

A PERTURBAÇÃO DA ANSIEDADE GENERALIZADA*

Trabalho de Licenciatura

César Ferreira Lima

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

cesar_lima@sapo.pt

Luís Gonzaga Oliveira

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

michkin@sapo.pt

* Trabalho de revisão bibliográfica realizado no âmbito da disciplina de "Psicopatologia Geral e Especial" da Licenciatura em Psicologia

RESUMO

A ansiedade é uma característica natural da vida humana e é também partilhada por outras espécies. Contudo, por vezes organiza-se de modo patológico, afectando de forma acentuada, incapacitante e negativa o indivíduo. Entramos no âmbito das Perturbações da Ansiedade. A Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG) é uma destas perturbações.

O objectivo do presente trabalho é rever de modo sucinto e geral o conhecimento actual sobre a PAG.

Em primeiro lugar, esta perturbação será enquadrada no âmbito mais lato das Perturbações da Ansiedade. De seguida, traçar-se-á uma panorâmica geral das características da PAG, abordando-se os aspectos relacionados com sua sintomatologia e diagnóstico, prevalência e etiologia. No seguimento do trabalho apresentam-se as práticas e conhecimentos relativos ao tratamento da PAG, começando-se por focar aspectos gerais, depois o tratamento farmacológico, psicoterapêutico, integração de ambos, monitorização da evolução do tratamento e, por fim, a educação do paciente.

O que se pretende é uma apresentação sinóptica da informação, que permita uma visão global e integrada desta perturbação, e não uma revisão bibliográfica extensiva.

Palavras-chave:

Perturbações da ansiedade, perturbação da ansiedade generalizada (PAG), sintomas, diagnóstico, tratamento

A Perturbação da Ansiedade Generalizada no quadro das Perturbações da Ansiedade

A maioria das pessoas experiencia uma certa quantidade de ansiedade, preocupação ou medo, em diversos momentos da sua vida, como antes de um exame muito importante, de um primeiro encontro ou de uma entrevista de emprego. Trata-se de uma característica normal da vida dos indivíduos e tem sido cada vez mais reconhecido o valor positivo e adaptativo da ansiedade (e.g., Mennin, 2004).

Contudo, para muitas pessoas, a preocupação e ansiedade são persistentes e apresentam um grau de intensidade muito elevado, podendo interferir e afectar negativamente a sua vida quotidiana.

Essas pessoas são afectadas por Perturbações da Ansiedade – perturbações psiquiátricas que se caracterizam, *grosso modo*, por uma abundante e intensa preocupação e ansiedade crónicas, incessantes, que podem tender a agravar-se (cf. NIMH website, 2005).

As Perturbações da Ansiedade podem desenvolver-se a partir de um conjunto de factores de risco, incluindo factores de ordem genética, química cerebral, personalidade e *life events*. Assim, acredita-se que estas perturbações são causadas por uma combinação de agentes biológicos e ambientais (cf. ADAA website, 2005).

Actualmente, a maioria das pessoas com Perturbações da Ansiedade pode ser tratada através de uma intervenção profissional adequada. De modo isolado ou combinado, a psicoterapia (e.g., comportamental; cognitivo-comportamental) e a terapia farmacológica são tratamentos efectivos. Note-se, contudo, que o sucesso do tratamento não pode ser garantido, havendo uma grande variabilidade inter-individual.

É comum uma Perturbação da Ansiedade estar acompanhada de depressões, desordens alimentares, abuso de substâncias, ou de outra Perturbação da Ansiedade (cf. ADAA website, 2005).

Segundo a classificação do DSM-IV (1995), nas Perturbações da Ansiedade enquadram-se: Perturbação de Pânico; Agorafobia; Perturbação de Pânico com Agorafobia; Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico; Fobia Específica; Fobia Social; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Perturbação de Stresse Pós-Traumático; Perturbação Aguda de Stresse; Perturbação da Ansiedade Generalizada; Perturbação da Ansiedade Secundária a um Estado Físico Geral; Perturbação da Ansiedade Induzida por Substâncias; e Perturbação da Ansiedade sem Outra Especificação. Note-se que os Ataques de Pânico e a Agorafobia ocorrem em muitas das condições atrás descritas.

Um Ataque de Pânico é um período discreto em que há uma súbita investida de apreensão intensa, receio ou terror, muitas vezes associados a sentimentos de catástrofe eminente. Durante estes ataques, sintomas como falta de ar, palpitações, dor no peito ou mal-estar, sensações de sufoco, medo de “estar a ficar louco” ou perda de controlo estão presentes.

A Agorafobia é ansiedade sobre, ou evitamento de, lugares ou situações em que escapar pode ser difícil (ou embaraçoso) ou em que a ajuda possa não estar disponível no caso de haver um Ataque de Pânico ou sintomas semelhantes ao pânico.

A Perturbação de Pânico sem Agorafobia é caracterizada por Ataques de Pânico recorrentes e não expectáveis acerca dos quais existe uma preocupação persistente. A Perturbação de Pânico com

Agorafobia caracteriza-se pela existência conjunta de Ataques de Pânico recorrentes, não expectáveis, e por Agorafobia.

A Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico caracteriza-se pela presença de Agorafobia e de sintomas parecidos com o pânico sem história de Ataques de Pânico inesperados.

A Fobia Específica é caracterizada por ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a um objecto ou situação temidos, muitas vezes conduzindo a comportamentos de evitamento.

A Fobia Social caracteriza-se por ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a certos tipos de situações sociais ou de *performance*, conduzindo muitas vezes a comportamentos de evitamento.

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva é caracterizada por obsessões (que causam ansiedade marcada ou angústia) e/ou por compulsões (que servem para neutralizar a ansiedade).

A Perturbação de Stresse Pós-Traumático caracteriza-se pela experiência repetida de um acontecimento extremamente traumático acompanhado por sintomas de aumento da activação e por evitamento de estímulos associados ao trauma.

A Perturbação Aguda de Stresse é caracterizada por sintomas similares aos da Perturbação de Stresse Pós-Traumático que ocorrem imediatamente na consequência de um acontecimento extremamente traumático.

A Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG), que ocupa o centro do presente trabalho, caracteriza-se por uma persistente e excessiva ansiedade e preocupação pelo menos nos últimos 6 meses.

A Perturbação da Ansiedade Secundária a um Estado Físico Geral é caracterizada por sintomas proeminentes de ansiedade que se julgam como uma consequência fisiológica directa de um estado físico geral.

