

CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA-LTD
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JAMYLLE MARIA MORAES SILVA

**CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTE COM TRANSTORNO DA
ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG): uma revisão de bibliografia**

Itaituba-PA
2019

JAMYLLE MARIA MORAES SILVA

**CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTE COM TRANSTORNO DA
ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG): uma revisão de bibliografia**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Enf.º Esp. Raimisson Antônio de Abreu
Santos.

Itaituba-PA

2019

Silva, Janylle Maria Moraes.

Caracterização de paciente com Transtorno da Ansiedade Generalizada: uma revisão bibliográfica/ Janylle Maria Moraes Silva. Itaituba: FAI, 2019.

44 f.: il.

Orientadora: Profª. Esp. Raimisson Antônio de Abreu Santos.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Itaituba, 2019.

1.Saúde Mental. 2.Transtorno de Ansiedade. I Santos, Raimisson Antônio de Abreu. II. Faculdade de Itaituba, BR – PA, 2019.

JAMYLLE MARIA MORAES SILVA

**CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTE COM TRANSTORNO DA
ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG): uma revisão de
bibliografia**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Enf.º Esp. Raimison Antônio de Abreu
Santos.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof. Esp. Raimison Antônio de Abreu Santos Nota: 100

Avaliador: Prof.^a. Esp. Narjara Loanda do Nascimento Medeiros Nota: 95

Avaliador: Prof.^a Esp. Rosangela de Aguiar Rodrigues Nota: 100

27 de março de 2019.

Dedico essa monografia aos meus filhos (Camilly e Kauan), pois é por eles que luto todos os dias por um futuro melhor, e a minha querida mãe (Carla Moraes) que sempre esteve ao meu lado me dando força, contribuindo para o meu crescimento e por sempre me fazer acreditar no meu potencial.

AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, por minha vida e por ter me dado saúde, sabedoria, força e coragem para vencer todos os obstáculos e dificuldades enfrentadas durante todo o curso, me dando serenidade, perseverança e força para continuar toda vez que eu pensava em desistir.

A minha mãe **Ana Carla Moraes**, que sempre esteve me dando total apoio em toda essa jornada difícil, cuidando de mim e dos meus filhos para que eu consiga a realização de mais um sonho. Ela é a minha maior incentivadora e meu maior orgulho.

Aos meus filhos, **Camilly Victória** e **Kauan Eugênio**, por ser a minha fonte de forças, durante todo esse tempo, pois é por eles que todos os dias luto por uma vida melhor e sempre tento ser melhor para dar para eles tudo o que eu nunca tive.

Ao meu esposo **Eugênio Cerqueira**, que teve paciência nas minhas crises de choros quando algo não dava certo em algum trabalho, por sempre me motivar a ser melhor e por me ajudar sempre que pôde em todas as minhas atividades durante o curso.

A todos os meus professores por ter contribuído não somente com conhecimento racional, mas também, no processo de manifestação do caráter e efetividade da educação no processo de formação profissional. Todos, sem exceção, tiveram a sua contribuição ao longo dessa jornada.

Aos meus amigos, **Melquisedeque Barbosa**, **Cintia Lorrany** e **Eduardo Araújo**, que sempre estiveram ao meu lado, me dando carona durante muito tempo na ida para a faculdade e na vinda para casa, ajudando com os trabalhos acadêmicos, com os trabalhos em grupos, esses se tornaram mais que amigos e que sempre quero ter por perto.

A Faculdade de Itaituba pela oportunidade de trazer o curso de Enfermagem, podendo assim, transformar um sonho em realidade de muitas pessoas.

Ao PROUNI, que foi o programa em que consegui através da nota do Enem para custear todo o meu curso.

Ao meu orientador, **Raimisson Antônio de Abreu Santos**, pelo incentivo, apoio e instrução nesta etapa tão importante da minha vida, e a todos os meus colegas de turma que contribuíram direto e indiretamente para a realização deste sonho.

"Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar."

"Paulo Freire".

RESUMO

Na sociedade contemporânea, a ansiedade é um dos males que mais afetam o ser humano, pois são tantos os afazeres e responsabilidades que, em meio a este contexto está à estrutura subjetiva que em muitos momentos o indivíduo não está preparado para absorver toda essa carga de compromissos. Assim, o trabalho de conclusão de curso explana as patologias causadas pelo excesso de ansiedade, e os males que pode causar. A variedade dos sintomas torna o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) um transtorno de complexo diagnóstico, camuflando-se por vezes em comorbidades. Aborda de forma sucinta os transtornos causados pela ansiedade “desenfreada”. Além do desempenho do profissional de enfermagem na assistência aos portadores de transtornos mentais. Trata-se de uma revisão bibliográfica que realizou um arrolamento de informações sobre os aspectos históricos acerca da saúde mental no Brasil, o desenvolvimento de transtornos em virtude da ansiedade e o papel do enfermeiro no auxílio à recuperação de pacientes com problemas psiquiátricos. Considera-se uma pesquisa bibliográfica quanto aos objetivos, a pesquisa classifica-se como de natureza exploratória. Mediante as discussões dos autores, afirmou-se a respeito do conceito da ansiedade e os problemas que a ansiedade pode acarretar, os benefícios através dos tratamentos disponibilizados para o Transtorno da Ansiedade Generalizada. E acima de tudo trouxe contribuições do papel da enfermagem no campo da saúde mental especificamente nos cuidados com o portador de transtorno de ansiedade, pois os enfermeiros envolvidos com o cuidado e atendimento de pacientes é fundamental que a equipe de saúde esteja preparada para estabelecer um relacionamento de empatia e confiança com o paciente, para assim facilitar o atendimento e uma recuperação satisfatória. Assim, os dados apresentados demonstrou também que o enfermeiro deve renovar sempre seus conhecimentos, repensando nas suas atitudes e ações que influenciam na busca de mais conhecimentos para alcançar com mais competência a tríade que ajuda na qualidade da assistência psiquiátrica. Desta forma, acreditamos que este trabalho é apenas um ponto de partida para discussões futuras a respeito do tema aqui abordado.

Palavras-Chave: Saúde Mental. Transtorno de Ansiedade. Profissional de Enfermagem.

ABSTRACT

In contemporary society, anxiety is one of the evils that affect the human being, since there are so many tasks and responsibilities that, in this context, is to the subjective structure that in many moments the individual is not prepared to absorb all this burden of commitments. Thus, the course completion work explains the pathologies caused by excessive anxiety, and the ills it can cause. The variety of symptoms makes Generalized Anxiety Disorder (GAD) a disorder of diagnostic complex, sometimes camouflaging itself in comorbidities. It deals briefly with the disorders caused by "unbridled" anxiety. In addition to the performance of the nursing professional in the care of those with mental disorders. It is a bibliographical review that carried out a list of information about the historical aspects about mental health in Brazil, the development of anxiety disorders and the role of the nurse in helping the recovery of patients with psychiatric problems. It is considered a bibliographical research regarding the objectives, the research is classified as exploratory in nature. Through the discussions of the authors, we affirmed about the concept of anxiety and the problems that anxiety can cause, the benefits through the treatments available for Generalized Anxiety Disorder. And above all brought contributions of the role of nursing in the field of mental health specifically in the care of the person with anxiety disorder, because the nurses involved with the care and care of patients it is fundamental that the health team is prepared to establish a relationship empathy and trust with the patient, in order to facilitate care and a satisfactory recovery. Thus, the data presented also demonstrated that nurses should always renew their knowledge, rethinking their attitudes and actions that influence the search for more knowledge to reach with more competence the triad that helps in the quality of psychiatric care. In this way, we believe that this work is only a starting point for future discussions on the topic addressed here.

Keywords: Mental Health. Anxiety disorder. Nursing Professional.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos artigos segundo o autor, Título da obra e ano de publicação.....	32
Quadro 2 – Distribuição dos artigos segundo o autor, Título da obra e ano de publicação.....	34
Quadro 3 – Distribuição dos artigos segundo o autor, Título da obra e ano de publicação.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - American Psychiatric Association

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ISRS - Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina

OMS - Organização Mundial da Saúde

TAG - Transtorno de Ansiedade Generalizada

TCC - Terapia Cognitiva-Comportamental

TEA - Transtorno de estresse agudo

TEPT - Transtorno de estresse pós-traumático

TF - Transtorno de Fobia

TOC - Transtorno Obsessivo Compulsivo

TP - Transtorno do Pânico

USP - Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1	A ANSIEDADE NO MUNDO ATUAL.....	13
2.2	CONCEITO DE TRANSTORNO DA ANSIEDADE.....	14
2.2.1	Transtorno do pânico.....	15
2.2.2	Transtorno de Fobia.....	16
2.2.3	Transtorno obsessivo compulsivo (TOC).....	17
2.2.4	Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).....	18
2.2.5	Transtorno de estresse agudo (TEA).....	20
2.3	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG).....	21
2.3.1	Sintomas.....	23
2.3.2	Tratamentos.....	24
2.3.3	Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC).....	25
2.4	ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG).....	27
3.	METODOLOGIA.....	30
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	30
3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	30
3.3	ANÁLISE DOS TEXTOS.....	30
3.4	INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	31
3.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	31
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
4.1	CONCEITO DE ANSIEDADES E PROBLEMAS QUE PODE ACARRETAR.....	32
4.2	BENEFÍCIOS DOS TRATAMENTOS PARA O CONTROLE E PREVENÇÃO DA ANSIEDADE.....	34
4.3	OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM E O PORTADOR DE TRANSTORNO DA ANSIEDADE.....	36
5	CONCLUSÃO.....	38
	REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho aborda o tema “caracterização de pacientes com transtorno de ansiedade generalizada (TAG): uma revisão de bibliografia”. É um importante campo para investigação, já que a ansiedade atinge uma enorme parcela da população, causando incapacidade temporária ou permanente nas pessoas (BROWN, O'LEARY, & BARLOW, 1999). A ansiedade é causada por uma antecipação de um perigo, sentimento vago e desagradável, gera apreensão, causa tensão ou desconforto, geralmente diante de algo desconhecido ou estranho (CASTILHO, 2000).

