

Capítulo 6

TRANSTORNOS ANSIOSOS

Fabiele Maidel Fritzen
Cristiana Nicoli de Mattos

SINAIS E SINTOMAS

A ansiedade é uma reação normal, adaptativa. Ou seja, é uma resposta do corpo para se defender de algum tipo de estressor externo. Por exemplo, diante de uma ameaça (um predador), o organismo deve reagir aumentando seu ritmo e capacidade de resposta para que este possa se preparar para lutar ou fugir.

Isto se dá através de alterações somáticas, como o aumento da frequência cardíaca e respiratória. Subjetivamente é definida como um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo futuro, de algo desconhecido ou estranho¹.

“Medo” pode ser caracterizado como uma resposta emocional a um perigo iminente real ou imaginário, enquanto ansiedade é a antecipação de um perigo futuro. Ambos obviamente se sobrepõem, mas se manifestam de formas diferentes: no medo há maior hiperativação autonômica, necessária para a resposta de luta ou fuga; enquanto que a ansiedade há tensão muscular e vigilância, em preparação para um futuro perigo, além de comportamento de cautela e evitação².

A ansiedade e o medo só passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como normal naquela faixa etária. Quando patológicos, interferem com a qualidade de vida, com o conforto emocional e/ou com o desempenho diário do indivíduo. Ou seja, implicam em comprometimento ocupacional, social e acadêmico, sofrimento emocional considerável e perda considerável de tempo do dia em resposta de esquiva e evitação.

Os transtornos ansiosos são quadros clínicos em que esses sintomas são primários, ou seja, não são derivados de outras condições psiquiátricas (depressões, psicoses, transtornos do desenvolvimento, transtorno hipercinético, etc.) nem podem ser justificados por alterações clínicas (como hipertireoidismo, feocromocitoma, entre outras)².

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Caracterizam-se por sintomas psíquicos (tensão, nervosismo, apreensão, mal estar indefinido, insegurança, dificuldade de concentração, sensação de estranheza ou despersonalização e desrealização, etc), comportamentais (p.ex. inquietação, sobressaltos, evitação) e sintomas somáticos, que podem ser divididos em:

- autonômicos (taquicardia, vasoconstricção, suor, aumento de peristaltismo intestinal, taquipneia, piloerecção, midríase);
- musculares (dores, contraturas, tremores);
- cenestésicos (parestésias, calafrios, adormecimentos, ondas de calor);
- respiratórios (sensação de afogamento ou sufocação, dispnéia).

Quando ela é persistente em um indivíduo, o acompanhando por toda a vida e ao longo de seu desenvolvimento, pode-se considerá-la um traço de personalidade. Entretanto, assim como em outros transtornos mentais, as características de personalidade são freqüentemente influenciadas pela própria patologia presente ou passada, sendo muito complexo o estabelecimento de características realmente pré-mórbidas de personalidade.

No momento em que a ansiedade ocorre, fala-se em estado ansioso. Para diferenciar se esse estado é normal ou patológico, essencial na decisão de tratar ou não o paciente, deve-se levar em conta o contexto e os possíveis desencadeantes, além das características individuais do sujeito, para determinar se as manifestações ansiosas são desproporcionais em intensidade, duração ou freqüência com que ocorrem, além de avaliar o prejuízo funcional causado por tal sintomatologia.

A ansiedade patológica está presente em condições estressantes variadas, com as quais qualquer médico depara-se todos os dias, como em doenças médicas, em situações de violência, na vigência de uso de medicamentos ou drogas, na abstinência de substâncias psicoativas, na presença de vários outros transtornos psiquiátricos ou mesmo, primariamente, nos chamados “transtornos ansiosos”.

Um exemplo de quadro ansioso secundário a outro transtorno psiquiátrico é aquele que ocorre na psicose. Nesse caso, as vivências descritas pelos pacientes são qualitativamente diferentes, como também são o seu curso e a sua resposta ao uso de neurolépticos (provavelmente com mecanismos fisiopatológicos diferentes).

CLASSIFICAÇÃO

São estados de ansiedade patológica repetitivos ou persistentes. As classificações atuais consideram os seguintes quadros nosológicos como transtornos ansiosos: transtorno de pânico ou ansiedade episódica paroxística, transtornos fóbico-ansiosos (fobias específicas ou isoladas, agorafobia, fobias sociais), transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno misto ansioso e depressivo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de estresse agudo,

transtorno de ansiedade devido a uma condição física ou uso de substância psicoativa e transtorno de ansiedade sem outra especificação.