A Perturbação da Ansiedade Induzida por Substâncias caracteriza-se por sintomas proeminentes de ansiedade que são julgados como sendo uma consequência fisiológica directa do abuso de uma droga, medicamento ou exposição tóxica.

A Perturbação da Ansiedade sem Outra Especificação é incluída para codificar perturbações com ansiedade proeminente ou evitamento fóbico que não cumprem critérios para nenhuma das Perturbações da Ansiedade definidas no capítulo a elas inerente no DSM-IV (1995) (ou para sintomas de ansiedade acerca dos quais há uma informação inadequada ou contraditória).

A PAG trata-se, portanto, segundo o DSM-IV (1995), de uma das Perturbações da Ansiedade.

Características da Perturbação da Ansiedade Generalizada

Sintomatologia e Diagnóstico

De acordo com os critérios apresentados no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)* (cit. in Gorman, 2001) da American Psychiatric Association, o diagnóstico da PAG aplica-se a indivíduos que experienciem ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva) relativas a diversos acontecimentos ou actividades durante a maioria dos dias de forma persistente (6 meses ou mais). Deve haver uma manifesta dificuldade no controlo dessas preocupações e a ansiedade deve estar associada à presença de três ou mais dos seguintes sintomas físicos e psicológicos: agitação; ficar facilmente fatigado; tensão muscular; irritabilidade; dificuldade de concentração; perturbação do sono. O foco da ansiedade e da preocupação não está confinado a traços de outra Perturbação da Ansiedade. Os indivíduos com PAG reportam angústia devida a uma preocupação constante, e experienciam uma incapacitação ao nível social, ocupacional, ou noutra área importante do funcionamento (cf. Gorman, 2001; DSM-IV, 1995).

As crianças com PAG tendem a preocupar-se excessivamente com a sua competência ou com a qualidade da sua *performance* (DSM-IV, 1995).

Em adultos, a ansiedade pode estar centrada em assuntos como a saúde, o dinheiro, a carreira ou a segurança dos filhos. Principalmente nos mais ansiosos, a ansiedade produz um grau de sofrimento que é subestimado pelos outros (cf. ADAA website, 2005).

A PAG estabeleceu-se como uma Perturbação da Ansiedade diferenciada de outras perturbações primariamente pelo seu traço cardinal: preocupação excessiva e crónica (Borkovec, 1994; Craske, 1999, cit. in Ruscio, 2002).

A sintomatologia está associada a um sofrimento substancial e permanente (e.g., Wittchen, 2002) e não pode ser atribuída ao uso ou abuso de uma substância ou a uma condição médica geral (cf. Gorman, 2001; DSM-IV, 1995).

Vários estudos demonstraram que a PAG raramente é reconhecida e diagnosticada e, quando o é, nem sempre é tratada apropriadamente (e.g., Ustun & Sartorius, 1995, cit. in Wittchen, 2002). Este aspecto é particularmente significativo, na medida em que a PAG afecta de modo substancial a vida social dos indivíduos (Wittchen et al., 2000, cit. in Wittchen, 2002).

As pessoas com PAG, quando procuram ajuda médica, tendem frequentemente a apresentar primariamente queixas de ordem somática, mais do que a referir ansiedade e preocupação, de ordem psicológica (e.g., Bridges & Goldberg, 1985, cit. in Lydiard, 2000). Entre os sintomas mais mencionados podem-se destacar a tensão muscular, os tremores, as contracções, as dores, o sofrimento, as mãos frias, as náuseas e diarreias, o aumento da frequência de urinar, a boca seca, o suor, sendo também comuns as queixas de insónia, particularmente as dificuldades em adormecer. Há um grande número de condições médicas capazes de provocar este tipo de sintomas, o que pode dificultar um diagnóstico apropriado. Acresce ainda o facto de haver muitas vezes relutância por parte do paciente em aceitar que sofre de uma perturbação psiquiátrica. Para excluir outras condições

médicas gerais ou a hipótese de abuso de substâncias são normalmente suficientes uma história de vida feita cuidadosamente, um exame físico e estudos laboratoriais de rotina. O hipertireoidismo, em particular, pode assemelhar-se à PAG, pelo que podem ser indicados estudos da função da tireóide. Se um exame neurológico não indicar nada de anormal, estudos de imagiologia cerebral não são geralmente necessários. O abuso de estimulantes (e.g., cocaína, metilfenidato, dextroanfetamina, pseudoefedrina) pode também dar origem a muitos dos sintomas da PAG. O mesmo pode acontecer em pacientes com síndrome de abstinência em relação a substâncias como o álcool, a codeína ou as benzodiazepinas (Gorman, 2001).

Mais complexo será provavelmente o diagnóstico diferencial entre a PAG e outras perturbações psiquiátricas ou emocionais. O primeiro problema consiste na distinção entre ansiedade normal e patológica. Efectivamente, não existe uma fronteira clara e definida entre o normal e o anormal no que respeita à ansiedade ou à preocupação. Como já referimos, a ansiedade é adaptativa e está presente em todas as espécies, pelo menos em certa medida. Pode dizer-se, contudo, que o que distingue um indivíduo com PAG de um indivíduo com uma preocupação e ansiedade normais é o grau e a extensão da ansiedade e ainda o nível dos danos que causa. Os sujeitos com PAG apresentam uma inquietação e preocupação desproporcionadas em relação ao nível de stresse ou ameaça nas suas vidas. Além disso, neles, a resolução de uma situação difícil não conduz a uma redução significativa dos níveis de ansiedade, movendo-se rapidamente para uma outra situação geradora de preocupação. Acresce ainda que, se a ansiedade normal leva os indivíduos a assumir responsabilidades e a prepararem-se de modo efectivo para as contingências da vida, a ansiedade exagerada dos indivíduos com PAG resulta numa incapacidade para fazer face ou completar as tarefas necessárias (Gorman, 2001). De modo sistematizado, tomando como base um artigo de Ruscio (2002), existirá uma “preocupação normal”, que é moderada, passageira, geralmente de âmbito limitado, e experienciada pela maioria dos indivíduos, e uma “preocupação patológica”, que é excessiva, crónica, penetrante, incontrolável, e experienciada apenas pelos indivíduos com PAG.