Para Vechia e Martins (2009) o atendimento de pacientes no âmbito da saúde mental, dentro do sistema público de saúde, o serviço ofertado está ligado à atenção básica, pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que assiste as pessoas que apresentam distúrbios psíquicos ou transtornos mentais.

Entretanto, os profissionais de saúde possuem uma função importante no contexto das políticas públicas direcionadas a pacientes com transtornos mentais. Em particular, o enfermeiro exerce papel de auxiliador, como também de agente capaz de assistir o paciente em sua reabilitação psicossocial com ações de valoração do indivíduo (ROBAÍNA, 2010).

Justifica-se, portanto, a relevância do presente estudo pela necessidade de compreender melhor a precisão do diagnóstico de ansiedade e suas ramificações, os efeitos físicos e psicológicos que são manifestados devido ao excesso de ansiedade.

Com uma sociedade cada vez mais propensa a desenvolver o transtorno de ansiedade generalizada, precisamos transmitir o assunto para um conhecimento geral, dando amplo espaço de discussão, para facilitar o tratamento e incentivar o trabalho multidisciplinar; o enfermeiro precisa estar familiarizado para contribuir no tratamento (CAVALER; GOBBI, 2013).

A cartilha Direito a Saúde Mental define que “as pessoas com transtornos mentais devem ser tratadas de modo que se percebam acolhidas e valorizadas no seu modo de ser, ouvidas e reconhecidas em suas necessidades e vontades – inclusive em seu próprio projeto de tratamento – de modo a permitir e promover melhorias em sua vida” (BRASIL, 2012).

Diante do exposto acima, tem-se a seguinte pergunta norteadora desse estudo: A enfermagem que atua na Atenção Básica tem conhecimento suficiente

para atuar nos diferentes serviços de saúde mental, de acordo com cada situação e condição do paciente?

Tendo como objetivo geral abordar um levantamento bibliográfico sobre transtorno de ansiedade generalizada e analisar o papel do profissional em enfermagem na assistência de pacientes com a manifestação do Transtorno da Ansiedade Generalizada (TAG), buscando especificamente abordar sobre os benefícios dos tratamentos no controle e prevenção da ansiedade e os cuidados da enfermagem e compreender o papel do enfermeiro na assistência com pacientes com (TAG).

Cada análise buscou abordar um levantamento bibliográfico sobre transtorno de ansiedade generalizada e analisando o conceito de ansiedade e problemas que a ansiedade pode acarretar.

A estrutura deste trabalho de conclusão de curso compõe-se de uma introdução, na qual se procurou apresentar o tema, a justificativa, a questão norteadora e os objetivos do trabalho.

No capítulo II, é apresentada uma revisão bibliográfica baseada nas teorias, conceitos, definições do Transtorno de Ansiedade Generalizada, sintomas e tratamentos, e a atuação da enfermagem nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.

No capítulo III, aborda a metodologia aplicada para elaboração do estudo, caracterizando a pesquisa e o instrumento de coleta de dados, sendo considerado como a essência do trabalho.

No capítulo IV, são demonstrados os resultados obtidos da nas discussões dos autores, analisando, compreendendo e discutindo os dados levantados e, finalmente, as considerações finais do trabalho.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A ANSIEDADE NO MUNDO ATUAL

A ansiedade vem se tornando uma das doenças que mais tem afetado a população no mundo todo neste século. Sua incidência é tanta, que tem despertado o interesse dos especialistas pelos estudos e pesquisas sobre suas causas e tratamentos. Segundo estudos internacionais, 25% da população sofrem ou sofrerão de transtorno de ansiedade em algum momento de suas vidas (SILVA, 2011).

A ansiedade acomete crianças, adolescentes e adultos por fatores fisiológicos, psicológicos e comportamentais, causa grande desconforto, e se apresenta diante de um estímulo que pode ser um medo real ou meramente um pensamento ou crença deturpada (STALLARD, 2010).

Com base em estudos, a vida moderna estimula demasiadamente e está exigindo respostas ou decisões rápidas o que, muitas vezes leva a pessoa a ficar cada vez mais ansiosa. Pressão no trabalho, conflitos familiares, cobranças sociais, instabilidade econômica e violências são alguns dos principais fatores do aumento da ansiedade na sociedade moderna (NITZCHE, 2013).

Silva (2014) ressalta que a ansiedade e seus transtornos atingem grande parte da população mundial e suas atividades do dia a dia. O processo de globalização vem influenciando na qualidade de vida da população mundial positiva e negativamente, tendo ação direta sobre a saúde das pessoas. Por um lado à internet e a revolução digital possibilitando a comunicação entre pessoas de todas as partes do mundo em tempo real, os avanços da medicina, da robótica, etc.

O Brasil é o país com a maior taxa de pessoas com transtornos de ansiedade no mundo. Segundo Chade e Palhares (2017) e o quinto em casos de depressão, estimativas divulgadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) 9,3% dos brasileiros têm algum transtorno de ansiedade e a depressão afeta 5,8% da população. Pesam nesse cenário, dizem especialistas, fatores socioeconômicos, como pobreza e desemprego, e ambientais, como o estilo de vida em grandes cidades.

Um estudo multicêntrico realizado no Brasil em quatro capitais, com pacientes atendidos na atenção primária da saúde pública e com o diagnóstico de algum tipo de transtorno mental, identificou-se aproximadamente que 38% tinham possíveis transtornos de ansiedade (GONÇALVES, 2014).

Os dados da OMS mostram que o problema é global. São 322 milhões de pessoas com depressão em todo o mundo – 4,4% da população e 18% a mais do que há dez anos. De acordo com a entidade, no Brasil, em 2015, eram 11,5 milhões com a doença e 18,6 milhões com transtorno de ansiedade (CHADE; PALHARES, 2017).

2.2 CONCEITO DE TRANSTORNO DA ANSIEDADE

A palavra ansiedade vem do indo-germânico *angh*, que indica estreitamento ou constrição. A partir desse termo, originaram-se outros significados em outras línguas, como no grego e latim. No grego “[...] *anshein*, que significa estrangular, sufocar, oprimir [...]”. Em latim “[...] *angustus*, que exprime desconforto, *ango*, que significa opressão ou falta de ar, e *angere*, causar grande constrição, sofrimento, pânico” (NARDI, 2005).

Para autores como Santos e Galdeano (2009) a ansiedade pode ser descrita como reação natural que impulsiona o ser humano a alcançar seus objetivos. Esse estado emocional pode tornar-se patológico e refletir de forma negativa se vivenciado demasiadamente por longos períodos. A ansiedade patológica, ao invés de contribuir para o confronto da situação, limita, dificulta e, muitas vezes, dificulta a capacidade de adaptação e de confronto.

No entendimento de Andrade e Gorenstein (1998) o conceito de ansiedade pode se dar sob vários enfoques, e estabelece como um estado emocional com elementos psicológicos e fisiológicos, que faz parte das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho.

A ansiedade por ser uma experiência universal humana e é estabelecida como um sentimento insistente de medo, apreensão e desastre iminente, ou tensão e inquietação. O termo transtorno de ansiedade é utilizado para diversas condições, incluindo síndrome do pânico, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo, ansiedade generalizada, estresse pós-traumático e ansiedade adequado a uma condição médica geral (PRADO; KUREBAYASHI, 2012).

Andrade e Gorenstein (1998), após uma longa verificação sobre a origem e o conceito da palavra ansiedade, listou as seguintes características:

1. É um estado emocional, com a experiência subjetiva de medo ou outra emoção relacionada, como terror, horror, alarme, pânico;

2. A emoção é desagradável, podendo ser uma sensação de morte ou colapso iminente;

3. É direcionada em relação ao futuro. Está contida a sensação de um perigo imediato. Não há um risco real, ou se houver, a emoção é desproporcionalmente mais intensa;

4. Há desconforto corporal subjetivo durante o estado de ansiedade. Sensação de aperto no peito, na garganta, dificuldade para respirar, fraqueza nas pernas e outras sensações subjetivas.

Para Silva (2011) a ansiedade passa a ser patológica quando é desigual à situação que a provoca, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione, interferindo diretamente na qualidade de vida, no conforto emocional ou no desempenho individual.

Dessa maneira, a presença excessiva de ansiedade causa vários danos, tanto físico quanto psicológico ao seu portador, o excesso de ansiedade faz com que o indivíduo mantenha-se sempre em estado de vigília, com um sono geralmente perturbado, pode-se dizer que o indivíduo muito ansioso ao deitar-se para dormir “não desliga, permanece o tempo todo ligado”, mesmo com os olhos fechados seu cérebro continua funcionando, não descansa. Além de ter crises de choro involuntário, cujo não consegue ter controle (ENGSTER, 2013).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM - (*American Psychiatric Association*, 2014), “os transtornos de ansiedade divergem entre si nos tipos de objetos ou situações que influenciam no medo, ansiedade ou comportamento de evitar imaginação cognitiva associada”. Dessa forma, ainda o mesmo referencial afirma que embora os transtornos de ansiedade propendem a ser demasiadamente, as diferenças se dão pela investigação detalhada dos tipos de situações em que são evitados ou temidos, além do conteúdo dos pensamentos ou crenças associadas (MARQUES; BORBA, 2016).

2.2.1 Transtorno do pânico (TP)

Chamada incorretamente de síndrome, o **transtorno do pânico** é uma doença que atinge cerca de 1,6% da população mundial – para cada homem, duas mulheres sofrem com o quadro – e impacta seriamente a qualidade de vida e as relações sociais. Esse problema é caracterizado por recorrentes episódios de

ansiedade ou medo intenso quando não há perigo real ou causa aparente – o resultado são reações físicas graves (SANTOS, 2018).

