- Cheniaux E. *Manual de Psicopatologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- Dalgalarondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.* Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- Gonçalves DM e Kapczinski F. *Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.9 [cited 2012-06-08], pp. 2043-2053 .
- Lima MS. *Epidemiologia e impacto social. RevBras Psiquiatr.* [online]. 1999, vol.21, suppl.1 [cited 2012-06-08], pp. 01-05 .
- Margis R; Picon, P; Cosner, AF and Silveira, RO. *Relação entre estressores, estresse e ansiedade. Revpsiquiatr Rio Gd. Sul* [online]. 2003, vol.25, suppl.1 [cited 2012-06-08], pp. 65-74 .
- Mari JJ, Jorge MR, Kohn R. *Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: Mello, MF, Mello, AAF e Kohn, R. (ORG.) Epidemiologia da saúde mental no Brasil.* Porto Alegre: Artmed, 2007, p.119 – 141.
- Mari JJ, Santos DN, Santana VS e Almeida-Filho N. Epidemiologia em Saúde Mental – panorama geral e contribuição da epidemiologia psiquiátrica Brasileira. *In: Almeida-Filho N e Barreto ML. Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p.545 – 558.
- Murphy MJ e Cowan, RL. *Psiquiatria.* Rio de Janeiro: Revinter, 2009.
- Organização Mundial de Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- _____ (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança.* Brasília: Gráfica Brasil.