Finalmente, o aspecto mais difícil inerente ao diagnóstico da PAG é a temática da comorbilidade. Existe uma extensa comorbilidade entre a PAG, outras perturbações da ansiedade e a depressão (e.g., Ruscio, 2002). As categorias do DSM-IV-TR são designadas de modo a permitir uma diferenciação entre as várias formas diferentes de Perturbação da Ansiedade (e.g., Perturbação de Pânico, Perturbação da Ansiedade Social, Perturbação de Stresse Pós-Traumático) e entre as Perturbações da Ansiedade e a Depressão. Contudo, muitos estudos têm demonstrado que pessoas que sofrem de Ansiedade e Depressão cumprem frequentemente critérios para mais do que um diagnóstico. Os estudos sugerem também que a grande maioria dos indivíduos com PAG experienciam um ou mais episódios de Depressão clinicamente significativa e muitos desenvolvem episódios depressivos recorrentes, aparecendo a PAG como um estado inter-corrente (Gorman, 2001).

Pacientes com PAG geralmente não exprimem sentimentos de desânimo ou ideação suicida como os pacientes com Depressão. Além disso, enquanto nos pacientes ansiosos os medos são acerca de algo que pode acontecer, nos pacientes deprimidos o que era temido é algo que já ocorreu. Reconhecer quando a PAG se torna numa Depressão tem implicações terapêuticas importantes (Gorman, 2001).

Acrescente-se que, segundo Wittchen et al. (1994, *cit. in* Wittchen, 2002), 66% dos pacientes com PAG têm um outro diagnóstico psiquiátrico concorrente e quase todos (90%) têm uma história de vida com outros diagnósticos psiquiátricos.

Prevalência

O conceito e o critério de diagnóstico da PAG mudaram significativamente desde a primeira vez em que foi codificada no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* em 1980, e actualmente ainda existem pequenas diferenças entre o critério usado nos EUA e na Europa. Contudo, os níveis de prevalência verificados ao longo da vida para a PAG são claramente consistentes. Isto em contraste com a variância considerável observada com outras perturbações psiquiátricas (e.g., Depressão; Fobias) (Wittchen, 2002).

Quadro 1 – Prevalência anual e ao longo da vida no NCS da PAG em homens e mulheres por grupo de idade (Wittchen et al., 1994, *cit. in* Wittchen, 2002).

Idade (anos)	Homens (%)	Mulheres (%)	Total (%)
Prevalência anual			
15-24	1.3	1.5	1.4
25-34	3.2	5.0	4.1
35-44	2.3	4.5	3.4
≥ 45	0.9	6.3	3.5
Total	2.0	4.3	3.1
Prevalência ao longo da vida			
15-24	1.5	2.5	2.0
25-34	4.7	7.1	6.0
35-44	4.6	7.2	5.9
≥ 45	3.6	10.3	6.9
Total	3.6	6.6	5.1

Os níveis de prevalência anual e ao longo da vida da PAG (DSM-III-R) verificados pelo US National Comorbidity Survey (1994) (cf. Quadro 1) foram estimados em 3.1% e 5.1%, respectivamente. Os níveis de prevalência ao longo da vida mais baixos foram encontrados na faixa etária dos 15-24 anos (2.0%) e o valor mais alto verificou-se no grupo dos 45-55 anos (6.9%).

Esta pesquisa mostrou também que as mulheres tinham duas vezes mais probabilidade de terem PAG do que o seu contra-par homem, com uns níveis totais de prevalência ao longo da vida de 6.6% e 3.6%, respectivamente (Wittchen, 2002). Este aspecto, de resto, verifica-se também noutras Perturbações da Ansiedade (e.g., Perturbação de Pânico e Perturbação da Ansiedade Social) e na Depressão (Gorman, 2001).

Note-se que os níveis de prevalência aumentaram para 10.3% nas mulheres no grupo etário ≥ 45, enquanto que para os homens do mesmo grupo os valores são da ordem dos 3.6%.

De realçar que estes dados são relativamente consistentes com os encontrados noutros estudos anteriores que usaram critérios de diagnóstico também anteriores e instrumentos diferentes (cf. Carter et al., 2001, *cit. in* Wittchen, 2002).

Os estudos epidemiológicos mais recentes, usando os critérios do DSM-IV (German National Health Interview and Examination Survey; Carter et al., 2001, *cit. in* Wittchen, 2002) apresentaram valores um pouco mais baixos nos níveis de prevalência anual na PAG do que os descritos acima (prevalência anual de 1.5%, vs. 3.1%). Contudo, verificou-se que estas diferenças foram devidas à metodologia usada. Os valores mais elevados foram novamente encontrados em sujeitos do sexo feminino e mais velhos (Wittchen, 2002).

É importante referir que a diferença relativamente pequena entre a prevalência anual (aproximadamente 3%) e ao longo da vida (aproximadamente 5%) reflecte a PAG como perturbação crónica. Efectivamente, muitos casos de PAG começam na infância e, pelo menos se não houver tratamento, seguem um curso crónico com sintomas flutuantes, muitas vezes agravados pelos acontecimentos “stressantes” da vida (Gorman, 2001).

Etiologia

Com raras excepções, a causa da maioria das perturbações psiquiátricas continua por determinar.

Contudo, estudos recentes têm dado importantes contributos no âmbito da etiologia.

Como todas as Perturbações da Ansiedade e a Depressão, a PAG parece ter um pendor hereditário. O risco de um indivíduo sofrer de PAG tendo um familiar em primeiro grau com a mesma perturbação é maior do que na generalidade da população. Os estudos estimam que cerca de 40% da vulnerabilidade ao desenvolvimento da PAG pode ser atribuído à hereditariedade genética. Ainda não foi identificado nenhum marcador genético ou cromossómico com pertinência para a PAG, apesar de alguns estudos sugerirem, por exemplo, que o risco genético para a Depressão e para a PAG envolve uma sobreposição de genes. Isto pode explicar parcialmente a elevada comorbilidade entre a Depressão e a PAG (Gorman, 2001).

A restante variância relativa à explicação causal da PAG é geralmente atribuída a acontecimentos de vida não partilhados, acontecimentos “stressantes” que ocorrem a um indivíduo e que são independentes dos acontecimentos familiares. É inquestionável, por isso, o facto dos acontecimentos de vida “stressantes”, principalmente aqueles que ocorrem durante a infância, aumentarem o risco de desenvolvimento da PAG (Gorman, 2001).