De acordo com Engster (2013) a princípio Freud chamava o transtorno do pânico de neurose de angústia, ainda diz que é caracterizada pela ansiedade crônica, ou por ataques de ansiedade, porém, não considera sintomas distintos e sim duas variáveis de uma mesma síndrome.

Segundo Ballone (2005), existem três tipos característicos de Ataques de Pânico, com diferentes relacionamentos entre o início do ataque e o aparecimento ou ausência de atividades situacionais:

1- Ataques de Pânico Inesperados (não evocados), nos quais o início do Ataque de Pânico não está associado com um ativador situacional (isto é, ocorre espontaneamente, “vindo do nada”);

2- Ataques de Pânico Ligados a Situações (evocados), nos quais o Ataque de Pânico ocorre, quase que invariavelmente, logo após à exposição ou antecipação a um evocador ou ativador situacional (por exemplo, ver uma cobra ou um cachorro sempre provoca a um Ataque de Pânico rápido);

3- Ataques de Pânico predispostos pela Situação, que tendem mais a ocorrer na exposição ao evocador ou ativador situacional, mas não estão invariavelmente associados ao evocador e não ocorrem necessariamente após a exposição (por exemplo, os ataques costumam a ocorrer quando o indivíduo está dirigindo, mas existem momentos em que a pessoa dirige e não tem um Ataque de Pânico ou momentos em que o Ataque de Pânico ocorre após dirigir por meia hora).

O TP pode ser acompanhado de agorafobia, que é definida de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-IV (DSM-IV) como uma ansiedade por estar em lugares ou situações onde a fuga é difícil ou embaraçosa ou a ajuda possa não estar disponível na eventualidade de ocorrer um ataque de pânico ou sintomas isolados. A ansiedade antecipatória derivada da agorafobia faz com que o indivíduo evite determinados lugares ou situações, sendo assim, responsável pelos danos psicossociais do mesmo (MANFRO; HELDT; CORDIOLI, 2008).

2.2.2 Transtorno de Fobia - TF

A fobia é uma espécie particular de medo. Palavra que vem do grego “phobia”, e por sua vez derivada da palavra “phobos”, nome de um deus grego, que

significa “pânico, terror”. Este deus segundo lendas provocava medo intenso em seus inimigos por possuir a face terrivelmente feia (MESTRE e CORASSA, 2000).

O conceito de fobia é o medo persistente, exagerado e irracional, desencadeado pela presença ou pela antecipação de contato de situações ou objetivos específicos. Em razão dele, a pessoa fóbica evita a todo custo à circunstância temida ou a enfrenta com extrema dificuldade (HETEM; GRAEFF, 2012).

Consequentemente, a manifestação dessa ansiedade excessiva pode levar o indivíduo a diversas outras formas de patologias: fobia específica, medo de um determinado estímulo (insetos, sangue, avião etc.), fobia social (medo da avaliação negativa de outras pessoas), transtorno do pânico (medo das reações físicas da ansiedade), entre outros (PEREIRA, 2005).

Segundo Castillo (2000) fobias específicas são determinadas pela existência de medo excessivo e persistente relacionado a um determinado objeto ou situação, que não seja situação de exposição pública ou medo de ter um ataque de pânico. Obviamente, as fobias específicas podem desencadear no sujeito a chamada ansiedade antecipatória.

O transtorno de fobia social é caracterizado pelo medo de qualquer tipo de exposição em público, pois para o indivíduo portador do transtorno, a possibilidade de ser avaliado por outros lhe causa medo, insegurança em errar gaguejar, ou mesmo não saber o que fazer perante o público. Porém, não se resume somente a este tipo de situações, o indivíduo também passa a privar-se de frequentar locais públicos pelo simples fato de sentir medo que alguém lhe aborde para conversar e o mesmo não saiba o que fazer (ENGSTER, 2013).

Dessa forma, para Hetem e Graeff (2012) entre indivíduos portadores de fobia social são frequentes os ataques de pânico, que acontecem quando o nível de ansiedade é muito elevado desencadeando assim um ataque de pânico. Então para o indivíduo portador de fobia social podemos constatar que toda e qualquer atividade que o faça ter contato com outras pessoas, o faz mal, lhe causa constrangimento, e o deixa com medo de não ter a reação adequada para a situação.

2.2.3 Transtorno obsessivo compulsivo (TOC)

O transtorno obsessivo compulsivo, também conhecido como TOC, é visto como mais um dos transtornos de ansiedade e, Clark e Beck (2012) o definem

como: "O TOC é um transtorno de ansiedade no qual os aspectos principais são a ocorrência de obsessões e ou compulsões de gravidade suficiente a ponto de consumir tempo e ou causar sofrimento intensificando ou dano funcional".

Portanto, o indivíduo portador de TOC pode apresentar tanto a obsessão como a compulsão, ou somente um dos sintomas, porém geralmente os dois se apresentam. Assim é importante sabermos diferenciar o que é obsessão e o que é compulsão. Portanto obsessão são pensamentos, imagens, impulsos repetitivos indesejados pelo indivíduo, muitas vezes o mesmo sabe que está exagerando em seus pensamentos, porém não consegue controlar. Enquanto que a compulsão é uma resposta mental repetida, e geralmente envolve uma ação, às vezes involuntária, porém incontrolável, como verificar se a porta está trancada várias vezes (ENGSTER, 2013).

Ao contrário da crença popular, D'ath e Willson (2017) o TOC não é somente um transtorno em que a pessoa lava demais as mãos, verifica as coisas ou mantém tudo em ordem. Você pode ter ouvido pessoas dizendo "Eu estou com TOC", normalmente referindo-se à tendência de gostar das coisas limpas e arrumadas; entretanto, as pessoas podem ter uma forte preferência por coisas em ordem e não terem TOC.

De acordo com Torres; Smaira (2001) o TOC se encontra no grupo dos "transtornos neuróticos (CID-10), relacionados ao estresse e somato formes", enquanto no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV) esta psicopatologia encontra-se dentre os transtornos de ansiedade e inclui um item novo na seção do TOC, titulado por "Risco de Suicídio", em que é referido que, de acordo com pesquisas, indivíduos que foram diagnosticados com TOC em algum momento expressaram pensamentos suicidas.

2.2.4 Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT),

Segundo Engster (2013) o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), se manifesta após o indivíduo passar por uma situação de trauma específico, que podem ser os mais variados, como algum tipo de acidente, algum crime, ser diagnosticado com alguma doença grave, ou algum evento traumático. Assim, o indivíduo com TEPT apresenta sintomas de revivência, onde o evento traumático é revivido, lhe causando um grande sofrimento, e pode causar uma descarga de

ansiedade, que fará com que o indivíduo sinta como se estivesse acontecendo tudo novamente.

Historicamente de acordo com Schestatsky, Shansis, Ceitlin, Abreu e Hauck (2003), no ano de 1859, o psiquiatra francês Pierre Briquet estabeleceu uma conexão psicológica entre histeria e trauma sexual na infância, sendo que a escola francesa tornou-se tradicional, por ter sido a primeira a investigar de forma mais sistemática a relação entre trauma e doenças psiquiátricas, onde o termo “neurose traumática” foi usado pela primeira vez, em 1889, pelo neurologista alemão Herman Oppenheim.

O traço essencial deste transtorno é que seu desenvolvimento está ligado a um evento traumático de natureza extrema. Uma fração significativa dos sobreviventes de experiências traumáticas irá desenvolver uma constelação aguda de sintomas de TEPT, que pode ser dividida em três grupos: revivescência do trauma, esquiva/entorpecimento emocional e hiper estimulação autonômica. O TEPT é diagnosticado se esses sintomas persistirem por quatro semanas após a ocorrência do trauma e se redundarem em comprometimento social e ocupacional significativo (FIGUEIRA; MENDLOWICZ, 2003).

Indivíduos que foram expostos a eventos traumáticos têm um risco aumentado de desenvolver transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (14% a 25% dos casos), depressão maior (26% dos casos), transtorno do pânico e de ansiedade generalizada e abuso de substâncias. Eles também podem apresentar sintomas somáticos e doenças físicas, particularmente hipertensão, asma e dor crônica. Uma vez diagnosticado o TEPT, há a necessidade de serem examinadas comorbidades, já que ao menos um transtorno psiquiátrico foi encontrado em aproximadamente 80% dos indivíduos com TEPT. Se considerada a prevalência entre os sexos, 59% dos homens e 44% das mulheres com TEPT apresentam três ou mais transtornos psiquiátricos (BERLIM *et al.* 2003).

No Brasil, ironicamente, o diagnóstico de TEPT tem recebido pouquíssima atenção, a despeito dos acidentes automobilísticos e da violência configurarem um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência. O Brasil é o terceiro no ranking mundial de mortes por arma de fogo entre jovens de 15 a 24 anos. Essa alta prevalência de eventos traumáticos aponta para a necessidade imperiosa de que sejam produzidos revisões e estudos empíricos nacionais sobre o

TEPT, que é o principal transtorno psiquiátrico associado aos acidentes e violências (BRASIL, 2000).

De acordo com Figueira; Mendlowicz (2003) essa característica própria do TEPT – a de apresentar excessivos fenômenos psicopatológicos aglomerados em reviviscências intrusivas extremamente dolorosas – faz com que alguns autores considerem esse transtorno uma modalidade de patologia da memória. Segundo esses, os pacientes ficariam irremediavelmente presos a um passado perenizado e viveriam um presente esvaziado como se fossem meros autômatos.

Sbardelloto *et al.* (2011) ressalta-se que o TEPT diferencia-se do TEA (transtorno de estresse agudo), uma vez que no TEA a duração dos sintomas é mais curta, permanecendo no máximo até quatro semanas após a ocorrência do evento. Além disso, os sintomas iniciam-se logo após a vivência do evento traumático.