Estudos recentes têm sugerido que os circuitos neuronais envolvidos na aquisição do medo condicionado experimentalmente em animais estão também envolvidos na experiência do medo e da ansiedade nos humanos. Estes circuitos incluem principalmente a amígdala, uma estrutura no lobo temporal médio, e as suas projecções para o tronco cerebral e hipotálamo. A estimulação da amígdala, nos animais, produz aumentos ao nível de comportamentos defensivos e de fuga, batimento cardíaco, pressão sanguínea, respiração, e produção glicocorticoide pela glândula adrenal. Estudos de imagiologia cerebral sugerem que a activação da amígdala também ocorre em humanos durante uma experiência aguda de medo (Gorman, 2001).

Existem ainda evidências em animais e humanos de que a hormona factor de libertação da corticotrofina (CRF) também está envolvida na ansiedade. A CRF é produzida pelo hipotálamo e pelos

sítios extra-hipotalâmicos no cérebro, incluindo a amígdala. Nos animais, em situação experimental, a injeção de CRF directamente no cérebro aumenta o medo e os comportamentos de evitamento. Os antagonistas do CRF reduzem esses comportamentos e têm sido desenvolvidos para testar em humanos com Perturbações da Ansiedade e Depressão (Gorman, 2001).

Tratamento e Intervenção na Perturbação da Ansiedade Generalizada

Aspectos Gerais

Como se viu, a PAG acarreta inúmeros problemas para o indivíduo.

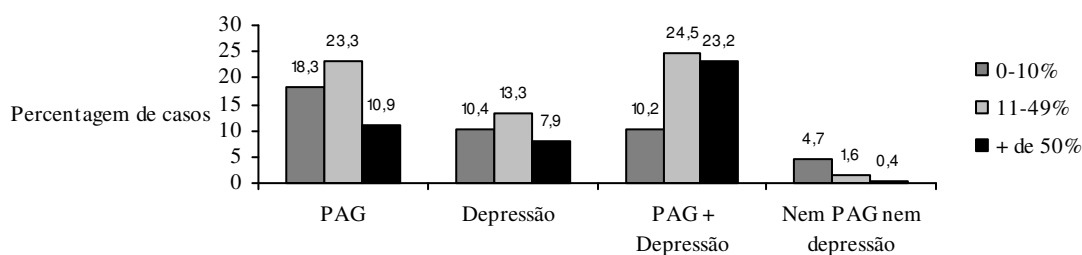
Estes, de uma forma geral, conduzem a uma diminuição da sua qualidade de vida. Na medida em que todos os sujeitos estão integrados numa comunidade, aos problemas individuais estão associados vários efeitos na sociedade.

De acordo com Wittchen (2002), a PAG está associada a um nível significativo de incapacidade individual que é agravada sempre que esta perturbação se encontra associada a outras patologias. Este défice de capacidades é especialmente visível na área social e na produtividade no trabalho. Existem diversos estudos citados pelo mesmo autor que revelam uma associação entre a PAG e uma diminuição marcante do desempenho de papéis e da vida social.

Segundo um estudo de Weiller et al., de 1998 (*cit. in* Wittchen, 2002), pacientes com PAG demonstravam uma maior severidade nos sintomas e um maior grau de incapacidade comparativamente com utentes dos serviços primários de saúde que não tinham sintomas psiquiátricos.

Assim, embora a PAG apresente níveis de incapacidade social tão graves como doenças somáticas crónicas, tem um impacto mais profundo na sociedade ao nível da diminuição da produtividade no trabalho e ao nível do aumento da utilização de serviços de saúde. Devido a esta diminuição da produtividade no trabalho, a perturbação encontra-se associada a uma pesada carga económica. Um estudo realizado por Wittchen e seus colaboradores em 2000 (*cit. in* Wittchen, 2002) é um bom exemplo do efeito da PAG sobre a produtividade no trabalho (*cf.* Figura 1). Verificam-se elevados valores de diminuição da produtividade em sujeitos com Perturbação de Ansiedade, quando em comparação com sujeitos saudáveis. Esses valores apenas são suplantados em situações de PAG e Depressão simultâneas.

Figura 1 – Reduções da produtividade no trabalho relativas à PAG e à Depressão



Judd e colaboradores (*cit. in* Wittchen, 2002) concluíram que um terço dos sujeitos com PAG recorria a ajuda médica para os sintomas somáticos da perturbação, especialmente a médicos do serviço primário de saúde. A associação entre a PAG e outras patologias aumenta em mais de 50% o comportamento de procura de ajuda (Bland et al., 1997 *cit. in* Wittchen, 2002). Dada a já referida considerável sobreposição entre os sintomas da PAG e os sintomas de diversas patologias somáticas, os pacientes com PAG são frequentadores assíduos dos serviços de saúde primários e, além disso, procuram diferentes especialistas até serem definitivamente diagnosticados e tratados. Assim, apesar das elevadas taxas de utilização dos serviços de saúde primários pelos pacientes com PAG, o número de diagnósticos e tratamentos específicos é bastante reduzido, como já se referiu. Este facto leva a que, segundo Wittchen et al. (2001), menos de 10% dos pacientes receba um tratamento (farmacológico ou não farmacológico) adequado para a sua desordem.

Entre a diminuição da produtividade laboral e o recurso massivo às instituições de saúde, a PAG representa um enorme custo económico para a sociedade.

Wittchen (2002) refere que em 1990, nos Estados Unidos da América, foram gastos entre 42 e 47 biliões de dólares em Perturbações de Ansiedade, dos quais 54% foram utilizados em tratamento médico não psiquiátrico, 31% em tratamento psiquiátrico, 10% em custos indirectos no local de trabalho e, apenas uma pequena parcela (2%) foi dispendida com materiais farmacológicos.

De acordo com Greenberg et al. (*cit. in* Wittchen, 2002), o valor indicado para os custos indirectos no local de trabalho (4 biliões de dólares) é, em cerca de 88%, devido à diminuição de produtividade enquanto o paciente permanece no local de trabalho. Desta forma, a produtividade no trabalho pode proporcionar uma indicação mais precisa do custo económico da PAG do que a ausência do trabalho.

Wittchen, no seu trabalho de 2002, fornece algumas indicações com o objectivo de atenuar, no indivíduo e na sociedade, a gravidade desta perturbação, nomeadamente melhorar o reconhecimento e o tratamento da PAG. Os desafios colocados pela PAG, enquanto perturbação que várias vezes se encontra associada a outros problemas e que implica uma acentuada diminuição, incapacidade do indivíduo, passam pelo seu reconhecimento precoce, evitando o desenvolvimento de complicações significativas, e pela combinação criteriosa de estratégias a longo prazo que possam reduzir o sofrimento causado pelos sintomas da PAG e por patologias associadas e que, ao mesmo tempo, previnam a reincidência da problemática.

Assim, qualquer intervenção deve visar a diminuição dos sintomas centrais da PAG, a redução da associação da PAG com outras patologias e incapacidades que daí advêm.

A PAG pode ser tratada através de farmacoterapia, psicoterapia ou de uma combinação de ambas.

A Anxiety Disorders Association of America (ADAA *website*, 2005) revela que a selecção do tratamento mais adequado deve ter em conta diversos factores, tais como as características do paciente e as suas preferências, resposta a tratamentos prévios (caso existam), acessibilidade a cada uma das abordagens, objectivos a curto prazo e/ou objectivos a longo prazo, padrões de associações com outras patologias, questões médicas (e.g., gravidez), sensibilidade a efeitos secundários, competências do profissional de saúde, os custos inerentes a cada uma das abordagens e disponibilidade de recursos.

Os objectivos a curto prazo para o tratamento da PAG pautam-se pela redução dos sintomas somáticos como, por exemplo, o stress psíquico resultante da preocupação opressiva ou da insónia (ADAA *website*, 2005).

A finalidade das intervenções a longo prazo no âmbito da PAG, segundo a ADAA (*website*, 2005), passa pela recuperação total dos pacientes, pela prevenção da reincidência ou recorrência, e pelo alívio relativamente a possíveis desordens associadas (e.g., Depressão).

Ainda antes do tratamento ser iniciado, o paciente deverá ser elucidado sobre as abordagens farmacológica e psicoterapêutica, permitindo determinar possíveis preferências que o indivíduo tenha quanto ao tratamento a adoptar, bem como o seu nível de motivação. É também usual, neste momento da intervenção, o terapeuta determinar algumas medidas gerais de conduta como, por exemplo, fazer exercício físico regularmente, conseguir um período de sono adequado ou evitar o consumo de cafeína e álcool (ADAA *website*, 2005).

Tratamento Farmacológico

O principal objectivo da abordagem farmacoterapêutica consiste no rápido tratamento da preocupação e tensão características desta patologia, pelo recurso a agentes que não provoquem efeitos secundários adversos e que, simultaneamente, possuam um baixo poder de adição (ADAA *website*, 2005).

A ADAA (*website*, 2005) foca alguns aspectos que devem ser considerados quando se pretende tratar a PAG segundo o método farmacológico. Assim, os fármacos são prescritos segundo uma lógica a longo prazo, na medida em que a sua interrupção precoce conduz, muito provavelmente, a uma reincidência. A medicação utilizada pode provocar diferentes efeitos secundários (e.g., disfunção sexual, aumento de peso) e deve ser considerada no momento da escolha do tratamento. Em pacientes com uma doença crónica associada existe uma elevada probabilidade de interacção entre diferentes medicamentos e, como tal, esta possibilidade deverá ser rigorosamente avaliada.

O Quadro 2 mostra alguns dos agentes farmacológicos que se demonstrou serem eficazes no tratamento da PAG.

Quadro 2 – Elementos farmacológicos eficazes no tratamento da PAG

Ansiolíticos		Antidepressivos			
Benzodiazepinas	Buspirona	SSRI's (inibidores selectivos de recaptação de serotonina)	SNRI		Antidepressivos heterocíclicos
			(inibidores selectivos da recaptação da serotonina e noradrenalina)	TCA's (antidepressivos tricíclicos)	

As Benzodiazepinas são um tipo de ansiolíticos que, segundo afirma a ADAA (*website*, 2005), são preferencialmente usados em tratamentos a curto prazo ou na fase inicial de um tratamento,

embora também sejam utilizados em casos em que a PAG se mantém durante longos períodos de tempo. De acordo com Wittchen (2004), as benzodiazepinas são tradicionalmente utilizadas no tratamento de desordens de ansiedade agudas, mas não são o tratamento ideal em casos de PAG crónica.

O mecanismo de acção destes fármacos pressupõe um aumento da afinidade de receptores gabérgicos em relação a um dos principais neurotransmissores inibidores, o GABA (ADAA website, 2005).

Actualmente pensa-se que as benzodiazepinas são úteis no tratamento de sintomas somáticos agudos. Em termos gerais, caracterizam-se por terem um rápido início de acção e um baixo custo, ainda que exista o risco de o paciente se tornar dependente da medicação utilizada (ADAA website, 2005).

A utilização das benzodiazepinas está ainda limitada por outros factores que incluem efeitos adversos, tais como sedação, fadiga, diminuição da *performance* psicomotora, redução da capacidade de aprendizagem, efeitos sinérgicos quando associada com álcool, além do já referido risco de dependência e consequente abuso (ADAA website, 2005). Contudo, a mesma fonte refere que, numa terapia de manutenção, alguns destes efeitos negativos podem tornar-se transitórios ou até mesmo desaparecer.

Apesar da natureza crónica da PAG solicitar tratamentos a longo prazo, a utilização continuada de benzodiazepinas conduz, em alguns pacientes, a uma tolerância física e também a uma dependência física e/ou psicológica (ADAA website, 2005).

A interrupção de um tratamento com base no uso de benzodiazepinas pode ser seguida de situações de reincidência, de repercussões na ansiedade e de sintomas de privação. Estas consequências podem ser potenciadas sempre que a retirada da medicação é realizada de uma forma muito rápida. De forma a evitar estes sintomas é necessário proceder a um plano de redução muito lento durante um largo período de tempo. O actual estado da investigação indica que os sintomas de privação ocorrem com maior frequência e severidade em casos de uso prolongado, interrupção abrupta ou rápida eliminação das benzodiazepinas (ADAA website, 2005).

Em relação à Bupiriona, estudos iniciais revelaram que era tão eficiente quanto as benzodiazepinas no tratamento de desordens de ansiedade e que, além disso, não existiam manifestações de efeitos secundários ou sintomas de privação. Contudo, apesar da eficiência demonstrada pela Bupiriona no tratamento da PAG, não tem qualquer eficácia quando estão presentes patologias associadas, não sendo, por isso, recomendada como um tratamento de primeira linha (Wittchen, 2002).