2.2.5 Transtorno de estresse agudo (TEA)

A teoria do Transtorno de Estresse Agudo (TEA) foi uma novidade diagnóstica inserida no DSM-IV, visando ao reconhecimento do caráter patológico das reações de curto prazo que sucedem à exposição a um evento estressor traumático, bem como a possibilidade de verificar o valor preditivo desta condição para o desenvolvimento do TEPT (MCNALLY, 2003).

O diagnóstico de TEA diferencia-se do TEPT basicamente por causa do período de tempo decorrido desde o evento traumático. No caso da transcorrência inferior a um mês, caracteriza-se o TEA; no caso de o período ser superior a 30 dias, o diagnóstico correto é o de TEPT (SBARDELLOTO *et al.* 2011).

Conforme Engster (2013) o transtorno de estresse agudo (TEA), assim como o transtorno de estresse pós-traumático caracteriza-se como uma resposta a algum acontecimento traumático, porém com três diferenças fundamentais.

- a primeira e mais importante que é temporal, é imediato se apresenta em no máximo dois dias, e se permanecerem os sintomas, o diagnóstico passa a ser de TEPT.

- a segunda diferença está na obrigatoriedade de o indivíduo expor pelo menos três sintomas dos seguintes sintomas, amnésia dissociativa, sentimento de distanciamento, despersonalização, ausência de resposta emocional, desrealização, redução da consciência das coisas que o rodeiam.

- a terceira diferença é apresentar sintomas de evitação, intrusão e hipervigilância, sendo que se apresentar somente um destes sintomas pode-se fazer o diagnóstico de TEA enquanto que no caso de TEPT, são necessários três ou mais sintomas.

O TEA é referido no DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002) como uma perturbação que dure de 2 dias a 4 semanas após a experiência de um evento traumático. O indivíduo acometido por este transtorno passa a exibir sintomas de revivência da situação traumática (flash backs, sonhos, recordações recorrentes), esquiva a estímulos associados ao trauma (pessoas, atividades, locais), dificuldade de concentração, sintomas de maior excitabilidade e hipervigilância (resposta de sobressalto exagerada) e inquietação motora, e ademais as manifestações da doença afetam suas relações sociais e ocupacionais (SPONCHIADO; SILVA; KRISTENSEN, 2013).

2.3 TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG)

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é definido no DSM-IV (2002) como uma preocupação de maneira acentuada e extensivo, geralmente acompanhada por uma variedade de sintomas somáticos, que causa comprometimento significativo no funcionamento social ou ocupacional e acentuado sofrimento para o sujeito. Afeta um grupo heterogêneo de pessoas, sendo que provavelmente fatores biológicos e psicossociais atuem em conjunto em tal transtorno (ENGSTER, 2013).

Pereira (2005) relata que o transtorno de ansiedade generalizada é marcado por uma ansiedade crônica, que ocorre na maioria dos dias, durante um período de no mínimo seis meses. O aspecto fundamental do transtorno é a preocupação excessiva que pode estar ligada a várias outras situações, como: a própria saúde ou a de familiares, segurança e até pequenas tarefas do dia-a-dia.

APA (2014) defini o TAG como uma preocupação excessiva e invasiva acompanhada por sintomas físicos e/ou mentais. É considerado como um transtorno crônico e causa um sofrimento e prejuízos significativos ao indivíduo. Desse modo, a preocupação frequente e exacerbada é o aspecto principal do TAG. Seu diagnóstico ou caracterização, conforme o DSM – 5 se dá pelos seguintes critérios: ansiedade e preocupação excessivas com diversos eventos.

De acordo com Clark e Beck (2012) “o TAG é o terceiro transtorno mais comum com uma prevalência ao longo da vida de 5,7%, é duas vezes mais comum em mulheres e pode ser um pouco mais prevalente em brancos”. No meio de pacientes portadores de TAG e portadores de fobia social, os com TAG tem maior probabilidade de buscar ajuda. Dessa forma, em alguns casos é comum que o indivíduo também desenvolva fobia social, entre outros transtornos que podem se apresentar concomitantemente. Isso na maioria dos casos se deve ao fato da demora em buscar ajuda.

Engster (2013) ressalta um fator importante, que o atraso na busca por ajuda e, também no diagnóstico correto, pode fazer com que o indivíduo com tal transtorno tome algumas atitudes, as quais atentem a própria vida, pois fazem com que o sujeito perca o controle da situação, e, em alguns casos de tão transtornado que se encontra não percebe que determinadas atitudes podem lhe custar à vida.

Clark e Beck (2012) aponta que há considerável evidência empírica de que a ansiedade tem um componente familiar considerável, ou seja, há um implicador hereditário para o surgimento do transtorno. Entre todos os transtornos ansiosos, as estimativas de hereditariedade variaram entre 30 a 40%, as outras causas são atribuídas a fatores ambientais e individuais. Podendo concluir e afirmar que na manifestação e no desenvolvimento do TAG há chances de envolver elementos hereditários, ambientais e individuais.

Leahy (2011) corrobora que alguns fatores esclarecem por que algumas pessoas são suscetíveis ao TAG que outras. Existe a predisposição genética (chance de 38%), o histórico familiar de pais separados (chance de 70%), pais “superprotetores” e traumas recentes (rompimentos, perdas, doenças repentinas). Na maioria dos casos há uma combinação de todos esses fatores.

De acordo com estudos de Kapczinski e Margis (2004) frequentemente, indivíduos diagnosticados com TAG relatam um histórico de ansiedade ao longo de toda a sua vida. Confirmam que diferentes estudos demonstram que uma grande porcentagem de indivíduos com TAG não sabem informar quando iniciaram os sintomas ou relatam possuí-los desde a infância.

Portanto, existem algumas possibilidades de tratamento que ajudam na recuperação de autocontrole e melhora a estrutura psicológica do indivíduo. Os sintomas são simples e fáceis de identificar, desde que se tenha um pequeno conhecimento sobre este transtorno (ENGSTER, 2013).

2.3.1 Sintomas

Os transtornos de ansiedade possuem diversos aspectos que variam em grau, intensidade e na forma como se apresentam. Quando os mesmos já estão instalados, conseqüentemente trarão prejuízos significativos na vida social, familiar, profissional, acadêmica de seus portadores. É certo que todas as pessoas já vivenciaram ansiedade, seja como resposta normal e adaptativa aos estímulos, ou como uma sensação desajustada e patológica (SILVA, 2014).

Valle (2003) afirma que os sintomas da ansiedade podem ser somáticos, somáticos atrasados e motores.

✓ Sintomas somáticos podem ser observados, por exemplo, a sudorese, boca seca, respiração curta, frequência cardíaca acelerada, aumento da pressão sanguínea, tensão muscular e dificuldade para respirar;

✓ Sintomas somáticos atrasados que podem ser resultados de uma tensão ou estimulação prolongada como a fraqueza muscular, cólica intestinal dores de cabeça e pressão sanguínea elevada.

✓ Sintomas motores são: inquietação e tamborilar dos dedos das mãos e dos pés e dores musculares. Na ansiedade há uma ligação entre os sintomas físicos e psíquicos, onde os sintomas físicos surgem em função das características psicológicas do indivíduo.

Outros aspectos do transtorno de ansiedade são marcados por sintomas como a dificuldade de concentração, problemas no sono e preocupação excessiva. Segundo André Brunoni, psiquiatra do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), esses sintomas podem levar ao quadro depressivo, qualificado pelos sintomas do transtorno ampliado pelas alterações no humor, como apatia, solidão, tristeza, além do isolamento social e dores sem justificativa física (CHADE; PALHARES, 2017).

Segundo Leahy (2011) os indivíduos portadores do transtorno de ansiedade generalizada (TAG) preocupam-se com muitas coisas, ou com tudo, e não só com um ou dois problemas específicos. Além disso, podem exibir sintomas relacionados, como: indigestão, fadiga, dores, tensão muscular, tontura frequente e desorientação.

Silva (2014) afirma que algumas pesquisas revelam que a presença e a intensidade dos sinais e sintomas de ansiedade, tais como: taquicardia, tontura, dor de cabeça, dores musculares, formigamento, suor, além de insônia, tensão, irritabilidade e angústia, podem trazer conseqüências prejudiciais para as condições

de vida e de saúde da população afetada em geral, considerado níveis elevados de ansiedade podem provocar percepções negativas quanto às habilidades motoras e intelectuais do indivíduo.

Dessa forma, os sintomas apresentados pelo indivíduo com transtorno de ansiedade generalizada se assemelham a vários sintomas de outros transtornos ligados a ansiedade, por isso pode-se dizer que existem sintomas que irão aparecer no TAG que também aparecem em outros casos, como no caso do transtorno de pânico e depressão maior, por isso a importância de saber diferenciar os sintomas, e assim consequentemente diagnosticar o TAG com precisão (ENGSTER, 2013).

2.3.2 Tratamento

“TAG (Transtorno de Ansiedade Generalizada) é uma alteração da ansiedade com uma estrutura diagnóstica e de sintoma parecido, e ao mesmo tempo distinta, de depressão maior. A avaliação clínica e o tratamento de TAG deve incluir a alta probabilidade de distúrbio afetivo na forma de um transtorno ou sintoma depressivo concomitante” (CLARK; BECK, 2012).

De acordo com Beck (2013) dentre as formas de tratamento, os meios mais comuns podem ser do tipo psiquiátrico (farmacológico) e psicológico (psicoterapia), recomenda-se um ou o outro, ou os dois concomitantemente dependendo da gravidade do TAG.