A utilização da Bupiriona no tratamento de Perturbações de Ansiedade está limitada a tratamentos de curto prazo e, como tal, não será a hipótese mais aconselhável para o tratamento da PAG (Wittchen, 2002).

Estudos de Bakish (1999) e Lydiard e colaboradores (1987), ambos citados por Wittchen (2002), afirmam que a Bupiriona é ineficaz quando uma Depressão está associada à PAG.

A ADAA (*website*, 2005) refere algumas características da Buspirona: não potencia os efeitos do álcool, provoca menos sonolência e letargia do que antidepressivos, e não produz dependência psicológica.

Os antidepressivos, por seu lado, são utilizados na tentativa de melhorar sintomas psíquicos a longo prazo. Contudo, devido aos seus efeitos secundários, podem agravar ou piorar a ansiedade (ADAA *website*, 2005).

Os TCAs foram os primeiros antidepressivos a serem prescritos para o tratamento da PAG. Estes antidepressivos são utilizados com o objectivo de impedir o aumento de serotonina e norepinefrina, ou de ambos. Os efeitos provocados pelos TCAs surgem apenas após um longo período (2 a 3 semanas) (ADAA *website*, 2005).

Segundo a ADAA (*website*, 2005), a utilização deste tipo de antidepressivos é limitada pelos efeitos secundários anticolinérgicos, pelos riscos cardiovasculares e pelo perigoso potencial de *overdose*.

Como consequência dos efeitos secundários acima enunciados, estes fármacos não devem ser indicados a pacientes idosos ou a pacientes com doenças cardiovasculares (Wittchen, 2004).

Atentando nos antidepressivos heterocíclicos, entre eles destacam-se o Trazodone e o Nefazodone.

A eficácia do Trazodone é comparável àquela que é atribuída aos TCAs e às benzodiazepinas relativamente à PAG aguda, ainda que demonstrem um padrão de segurança melhor. O mecanismo de actuação deste antidepressivo ainda não é totalmente claro, mas foi demonstrado que inibe o *reuptake* de serotonina, embora também possa exercer influência sobre outros receptores (ADAA *website*, 2005).

O Nefazodone é um receptor antagonista que inibe o aumento de serotonina e norepinefrina (ADAA *website*, 2005).

Os SSRIs são compostos inibidores selectivos relativos ao aumento de serotonina, resultando, simultaneamente, numa redução dos sintomas de Ansiedade e de Depressão (Wittchen, 2002).

Este tipo de fármacos demonstra ser benéfico em situações de Depressão, mas também está clinicamente indicado para a PAG e algumas outras Perturbações de Ansiedade como a Fobia Social ou a Perturbação de Pânico (ADAA *website*, 2005).

Tal como todos os outros medicamentos até aqui referidos, também os SSRIs têm desvantagens. A ADAA (*website*, 2005) aponta a necessidade de titulação química da dose em consequência de efeitos secundários iniciais como, por exemplo, aumento da ansiedade, activação lenta da acção ansiolítica, e outros efeitos secundários (e.g., disfunção sexual e aumento de peso). Existem ainda outros inconvenientes provocados pela utilização dos SSRIs: problemas gastrointestinais (e.g., náuseas) e complicações neuropsiquiátricas (e.g., cefaleias, tremores), embora vários destes problemas desaparecem nas primeiras semanas de terapia.

Caso se verifique uma retirada abrupta deste tipo de medicação, os pacientes, muito provavelmente, exibirão comportamentos de privação, como vertigens, caprichos, ligeiramente sem controlo, cefaleias, com náuseas e parestesias (ADAA *website*, 2005).

A ADAA (*website*, 2005) aconselha que se proceda a uma monitorização constante do tratamento em pacientes idosos, sujeitos com um índice de metabolização pobre e em indivíduos diminuídos a nível das funções asseguradas pelo fígado ou pelos rins.

Os SNRIs são compostos que inibem o aumento de serotonina e norepinefrina (Wittchen, 2002).

Este género de medicação é indicado para PAG agudas e para tratamentos a longo prazo e é, ao mesmo tempo, eficiente no tratamento da Depressão e sintomas depressivos em pacientes com PAG (ADAA *website*, 2005).

De acordo com a ADAA (*website*, 2005), os efeitos secundários dos SNRIs são semelhantes aos que já foram indicados para os SSRIs, devendo acrescentar-se a possibilidade de existir um pequeno risco (reversível) de aumento da pressão sanguínea.

Depois desta explanação, no Quadro 3 estão indicam-se algumas das possíveis alternativas farmacológicas a utilizar no futuro para o tratamento da PAG (ADAA *website*, 2005).

Quadro 3 – Futuras abordagens farmacológicas

Péptidos neuroactivos	Colecistocinina (CCK) receptor antagonista
	Neurocinina (NK) receptor antagonista
5-HT _{1A} -Receptor agonista	Flesinoxan
	Eptapirone
α_2 - δ Voltage-Dependent Ca ²⁺ Channel Ligand	Pregabalin
GABA _A -Receptor modulador	Suriclone
5-HT _{2A/2C} Antagonista	Deramciclane

Tratamento Psicoterapêutico

O tratamento farmacológico não é a única esperança para pacientes com PAG. Existe também uma abordagem psicoterapêutica ao tratamento da PAG, nomeadamente pelas terapias cognitivo-comportamentais, que se provou serem eficazes no tratamento da PAG (ADAA *website*, 2005).

As terapias cognitivo-comportamentais tentam alterar as cognições e os comportamentos que são responsáveis pela manutenção da Perturbação de Ansiedade (ADAA *website*, 2005). Lydiard (2000), refere que as terapias cognitivo-comportamentais ajudam os pacientes a proceder a uma auto-monitorização em busca de preocupações excessivas e irrealistas, e a realizar uma avaliação mais realista das suas preocupações.

Estas terapias preconizam que os pacientes devem ser treinados na identificação de estímulos internos e externos que fazem aumentar a ansiedade. Após uma discriminação precisa dos estímulos desencadeadores de ansiedade, os pacientes devem aplicar as competências de *coping*, que entretanto aprenderam, aos sintomas somáticos e psíquicos da sua perturbação (ADAA *website*, 2005).

Uma vertente mais cognitiva destas terapias pressupõe a identificação de pensamentos incómodos, a procura de provas empíricas e a criação de pensamentos alternativos e crenças baseadas nas provas empíricas encontradas. A partir daqui, todo o processo pode ser desenvolvido pelo recurso à imaginação (Borkovec et al., 1999).

As técnicas comportamentais incluem dessensibilização e exposição *in vivo*, com o objectivo de auxiliar o aumento da capacidade do indivíduo em lutar com/confrontar-se com situações ou objectos geradores de ansiedade (Lydiard, 2000).

O relaxamento pode ser um factor importante nestas terapias. Borkovec e seus colaboradores (1999), propõem que os pacientes com PAG sejam treinados no uso flexível de várias competências de relaxamento como resposta ao despontar da ansiedade e de tensão.

Assim, enquanto desenvolvem métodos de relaxamento, os indivíduos são aconselhados a ignorar as preocupações que detectam e não a tentar suprimir a sua ocorrência. Para facilitar este processo, é sugerido aos sujeitos que adiem as preocupações para um local e tempo futuros, claramente definidos, evitando que a preocupação esteja associada à sua vida quotidiana e a todas as circunstâncias que a compõem. Por fim, os pacientes são aconselhados a desviar a sua atenção para a experiência do momento (e não para pensamentos ilusórios) em que desempenham uma resposta de relaxamento e/ou adiam uma preocupação (Borkovec et al., 1999).

Neste modelo de terapia verifica-se muita interacção entre o paciente e o terapeuta. Para que o processo possa ser bem sucedido é necessário, em primeiro lugar, que o paciente concorde com a intervenção e, em segundo lugar, que possua um elevado grau de motivação.

Reportando-se à realidade norte americana, a ADAA (*website*, 2005) refere que poucos pacientes com PAG, frequentadores dos serviços primários de saúde, recebem tratamento através das terapias cognitivo-comportamentais devido às políticas de reembolso, ao tempo, à disponibilidade e à acessibilidade. Nesta perspectiva, recomenda-se que os profissionais dos serviços primários de saúde tenham conhecimento dos princípios subjacentes às terapias cognitivo-comportamentais, com o objectivo de aconselhar os pacientes com PAG, especialmente aqueles que são frequentadores assíduos dos serviços primários de saúde, e os que sofrem de manifestações exacerbadas dos sintomas.

Nos locais onde são prestados os cuidados primários de saúde deve existir psicoterapia de suporte aos pacientes com PAG. Essa psicoterapia poderá incidir segundo as seguintes áreas: fornecer educação, explicações, informações; providenciar escuta empática; assegurar confiança significativa ao sujeito; transmitir encorajamentos; e, por fim, proporcionar aos pacientes boas orientações (ADAA *website*, 2005).

A ADAA (*website*, 2005) sintetizou algumas características basilares das terapias cognitivo-comportamentais, entre as quais:

- Baseadas no Modelo Cognitivo das Respostas Emocionais, segundo o qual os sentimentos e comportamentos são causados por pensamentos e não por elementos externos (e.g., pessoas, situações ou acontecimentos);
- A intervenção é limitada no tempo e tem uma natureza altamente instrucional;

- O terapeuta concentra a sua atenção no ensino de competências racionais de auto-aconselhamento;
- Têm subjacente a filosofia estoíca: as situações indesejáveis existem, quer nos preocupemos com elas ou não e, como tal, na pior das hipóteses, os pacientes devem aprender a sentir-se calmos quando em confronto com essas situações indesejáveis;
- Utilizam o método socrático: o terapeuta questiona o paciente, na tentativa de compreender profundamente as suas preocupações;
- Trata-se de processos estruturados, em que são ensinados ao paciente, em cada sessão, técnicas e conceitos específicos;
- Estão sedimentadas num modelo educacional, pois existe a assumpção de que a grande parte das reacções emocionais e comportamentais é aprendida e, como tal, o objectivo da terapia é proporcionar ao paciente condições em que este possa diminuir/extinguir as reacções indesejadas e aprender novas formas funcionais de reagir;
- Confiam no método indutivo, pois encoraja o sujeito a perscrutar os seus pensamentos, enquanto hipóteses que podem ser questionadas e testadas;
- A prescrição, ao paciente, de trabalhos de casa, é uma das principais características da terapia cognitivo-comportamental.

Integração dos Tratamentos Farmacológico e Psicoterapêutico

Quando se verifica que um paciente não responde satisfatoriamente ao tratamento farmacológico ou ao tratamento psicoterapêutico, quando aplicados isoladamente, é possível integrar ambas as abordagens na expectativa de potenciar o progresso do paciente (ADAA website, 2005).

As terapias cognitivo-comportamentais são significativamente compatíveis com a farmacoterapia. A combinação entre as duas abordagens pode ser realizada de diversas formas: concomitantemente, ou seja, simultaneamente; sequencialmente, sendo que as terapias cognitivo-comportamentais se seguem ao controlo inicial dos sintomas pela utilização de fármacos; ou empregando os modelos psicoterapêuticos como forma de facilitar a interrupção da medicação (ADAA website, 2005).

A utilização combinada das abordagens farmacológica e psicoterapêutica para o tratamento da PAG pode ser especialmente importante para pacientes que não podem tomar a totalidade da dose de medicação prescrita, ou para indivíduos que, de uma forma geral, têm receio da medicação (ADAA website, 2005).

Os profissionais de saúde dos serviços primários funcionam, várias vezes, como prescritores de medicação e, em quase todas as situações, como referenciais da psicoterapia. Esta distinção poderá revelar-se problemática em situações em que o paciente tem uma percepção negativa da psicoterapia (e.g., prolonga-se por demasiado tempo ou não acredita na eficácia da terapia), mas aceita a farmacoterapia com facilidade (ADAA website, 2005).

Uma outra abordagem para tentar desenvolver o tratamento da PAG centra-se no papel que a desregulação emocional desempenha nesta patologia. De acordo com Mennin (2004), “se os indivíduos com PAG são altamente sensíveis em termos emocionais, têm dificuldades em compreender a sua experiência emocional, e possuem poucas capacidades para modular as suas emoções, podem experienciar emoções como subjectivamente aversivas e sentir a necessidade de controlar as suas experiências emocionais”. A preocupação surge como uma estratégia (ineficaz e inapropriada) para controlar e/ou suprimir experiências emocionais. Neste sentido, a intervenção deve incidir no aumento das capacidades do paciente relativamente ao conhecimento, aceitação e utilização das suas emoções, salientando o seu valor adaptativo. A terapia da regulação emocional integra componentes comuns aos tratamentos cognitivo-comportamentais (e.g., auto-monitorização, exercícios de relaxamento), com intervenções centradas nas emoções (e.g., treino de competências e exercícios experimentais), abrangendo factores cognitivos, emocionais e contextuais.