O tratamento deve ser disponibilizado logo que possível, e pode ser feito com abordagem orientadora, farmacoterapia, psicoterapia ou combinação de ambos. Há benefícios no tratamento baseado em serviços de atenção primária, como menores taxas de absenteísmo e maior satisfação das pessoas, e estes serviços devem ser o local preferencial de tratamento sempre que possível, mesmo que necessária a inter consulta com profissional de saúde mental (BRASIL, 2015).

Nos últimos anos, tem-se assistido a um grande avanço no tratamento farmacológico dos transtornos da ansiedade. Em relação ao transtorno de ansiedade generalizada (TAG), até há poucos anos, a única alternativa era os benzodiazepínicos (BZD). Entretanto, desde a introdução da buspirona, única azapirona (azaspirona, azaperona ou azaspirodecanodiona) disponível no Brasil, o leque de medicamentos eficazes no TAG tem-se ampliado (ANDREATINI; LACERDA; FILHO, 2001).

O tratamento farmacológico é pautado na especificidade clínica de cada indivíduo devendo ser prescrito por um médico. Os grupos de medicamentos mais utilizados no TAG são: benzodiazepínicos, inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS), antidepressivos tricíclicos e betabloqueadores são apontados como primeira linha. (LEAHY, 2011).

Bernik *et al.* (2012) retrata que por ser um transtorno crônico, no TAG remissões acontecem em menos de um terço de pacientes, ressalta que o controle de efeitos colaterais é essenciais para a adesão do tratamento, comorbidades são frequentes e são importantes para decidir o tratamento, como por exemplo depressão maior e abuso de substâncias, tanto os sintomas físicos quanto cognitivos devem ser propósito do tratamento.

Todo paciente recebendo tratamento deve ser monitorado e ter sua resposta ao tratamento avaliada a cada consulta. Um erro comum que deve ser evitado é iniciar tratamento e não propor um seguimento estruturado do transtorno, deixando o problema se disfarçar entre outras queixas nas consultas seguintes, ou mesmo deixando os retornos a critério do paciente. Os objetivos centrais do tratamento do TAG são a melhora dos sintomas de ansiedade e a diminuição ou eliminação da incapacidade (BRASIL, 2015).

2.3.3. Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC)

Por volta do ano de 1960 foi criada a Terapia Cognitiva, por Aaron Beck. Atualmente utiliza-se o termo TCC para se referir a Terapia Cognitiva, desde que se utilize o modelo proposto por Beck. A TCC procura proporcionar ao paciente, através de suas técnicas, o contato com seus pensamentos disfuncionais que impactam no seu humor e comportamento (BECK, 2013).

Conforme afirma (CLARK & BECK, 2012) a base da teoria cognitiva ou da TCC está fundamentada no poder dos pensamentos sobre os sentimentos, pode este não ser reconhecido na maioria das vezes pelos indivíduos. Isto é, a TCC postula que as emoções e comportamentos estão subordinados as percepções, e que as percepções errôneas que fazemos da realidade normalmente nos permitem desenvolver problemas.

A terapia Cognitivo-Comportamental é uma terapia de curto prazo, focalizada diretamente no problema. A função cognitiva é fundamental nesse método terapêutico, pois parte do princípio de que o ser humano avalia constantemente a

relevância dos acontecimentos, tendo as cognições associadas às reações emocionais. Tem como objetivo a correção das distorções cognitivas, que o indivíduo tem de si mesmo, do mundo e do futuro (MOURA *et al.* 2008).

Ao utilizar as técnicas da TCC para diminuir erros cognitivos, os terapeutas geralmente instruem os pacientes que o objetivo mais importante é reconhecer que se está cometendo erros cognitivos – e não identificar todo e qualquer erro de lógica que esteja acontecendo (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Knapp *et al.* (2007) afirma que a terapia cognitiva não é um modelo sequencialmente de pensamento e emoção, mas sim uma interação recíproca de pensamentos, sentimentos, fisiologia e ambiente, e que a terapia cognitiva inicia pela modificação dos pensamentos devido ao impacto que estes têm sobre os demais componentes.

Em relação ao tratamento psicológico a abordagem Cognitivo-Comportamental se mostra eficaz, apresentando ganho mais duradouro em relação a outras modalidades terapêuticas, e isto se deve às suas particularidades e forma de manejos clínicos específicos. Esta abordagem fundamenta-se em um modelo onde as emoções e os comportamentos são inferiores as percepções (BECK, 2013).

Assim sendo, a TCC se configura como sendo uma abordagem que se baseia em dois princípios centrais: nossas cognições influenciam de tal forma, que comanda as nossas emoções e comportamentos, e a maneira como atuamos ou nos comportamos pode afetar intensamente nossos padrões de pensamento e nossas emoções (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

No TAG os indivíduos caracterizam-se pela intensa ansiedade e uma preocupação incontrolável. Considerando essas características do transtorno, o tratamento na TCC, visa à reestruturação cognitiva e a mudança comportamental, proporcionando ao sujeito maior controle e domínio de si, ajudando-o a ver o seu problema sob um novo ângulo (MOURA, *et al.* 2008).

Segundo Knapp e Beck (2008), o princípio fundamental da TCC é que o modo como os indivíduos percebem e interpretam o mundo a sua volta, determinará a maneira como eles se sentem e se comportam. Desta forma, o objetivo terapêutico da TCC, desde seus primórdios, tem sido reestruturar e modificar os pensamentos disfuncionais e colaborativamente desenvolver saídas pragmáticas para produzir alterações e melhoras nos transtornos emocionais.

Rangé (2001) aponta que as estratégias de tratamento psicofarmacológico, juntamente com a terapia comportamental cognitiva tem sido eficiente no tratamento do transtorno de ansiedade, também relata que é comum existir entre terapeutas cognitivo-comportamentais, resistência ao uso junto de medicamentos pela possibilidade de atribuições dos progressos à medicação, por motivação diminuída causada por sedação e pela interferência de efeitos colaterais dos medicamentos.

2.4 ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

A história da Enfermagem no Brasil se inicia com a organização da enfermagem na Sociedade Brasileira no período colonial e vai até o final do século XIX. A profissão se desenvolveu a partir do cuidado com os doentes, e se constituía de grupos formados, na maioria, por escravos, que nesta época trabalhavam em domicílios (CARRARO, 2001).

Ao longo da história da humanidade, a enfermagem é uma arte estruturada, porém constituída por diferentes maneiras de cuidar que, por sua vez, são determinadas pelas relações sociais de cada momento histórico. Recentemente, o trabalho de enfermagem é integrante do trabalho coletivo em saúde, é especializado, dividido e hierarquizado, entre auxiliares, técnicos e enfermeiros de acordo com a complexidade de concepção e execução dos serviços prestados (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

De acordo com Leal (2015) "os princípios fundamentais do código de ética declaram que: o profissional de enfermagem contribui, como integrante da equipe de saúde, das ações que visam satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político- administrativa dos serviços de saúde".

Conforme Tanaka; Leite (2008) a enfermagem é uma profissão que, a exemplo da própria medicina, apresenta um leque bem diversificado de especialidades e de possibilidades de atuação em prol da promoção, proteção e recuperação da saúde humana. Embora seus profissionais atuam mais na

assistência hospitalar, enfermeiros podem assumir diversos papéis que levam ao alcance do objetivo da profissão, dependendo do contexto social.

Araújo (2005) afirma que a Enfermagem é uma das profissões da área da saúde cujo cerne e objeto é o cuidado com o ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação e reabilitação da saúde. Ela torna-se responsável pelo cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes por meio do ensino em saúde (PEDUZZI, 2000).

Dentre as especialidades da enfermagem segundo Waidman *et al.* (2012), encontra-se a psiquiátrica e de saúde mental. Trata-se da assistência ao paciente que sofre de transtornos mentais de caráter psicológico ou neurológico. A atuação do profissional de enfermagem, nesse contexto, pode ocorrer em instituições, dedicadas a esse tipo de tratamento, ou em residências tais qual estimulada a partir da Reforma Psiquiátrica, que propõe substituir os manicômios por iniciativas sociais, culturais, políticas ou científicas, jurídicas, assim como modificar os conceitos e a relação da sociedade com as pessoas com transtornos mentais.

De acordo com Scatena *et al.* (2004) a assistência de enfermagem prestada aos portadores de doenças mentais por um longo período, limitava-se à vigilância, ao controle, à supervisão, a manutenção e a administração de fármacos. A reforma psiquiátrica iniciada na década de 70 no Brasil, ofereceu novas propostas de assistência para os pacientes portadores de doença mental, com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com a desinstitucionalização, com a implementação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, bem como com a reabilitação psicossocial, as psicoterapias, entre outras medidas recomendadas.

Segundo Waidman *et al.* (2011) faz-se necessário que o profissional de enfermagem esteja habilitado para o desenvolvimento de atividades e cuidados com o paciente com transtornos mentais, pois muitos não recebem o atendimento necessário para o seu problema, o que se torna uma tarefa de grande desafio para o enfermeiro. Contudo, este deverá possuir conhecimento técnico para o cuidado adequado com o paciente e, ainda aos seus que estão sempre envolvidos no processo do tratamento ao paciente.

As atribuições do enfermeiro estão ligadas na promoção da saúde mental, na prevenção, na ajuda ao doente a lidar com as suas limitações adquiridas, na capacidade de assistir ao paciente, à família e a comunidade, ajudando-os a se adaptarem a sua nova condição. Para realizar as suas funções, o enfermeiro deve usar a percepção e a observação, formular interpretações válidas, delinear campo de ação com tomada de decisões, planejar a assistência, avaliar comportamentos e o desenvolvimento do processo de enfermagem, direcionando para o relacionamento interpessoal e terapêutico (SCATENA, *et al.* 2004).