A terapia da regulação emocional desenvolve-se em quatro fases: 1) o paciente é exposto a psicoeducação sobre a PAG, procedendo a uma monitorização da sua história desenvolvimental em busca de situações funcionais de preocupação; 2) treino de competências a nível de consciência somática, conhecimento, utilização e regulação emocionais; 3) uso das competências adquiridas para confrontar aspectos centrais usando exercícios de exposição experimental; 4) revisão dos progressos e prevenção de recaídas (Mennin, 2004).

Monitorização da Evolução do Tratamento

Não existe, segundo a ADAA (*website*, 2005), qualquer escala standardizada que possa medir as principais características da PAG (e.g., manifestações físicas, preocupação, evitamento) e que esteja validada para os serviços de saúde primários. Esta ausência pode ser preocupante se recordarmos que grande parte dos pacientes com PAG recorre, em primeiro lugar, a esses serviços.

Contudo, existem alguns questionários (e.g., Prime-MD, Patient Health Questionnaire, Hamilton Anxiety Rating Scale) que são utilizados para identificação de pacientes com PAG (ADAA *website*, 2005).

O progresso do paciente pode ser verificado com uma determinada periodicidade através de visitas ao profissional de saúde, ou por documentação apurada pelo próprio indivíduo sobre a frequência e duração dos sintomas, situação que fazem despoletar os sintomas e estratégias de *coping* utilizadas (ADAA *website*, 2005).

Quando o paciente tem acesso a um profissional especializado, este deve ser informado (pelo profissional do serviço primário de saúde) sobre as preferências do paciente, a severidade da patologia, o risco de o paciente se auto-prejudicar, a agressividade do indivíduo, a possível presença de psicoses ou abuso de substâncias (ADAA *website*, 2005).

A ADAA (*website*, 2005) declara que, para facilitar o progresso do tratamento da PAG e potenciar as possibilidades de sucesso, o profissional de saúde dos serviços primários e o especialista de saúde mental, devem trabalhar em conjunto.

Educação do Paciente

Na medida em que, entre as características da PAG, encontramos o comportamento de evitamento e a preocupação, será benéfico apresentar esta patologia enquanto uma desordem exógena, de forma a não ser percebida como uma rejeição (ADAA *website*, 2005).

Para que o indivíduo com PAG aceite o diagnóstico e o tratamento da melhor forma possível, o profissional de saúde deve estabelecer com o sujeito uma relação empática e comunicativa. Deverá existir uma discussão calma e ponderada sobre como os objectivos da medicação e da psicoterapia contribuirão para o restabelecimento da qualidade de vida do indivíduo (ADAA *website*, 2005).

A ADAA (*website*, 2005) indica algumas considerações a ter em conta na comunicação entre o paciente com PAG e o profissional de saúde:

- Descrever a perturbação enquanto condição médica tratável e que pode “ser de família”;
- Dar conselhos sobre um estilo de vida mais adequado (e.g., evitar cafeína, nicotina e álcool, ter uma dieta adequada, fazer exercício físico com regularidade, controlar os períodos de sono);
- Fornecer uma perspectiva geral sobre as opções de tratamento, os objectivos e efeitos secundários;
- Indicar a necessidade de tratamentos *follow-up* para que o paciente se sinta melhor e, ao mesmo tempo, evitar reincidências;
- Descrever a vulnerabilidade a outras desordens;
- Encorajar os indivíduos a manterem um registo dos sintomas, medicação, mudanças no estilo de vida;
- Quando possível, o profissional de saúde do serviço primário, indicar um especialista;

Conclusão

Os aspectos considerados mais importantes neste trabalho sobre a PAG são os inerentes às suas características sintomáticas, ao seu diagnóstico e subsequente tratamento.

Importa reiterar a ideia de que a PAG é uma perturbação que acarreta sofrimento para o indivíduo e que afecta negativamente a sua vida quotidiana, sendo incapacitante a vários níveis. Contudo, conhecem-se actualmente, como se verificou, vários modos de tratamento, incidindo essencialmente em três vertentes ou modalidades: farmacológica, psicoterapêutica e integração das duas.

Não obstante, aquilo a que podemos chamar sub-diagnóstico, isto é, o facto de muitas vezes a perturbação não ser identificada, impede o planeamento e implementação de uma intervenção eficaz. O indivíduo é relegado assim para um ciclo crónico de ansiedade, preocupação e sofrimento.

É importante referir que muitas informações usadas neste trabalho, nomeadamente dados estatísticos, reportam-se fundamentalmente à realidade norte-americana, dada a dificuldade em encontrar investigação portuguesa, que será escassa. Desta forma, a informação apresentada deve ser enquadrada de modo relativo.

Dada a maneira como afecta negativamente a vida dos indivíduos e os custos sociais que acarreta, seria importante desenvolver de modo mais acentuado e significativo trabalhos de investigação sobre a realidade portuguesa.

É ainda de realçar novamente o facto de terem sido apenas referidos os aspectos considerados mais importantes sobre a PAG. São aqueles que, do ponto de vista dos autores, permitem uma visão geral e englobante desta perturbação.

REFERÊNCIAS

- Borkovec et al (1999). The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 126-138;
- Dugas, M. (2000). Generalized Anxiety Disorder Publications: So Where do We Stand? *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 31-40;
- *DSM-IV: diagnostic and statistical manual of mental disorders*/American Psychiatric Association. 4.^a ed. Washington: American Psychiatric Association, 1995;
- Gorman, J. (2001). Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Cornerstone*, 3, 37-43;
- Lydiard, R. (2000). An Overview of Generalized Anxiety Disorder: Disease State-Appropriate Therapy. *Clinical Therapeutics*, 22, A3-A24;
- Mennin, D. (2004). Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 17-29;
- Ruscio, A. (2002). Delimiting the boundaries of generalized anxiety disorder: differentiating high worriers with and without GAD. *Anxiety Disorders*, 16, 377-400;
- Wittchen, H. (2002). Generalized Anxiety Disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety*, 16, 162-171;
- www.adaa.org/AnxietyDisorderInfor/index.cfm (Março, 2005);
- www.nimh.nih.gov/publicat/adfacts.cfm (Março, 2005);