O enfermeiro desempenha um papel importante na assistência a pessoas com transtorno mental, como por exemplo, na sensibilização da população acerca de sua inserção na comunidade, inclusive ajudando e se incumbindo pela construção de novos espaços de reabilitação psicossocial, onde esses indivíduos se sintam valorizados; vale finalmente lembrar que a cidadania dessas pessoas e de sua família encontra-se preconizada e assegurada na política de desinstitucionalização. Assim sendo, esses profissionais devem estar preparados para atender esses pacientes com as suas limitações, assim como também as suas famílias (WAIDMAN, *et al.* 2012).

A sensibilidade e o cuidado do enfermeiro criam uma relação interpessoal que se torna necessário para trabalhar com o paciente que possui o transtorno de ansiedade generalizada, pois estes pacientes se mostram fisicamente e emocionalmente comprometidos e estão em contínuo enfrentamento existencial, os quais não conseguem resolver sozinhos, precisando da ajuda do enfermeiro para não apenas escutá-lo nos momentos de crises, como também apresentar técnicas que melhorará o paciente da angustia constante (LEAL, 2015).

O enfermeiro psiquiátrico utiliza-se dos conhecimentos técnicos de enfermagem e da psiquiatria para amenizar a pessoa com sofrimento mental. Usa a si mesmo como instrumento terapêutico, num desempenho sistematizado, promovendo empatia, aliviando ou suprimindo os sintomas dos pacientes. Dessa forma, esse profissional ganha um espaço real para as suas ações preventivas e ainda convive com a possibilidade de trabalhar com o conhecimento das suas ações preventivas e, sobretudo, realizar consultas científicas garantindo assim o seu aprimoramento na área da saúde mental (RODRIGUES, 1993).

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

A Metodologia apresenta como deve ser desenvolvido o estudo. Conforme afirma Andrade (2010) a metodologia “é o conjunto de métodos ou caminhos que são percorridos na busca do conhecimento”. No estudo será definida a classificação da pesquisa e os instrumentos para o desenvolvimento do mesmo.

Tratou-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica cuja trajetória metodológica percorrida foi a de leituras exploratória. Esse é um tipo de pesquisa que segundo Mancini; Sampaio (2006) visa à realização de análises e sínteses de informações disponibilizadas por estudos relevantes sobre determinado assunto. Onde, foi feito um levantamento do conjunto de materiais publicados por autores sobre Transtorno da Ansiedade Generalizada (TAG). A seleção destes estudos foi apenas com artigos e revistas que estavam disponíveis pela internet.

Gil (2007) confirma “que as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, haja vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Após a classificação do material bibliográfico, foi realizada a leitura exploratória, obtendo assim uma visão global do material, considerando o interesse ou não à pesquisa. Os estudos escolhidos permitiram estabelecer qual material bibliográfico realmente era significativo à pesquisa, sendo então selecionados e citados no transcorrer da pesquisa.

Para a busca dos materiais foram utilizados as seguintes palavras chaves: “Saúde Mental,” “Transtorno de Ansiedade” e “Profissional de Enfermagem”, Scielo, Revista Eletrônica. Afirma Martins e Theóphilo (2009) “amostra é o subconjunto da população.” Para Beuren (2003), num estudo científico torna-se, inviável usar o universo em sua totalidade, desta forma deve-se usar uma fração deste universo na pesquisa.

3.3 ANÁLISE DOS TEXTOS

Em um estudo de revisão bibliográfica é necessário se certificar de que o material que está sendo utilizado é de fonte fidedigna, assim se faz necessário à

apreciação crítica para analisar a qualidade dos artigos, para dessa forma decidir se os resultados destes artigos são relevantes ou não (GIL, 1999). Para a leitura crítica do material se sugere que se inicie por uma leitura exploratória, seguida de uma leitura seletiva, para que então se realize uma leitura analítica e finalmente uma leitura interpretativa (GIL, 2010).

As referências bibliográficas de todos os estudos pesquisados e considerados relevantes para o trabalho em questão foram examinadas detalhadamente os autores foram todos mencionados de acordo com as informações retiradas dos artigos, mediante a necessidade de esclarecimento dos dados. Os títulos e resumos depois de selecionados foram avaliados pela orientadora para verificar a relevância do estudo para esta revisão. Os estudos considerados relevantes foram avaliados em comum acordo com orientadora e acadêmica a fim de discutir a inclusão ou exclusão nesta revisão.

3.4 INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio a dezembro de 2018. foram usados itens disponíveis eletronicamente na íntegra, através das bases de dados: Literatura (ou Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google e Revista Digital.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: Artigos originais com resumos disponíveis na íntegra, no idioma português que enfocassem aspectos relacionados ao tema proposto. Foram excluídos artigos localizados em mais de uma base de dados, artigos duplicados, editoriais, cartas ao editor, boletins epidemiológicos e capítulos de livros.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

De forma a atender os preceitos éticos de um estudo de revisão literária, todos os autores que foram utilizados nesta pesquisa estão minuciosamente referenciados no corpo do texto e na lista de referências, respeitando a lei de direitos autorais conforme normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Este estudo não será submetido ao Comitê de Ética em pesquisa, por ser uma revisão literária.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados relevantes foram investigados e analisados e categorizados conforme a discussão dos autores. Cada análise buscou abordar um levantamento bibliográfico sobre transtorno de ansiedade generalizada e analisando os conceitos de ansiedade e problemas que a ansiedade pode acarretar. Abordar sobre os benefícios do exercício físico no controle e prevenção da ansiedade e os cuidados da enfermagem e o portador de transtorno de ansiedade.

A partir da ideia de vários autores que pesquisaram e estudaram a respeito de transtornos de ansiedade, começa a ficar mais esclarecidos o que levam a ocorrências desses transtornos, e acima de tudo o papel da enfermagem no referido assunto. Assim, cada categoria é discutida sob o enfoque de diversos autores nos tópicos 1 a 3 a seguir, ressaltando que todos têm opiniões diversas e discutem entre si sobre a verdadeira causa da temática.

4.1 CONCEITOS DE ANSIEDADE E PROBLEMAS QUE A ANSIEDADE PODE ACARRETAR

A primeira categoria identificada é a revisão sobre "Conceitos de ansiedade e problemas que a ansiedade pode acarretar".

Quadro 1 – Distribuição dos artigos segundo o autor, Título da obra e ano de publicação.

AUTOR	TÍTULO DA OBRA	ANO
CHADE, J.; PALHARES, I.	Brasil tem maior taxa de transtorno de ansiedade do mundo, diz OMS.	2017
SANTOS, M. D; GALDEANO, L. E.	Traço e estado de ansiedade de estudantes de enfermagem na realização de uma prova prática.	2009
SILVA, A. B. B.	Mentes ansiosas: medo e ansiedade além dos limites.	2011
SILVA, B. R.	Ansiedade: uma revisão integrativa desse fenômeno entre os estudantes de enfermagem.	2014
PRADO, J. M; KUREBAYASHI, L. F. S.	Eficácia da auriculoterapia na redução de ansiedade em estudantes de enfermagem.	2012

De acordo com Prado; Kurebayashi (2012) a ansiedade por ser uma experiência universal humana e é estabelecida como um sentimento insistente de medo, apreensão e desastre iminente, ou tensão e inquietação, e apresenta

diversas condições, incluindo síndrome do pânico, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo, ansiedade generalizada, estresse pós-traumático e ansiedade adequada a uma condição médica geral.

Nas palavras de Silva (2011) diferencia o que é estado de ansiedade (estar ansioso) e traço de ansiedade (ser ansioso). A ansiedade passa a ser patológica quando é desigual à situação que a provoca, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione, interferindo diretamente na qualidade de vida, no conforto emocional ou no desempenho individual.

Para autores como Santos e Galdeano (2009) descrevem a ansiedade como uma reação natural que impulsiona o ser humano a alcançar seus objetivos. Ressaltam que esse estado emocional pode tornar-se patológico e refletir de forma negativa na vida de uma pessoa. A ansiedade patológica, ao invés de contribuir para o confronto da situação, limita, e, muitas vezes, dificulta a capacidade de adaptação e de confronto com a situação.

Segundo os autores o estado de ansiedade refere-se a estado momentâneo, transitório, caracterizado por tensão, apreensão e por elevação das atividades do sistema nervoso autônomo, dependendo da percepção da situação, sendo mais alto o nível de estado de ansiedade quando a situação é percebida como ameaçadora.

Nesse sentido, a ansiedade está relacionada à personalidade da pessoa e refere-se às diferenças de reação diante das situações percebidas como ameaçadoras com aumento do estado de ansiedade. Assim, pessoas que possuem alto traço de ansiedade tendem a perceber maior número de situações como perigosas ou ameaçadoras e, conseqüentemente, a responder com frequente aumento do estado de ansiedade.

Silva (2014), em seu estudo de revisão da literatura verifica que os transtornos de ansiedade possuem diversos aspectos que variam em grau, intensidade e na forma como se apresentam, conseqüentemente trarão prejuízos significativos na vida social, familiar, profissional, acadêmica de seus portadores.

Esses prejuízos de acordo com Chade; Palhares (2017) são marcados como a dificuldade de concentração, problemas no sono e preocupação excessiva, sintomas do transtorno ampliado pelas alterações no humor, como apatia, solidão, tristeza, além do isolamento social e dores sem justificativa física.

4.2 BENEFÍCIOS DOS TRATAMENTOS PARA O CONTROLE E PREVENÇÃO DA ANSIEDADE

A segunda categoria identificada foi "Benefícios dos tratamentos para o controle e prevenção da Ansiedade".

Quadro 2 – Distribuição dos artigos segundo o autor, Título da obra e ano de publicação.

AUTOR	TÍTULO DA OBRA	ANO
ANDREATINI, R.; LACERDA, R. B.; FILHO, D. Z.	Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras.	2001
BRASIL.	Sistema Único de Saúde. Transtorno de ansiedade generalizada: protocolo clínico. Santa Catarina.	2015
BECK, J. S.	Terapia Cognitivo Comportamental – Teoria e Prática.	2013
LEAHY, R. L.	Livre de Ansiedade.	2011
MOURA <i>et al.</i>	A Terapia Cognitivo-Comportamental No tratamento no Transtorno de Ansiedade Generalizada.	2008
RANGÉ, B.	Programa de treinamento a distância para tratamento do transtorno do pânico e agorafobia.	2001

Nos últimos anos, tem-se assistido a um grande avanço no tratamento do TAG dentre essas formas de acordo com Beck (2013) os meios mais comuns é do tipo psiquiátrico (farmacológico) e psicológico (psicoterapia). O tratamento deve ser disponibilizado logo que possível, e pode ser feito com abordagem orientadora, farmacoterapia, psicoterapia ou combinação de ambos (BRASIL, 2015). Neste caso, o tratamento do TAG devem ser avaliado todos os aspectos e adequação do tratamento de acordo com cada caso e contexto.

De acordo com o estudo feito por Leahy (2011) o tratamento farmacológico é pautado na especificidade clínica de cada indivíduo devendo ser prescrito por um médico. O autor ressalta o grupo de medicamentos mais utilizados que são: benzodiazepínicos, inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS), antidepressivos tricíclicos e betabloqueadores. Já o estudo realizado por Andreatini;

Lacerda; Filho (2001) afirma que as alternativas de medicamentos eficazes tem-se ampliado com a introdução da buspirona, única azapirona (azaspirona, azaperona ou azaspirodecanodiona).

Desta forma, Beck (2013) afirma em seu estudo que entre as diferentes abordagens disponíveis para tratamento dos transtornos ansiosos, o modelo da TCC é o que mais prevalece e mostra melhores respostas. A abordagem Cognitivo-Comportamental se mostra eficaz, apresentando ganho mais duradouro em relação a outras modalidades terapêuticas, e isto se deve às suas particularidades e forma de manejos clínicos específicos.

Como observado na pesquisa realizada por Moura *et al.* (2008) a terapia Cognitivo-Comportamental é uma terapia de curto prazo, focalizada diretamente no problema. A função cognitiva é fundamental nesse método terapêutico, pois parte do princípio de que o ser humano avalia constantemente a relevância dos acontecimentos, tendo as cognições associadas às reações emocionais. Tem como objetivo a correção das distorções cognitivas, que o indivíduo tem de si mesmo, do mundo e do futuro.

Visto que a TCC tem se mostrado eficaz no tratamento do TAG, Rangé (2001) relata que as estratégias de tratamento psicofarmacológico, juntamente com a terapia comportamental cognitiva tem sido eficiente no tratamento do transtorno de ansiedade, também relata que é comum existir entre terapeutas cognitivo-comportamentais, resistência ao uso junto de medicamentos pela possibilidade de atribuições dos progressos à medicação, por motivação diminuída causada por sedação e pela interferência de efeitos colaterais dos medicamentos.

Entre os autores dos artigos analisados, comentam que a TCC tem melhores efeitos em longo prazo, sendo uma abordagem que ainda reduz a necessidade do uso de medicamentos. Entretanto, constatou-se que os dois tratamentos levam a um progresso expressivo resultando em um grande resultado para ambos os tratamentos. No entanto, as análises confirmam que TCC é a alternativa mais sólida psicoterapeuticamente e empiricamente empregada no tratamento de desordens de ansiedade.

4.3 OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM E O PORTADOR DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE

A terceira categoria identificada foi os cuidados da enfermagem e o portador de ansiedade.

Quadro 3 – Distribuição dos artigos segundo o autor, Título da obra e ano de publicação.

AUTOR	TÍTULO DA OBRA	ANO
CARRARO, T. E.	Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale.	2001
LEAL, D.	LEAL, D. Atuação da enfermagem no transtorno de ansiedade generalizada.	2015
SCATENA, M. C. M <i>et al.</i>	SCATENA, M. C. M <i>et al.</i> A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental.	2004
TANAKA, L. H.; LEITE, M. M. J.	Processo de trabalho do enfermeiro: visão de professores de uma universidade pública.	2008
WAIDMAN, M. A. P. <i>et al.</i>	Assistência de Enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica.	2012

A partir da análise dos estudos, evidenciaram-se, como antecedentes do conceito, particularidades/fatos que pontuaram historicamente a profissão da enfermagem, Carraro (2001) destaca que a enfermagem no Brasil ocorreu no período colonial e a profissão se desenvolveu a partir do cuidado com os doentes, formados na maioria por escravos que nesta época trabalhavam em domicílios.

De acordo com as pesquisas de Tanaka; Leite (2008), a enfermagem é uma profissão que apresenta diversas especialidades e de possibilidades de atuação em prol da promoção, proteção e recuperação da saúde humana. O autor apresenta os diferentes modelos de assistência nessa área, discutindo a relação de ajuda, as comunicações interpessoais e o cuidado em saúde mental.

Dentre as especialidades da enfermagem segundo Waidman *et al.* (2012), destaca-se a psiquiátrica e a saúde mental. A atuação do profissional de enfermagem, nesse contexto, sofreu alterações a partir da Reforma Psiquiátrica que substituiu os manicômios por novas propostas de assistência aos pacientes portadores de doença mentais.

Com relação ao portador de doença mental sempre esteve presente no cotidiano profissional do enfermeiro, independentemente da sua área de atuação (hospital geral ou especializado, serviço público ou privado, unidade básica de saúde, programa de saúde da família ou clínica particular). Embora se reconheça que o enfermeiro da área de psiquiatria tenha mais experiência, os profissionais de outras áreas precisam estar preparados para identificar, cuidar e orientar o portador de transtorno mental.

Segundo Scatena *et al.* (2004) com a reforma psiquiátrica iniciada na década de 70 no Brasil ocorreu a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com a implementação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, bem como com a reabilitação psicossocial, as psicoterapias, entre outras medidas recomendadas.

O que tange à atenção ao portador de transtorno de ansiedade, algumas reflexões e alertas são importantes para o enfermeiro incorporar às suas ações profissionais. O planejamento e a implementação do cuidado de enfermagem devem basear-se nas características clínicas que cada portador de transtorno de ansiedade apresenta.

Entretanto, Leal (2015) observou que a sensibilidade e o cuidado do enfermeiro criam uma relação interpessoal que se torna necessário para trabalhar com o paciente que possui o transtorno de ansiedade generalizada. O enfermeiro é um dos profissionais da saúde que tem contato direto, prolongado e constante com os clientes dos serviços de saúde. Está em posição de identificar os sinais e fazer o levantamento das possíveis dificuldades desse portador, realizar os devidos encaminhamentos e atuar terapeuticamente sempre que estiver em interação com o portador de transtorno depressivo.

A partir do exposto, percebeu-se a importância do trabalho do enfermeiro(a) psiquiátrico utilizar dos conhecimentos técnicos de enfermagem e da psiquiatria para amenizar a pessoa com sofrimento mental. Dessa forma, esse profissional ganha um espaço real para as suas ações preventivas e ainda convive com a possibilidade de trabalhar com o conhecimento das suas ações preventivas e, sobretudo, realizar consultas científicas garantindo assim o seu aprimoramento na área da saúde mental

5 CONCLUSÃO

Foi de suma importância a realização deste trabalho, pois enriqueceram os conhecimentos acerca da psicopatologia, definição, sintomas, causas, manifestações e tratamento da ansiedade generalizada.

Como averiguado a ansiedade são distúrbios causados por uma variedade de causas não explicadas, elas apenas acometem a pessoa e assim ocasiona uma série de dano tanto pessoal quanto social ao indivíduo. A ansiedade nem sempre é maléfica, pois é um estado de tensão que nos anima, impele, provoca reações, sem ela poderíamos ser vítimas do tédio e possuir uma mente engessada ou encarcerada pela mesmice. Mas quando a ansiedade assume sintomas psíquicos negativos contínuos e intensos, como a irritabilidade, humor depressivo, angustia, preocupações crônicas, apreensão contínua, obsessão, torna-se doença.

Assim, a pesquisa trouxe resultados a respeito do conceito da ansiedade e os problemas que a ansiedade pode acarretar, os benefícios através dos tratamentos disponibilizados para o Transtorno da Ansiedade Generalizada. E acima de tudo trouxe contribuições do papel da enfermagem no campo da saúde mental especificamente nos cuidados com o portador de transtorno de ansiedade, e esse campo juntamente com a psiquiátrica envolve parceria com o paciente e a família. É necessário que o enfermeiro tenha compromisso com o trabalho interdisciplinar e tenha conhecimento suficiente para atuar nos diferentes serviços de saúde mental, de acordo com cada situação e condições do paciente, deve-se respeitar e considerar a história de vida de cada paciente, mantendo contato terapêutico, mais direto com o paciente e seus familiares.

Os enfermeiros envolvidos com o cuidado e atendimento de pacientes, podem não perceber as necessidades do indivíduo além daquelas fisicamente demonstradas. É preciso atenção aos sintomas apresentados, pois, muitas vezes o TAG é facilmente camuflado. É fundamental que a equipe de saúde esteja preparada para estabelecer um relacionamento de empatia e confiança com o paciente, para assim facilitar o atendimento e uma recuperação satisfatória.

Assim, os dados apresentados mostram-se relevantes, uma vez que o enfermeiro tem seu trabalho associado ao ato de cuidar, curar, produzir o bem-estar, e o mesmo deve abordar o cliente utilizando-se de estratégias que minimizem a ansiedade proveniente do ambiente hospitalar e/ou da doença e seu desconhecido.

REFERÊNCIAS

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

ANDRADE, L. H. S. G; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Rev. Psiq. Clínica USP*, 1998, vol. 25, n. 6. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n6/ansi256a.htm>>. Acesso em: 17 de novembro de 2018.

ANDRADE, M. M. de. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 10ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ANDREATINI, R.; LACERDA, R. B.; FILHO, D. Z. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. *Rev Bras Psiquiatr*; 23(4):233-42. Curitiba – PR, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/.pdf>>. Acesso em: 22 de novembro de 2018.

ARAÚJO, M. F. S. **O Enfermeiro no Programa de Saúde da Família: prática profissional e construção da identidade**. São Paulo: Cortez, 2005.

BALLONE, G. J. - **Síndrome do Pânico** - in. PsiqWeb, Internet - revisto em 2005. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/>>. Acesso em: 17 de novembro de 2018.

BECK, J. S. **Terapia Cognitivo Comportamental – Teoria e Prática**. Trad. Sandra Mallmann da Rosa. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BERLIM, M. T.; PERIZZOLO, J.; FLECK, M. P. A. Transtorno de estresse pós-traumático e depressão maior. *Revista Brasileira Psiquiatria* 2003;25(Supl I):51-4.

BERNIK, M. *et al.* **Transtorno de ansiedade ao longo da vida**. In: FORLENZA, O. V.; MIGUEL, E. C. (Editores). **Compêndio de clínica psiquiátrica**. Barueri, SP: Manole, 2012.

BEUREN, I. M. (Org.). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violência. *Revista Saúde Pública*, 2000;34:427-30.

BRASIL, Ministério Público Federal. **Cartilha Direito a saúde Mental**. 2012. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/>>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.

BRASIL, Sistema Único de Saúde. **Transtorno de ansiedade generalizada: protocolo clínico**. Santa Catarina, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.>>. Acesso em: 21 de novembro de 2018.

BROWN, T.; O'LEARY, T. A.; BARLOW, D. H. **Transtorno de ansiedade generalizada**. In: Barlow, D. H. (Org). Manual Clínico dos Transtornos psicológicos. (2ª Ed.) Porto Alegre: Artmed, 1999.

CASTILLO, A. R. G. L. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2000, v. 22. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3791.pdf>> Acesso em: 18 de novembro de 2018.

CARRARO, T. E. **Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale**. 2. Ed. AB Editora, Goiânia, 2001.

CAVALER, C. M.; GOBBI, S. L. **Transtorno de Ansiedade Generalizada**. 2º Simpósio de Integração científica e Tecnológica do Sul Catarinense. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ifsc.edu.br/index.>>. Acesso em 14 de abril de 2017.

CHADE, J.; PALHARES, I. Brasil tem maior taxa de transtorno de ansiedade do mundo, diz OMS. **O Estado de S. Paulo**, 2017. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/>>. Acesso em 16 de novembro de 2018.

CLARK, D. A.; BECK, A. T. **Terapia Cognitiva para os Transtornos de Ansiedade**. editora Artmed, 2012.

D'ATH, K.; WILLSON, R. **Controlando o TOC com TCC**. Editora Alta Books. – Rio de Janeiro, 2017.

ENGSTER, D. T. L. **Transtorno de Ansiedade Generalizada**. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ. Santa Rosa, 2013. Disponível em: <bibliodigital.unijui.edu.br>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.

FIGUEIRA, I.; MENDLOWICZ, M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. **Rev Bras Psiquiatr** 2003;25(Supl 1):12-6. Rio de Janeiro, 2003.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25s1/a04v25s1>>. Acesso em: 18 de novembro de 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, D. A. **Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v30,n.3, p.623-632, Mar. 2014.

HETEM, L. A. B.; GRAEFF, F. G. – **Transtornos de Ansiedade**, 2ª edição - editora Atheneu 2012.

KAPCZINSKI, F.; MARGIS, R. **Transtorno de ansiedade generalizada**. Knapp, P. *et al.* (org.) **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. (pp 210-247). Porto Alegre: Artmed, 2004.

KNAPP, P.; BECK, A. T. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 30, (suplII), p. 54-64, 2008.

KNAPP, P. *et al.* **Terapia Cognitivo-Comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre:Artmed, 2007.

LEAL, D. **Atuação da enfermagem no transtorno de ansiedade generalizada**, 2015. Disponível em: <<https://sites.google.com/site/saudementalvirtual/>>. Acesso em 22 de novembro de 2018.

LEAHY, R. L. **Livre de Ansiedade**. Trad.Vinicius Figueira. Porto Alegre: Artmed, 2011.

MANFRO, G. G.; HELDT, E.; CORDIOLI, A. V. **Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico**. In: Cordioli AV, organizador. **Psicoterapias; abordagens atuais**. 3a.ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

MARQUES, E. L. L.; BORBA, S. Como lidar com o transtorno de ansiedade generalizada na perspectiva da terapia cognitivo-comportamental. *ynThesis Revista Digital FAPAM*, Pará de Minas, v.7, n.7, 82-97, dez. 2016.

MARTINS, G. A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MCNALLY, R. J. **Remembering trauma**. Cambridge, MA: Belknap/Harvard, 2003.

MESTRE, M. CORASSA, N. Da ansiedade à fobia. **Revista Psicologia Argumento**. ISSN 0103-7013. Ano XVIII, No XXVI, abril 2000. p.105-126. Disponível em: <<http://www.medos.com.br/estudos-cientificos/>>. Acesso em: 18 de novembro de 2018.

MOURA, I. M.; ROCHA, V. H. C.; BERGAMINI, G. B.; SAMUELSSON, E.; JONER, C.; SCHNEIDER, L. F.; MENZ, P. R. A Terapia Cognitivo-Comportamental No tratamento no Transtorno de Ansiedade Generalizada. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**. Ariquemes: FAEMA, v. 9, n. 1, jan./jun., 2018. ISSN: 2179-4200. Disponível em:<<http://www.faema.edu.br>>. Acesso em: 21 de novembro de 2018.

NARDI, E. A. História. In: Nardi E. A. **Transtorno de Pânico: Diagnóstico e Tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Valença – MA, 2005.

NITZCHE, V. Ansiedade: o mal da sociedade contemporânea. **Jornal Noroeste** – RS, 2013. Disponível em: <<http://www.jornalnoroeste.com.br/>> . Acesso em: 16 de novembro de 2018.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 3. P. 333-40, mai/jun. 2003.

PEDUZZI, M. **A inserção científica**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

PEREIRA, A. L. S. **Construção de um protocolo de tratamento para o transtorno de ansiedade generalizada**. Dissertação de mestrado do programa de pós graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, 2005.

PRADO, J. M.; KUREBAYASHI, L. F. S. Eficácia da auriculoterapia na redução de ansiedade em estudantes de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**. 2012, vol. 46, n.

5., p. 1200- 1206. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/23.pdf>>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.

RANGÉ, B. Programa de treinamento a distância para tratamento do transtorno do pânico e agorafobia. **Revista de Psiquiatria Clínica**. Rio de Janeiro, vol 28, n° 6, nov/2001.

ROBAÍNA, C. M. V. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serviço Social**. São Paulo, n. 102, p. 2-6, abr/jun.2010.

RODRIGUES, A. R. F. **As relações interpessoais enfermeiro-paciente: análise teórica e prática com vista à humanização de assistência em saúde mental 1993**. 130f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto, 1993.

SANTOS, M. T. **O que é transtorno do pânico e como tratar**, 2018. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/mente-saudavel/o-que-e-transtorno-do-panico-e-como-tratar/>>. Acesso em: 17 de novembro de 2018.

SANTOS, M. D.; GALDEANO, L. E. Traço e estado de ansiedade de estudantes de enfermagem na realização de uma prova prática. **Revista Mineira de Enfermagem**. 2009, v. 13, n. 1, p. 76-83. Disponível em: <www.rene.or.br/artigo/detalhes/165>. Acesso em: 17 de novembro de 2018.

SBARDELLOTO, G.; SCHAEFER, L. S.; JUSTO, A. R.; & HAAG K, C. **Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência**. Psico-USF (Impr.) v.16 nº.1 Itatiba Jan./Apr. 2011.

SCATENA, M. C. M *et al.* A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEN**. (online), v. 57. N° 6, dez/2004.

SCHESTATSKY, S.; SHANSIS, F.; CEITLIN, L. H.; ABREU, P. B. S.; & HAUCK, S. A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 25 suppl.1 São Paulo June, 2003.

SILVA, B. R. **Ansiedade: uma revisão integrativa desse fenômeno entre os estudantes de enfermagem**, Niterói-RJ, 2014. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/2879/1/TCC%20Bruna%20Rodrigues%20da%20Silva.pdf>>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.

SILVA, A. B. B. **Mentes ansiosas: medo e ansiedade além dos limites**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011. 207 p.

SPONCHIADO, A. R.; SILVA, C. R.; KRISTENSEN, C. H. Psicoterapia Cognitivo-comportamental para o Transtorno de Estresse Agudo: Uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Terapia Comportamentale Cognitiva**. ISSN 1982-3541, 2013. v. XV, n. 2, p. 64-74. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v15n2/v15n2a06.pdf>. Acesso em: 20 de novembro de 2018.

STALLARD, P. **Ansiedade: Terapia Cognitiva Comportamental para crianças e jovens**, Porto Alegre, Artmed – 2010.

TANAKA, L. H.; LEITE, M. M. J. Processo de trabalho do enfermeiro: visão de professores de uma universidade pública. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 21, n. 3, p. 13, jun. 2008.

TORRES, A. R; SMAIRA, S. I. Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 23, supl. 2, Oct. 2001.

VALLE, L. G. Transtorno de Pânico. In: Abreu CN, Roso M, organizadores. **Psicoterapias Cognitiva e Construtivista: Novas Fronteiras da Prática Clínica**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.

VECHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface – Comunicação, saúde, educação**. São Paulo, v.13, n.28, p.151-64, jan./mar. 2009.

WAIDMAN, M. A. P. et al., Assistência de Enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 2-3, jun, 2012.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2008.