Na quinta edição da classificação psiquiátrica americana (DSM-5)¹, o transtorno obsessivo-compulsivo, que antes fazia parte dos transtornos ansiosos, passou a pertencer a um capítulo à parte, o dos transtornos do espectro obsessivo compulsivo. Já o TEPT, o transtorno de ajustamento e a reação aguda ao estresse passaram a fazer parte do capítulo “transtornos relacionados a traumas e estressores”.

Esses mesmos quadros continuam classificados juntos, no capítulo de “transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao estresse e transtornos somatoformes” na classificação internacional da Organização Mundial da Saúde (CID-10)⁴.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Por envolver componente somático importante, é fundamental a exclusão de causas orgânicas que possam estar causando a sintomatologia somática. Entre elas.

- Doenças Cardiovasculares: Anemia, Angina, Insuficiência cardíaca congestiva, Prolapso da valva mitral, Infarto do miocárdio, Taquicardia atrial paroxística.
- Doenças Pulmonares: Asma, Hiperventilação, Êmbolo pulmonar, Hipóxia, Doenças obstrutivas crônicas.
- Doenças Neurológicas: Vasculopatias cerebrais, Epilepsia, Síndrome pós-concussiva, Enxaqueca, Vertigem, Esclerose múltipla, Ataque isquêmico transitório, Tumores cerebrais, Doença de Huntington, Doença de Ménière, Doença de Wilson.
- Doenças Endócrinas: Doença de Addison, Síndrome carcinóide, Síndrome de Cushing, Hiperparatireoidismo, Menopausa, Feocromocitoma, Alterações tireoidianas, Hipoglicemia, Síndrome de tensão pré-menstrual.
- Intoxicação por Drogas: Anfetaminas, Anticolinérgicos, Antidepressivos, Anticonvulsivantes, Corticosteróides, Cocaína, Alucinógenos, Cafeína, Nicotina, Teofilina, Inibidores de apetite, Ervas.
- Abstinência de Drogas: Álcool, Anti-hipertensivos, Opióides, Sedativos e hipnóticos.
- Transtornos Psiquiátricos: Depressão, Psicose, Uso ou abstinência de drogas (álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos, LSD), Uso de estimulantes (cafeína, amfetaminas), Transtornos de personalidade.
- Outras Condições: Anafilaxia, Deficiência de vitamina B12, Distúrbios hidroeletrólíticos, Intoxicação por metais pesados, Infecções sistêmicas, Lúpus eritematoso sistêmico, Uremia, Porfíria, Disfunção vestibular.

TRANSTORNO DE PÂNICO [ANSIEDADE PAROXÍSTICA EPISÓDICA]

Ataques de pânico são crises súbitas com múltiplos sintomas e sinais de hiperatividade autonômica, sensação de mal estar e perigo iminente (muitas vezes definido

pelo paciente como “medo de ficar louco” ou como “sensação de morte iminente”), atingindo seu pico em cerca de 10 minutos. Podem ser situacionais ou espontâneos.

O ataque situacional, em geral, é precedido por ansiedade antecipatória crescente, ligada à expectativa de sentir-se mal em um determinado contexto. Essa ansiedade antecipatória pode ser acompanhada de sinais e sintomas somáticos, que ocorrem de forma gradual e flutuante até que o indivíduo entre na situação temida. Há, então, uma brusca elevação na intensidade das manifestações autonômicas e o cortejo de outros sintomas somáticos e psíquicos que podem, ou não, levar ao comportamento desadaptativo de congelamento, fuga, ou busca de ajuda (por exemplo indo a um pronto-socorro) .

O ataque situacional, por sua vez, ocorre sem que haja estímulo para isto, e é portanto, imprevisível, podendo ocorrer inclusive durante o sono.

Uma crise de pânico pode ser desencadeada também por fatores orgânicos. É importante investigar uso de drogas, remédios para emagrecer, cafeína, e considerar os diagnósticos diferenciais já citados neste capítulo.

No Transtorno de Pânico usualmente há a repetição de episódios de pânico espontâneos e autolimitados, nos quais o indivíduo vive ansiedade intensa e incapacitante, comumente associada com múltiplos sintomas de hiperatividade autonômica (como taquicardia, dispneia, tremor, sudorese, dores torácicas, sensações de asfixia, tonturas), sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização) e parestesias (decorrente da hiperventilação). Devido ao grande desconforto, o indivíduo passa a ter medo da repetição dos sintomas desenvolvendo uma ansiedade antecipatória em relação à ocorrência de novas crises e o temor de passar mal em determinado local ou contexto. Esta ansiedade antecipatória pode servir de gatilho para nova crise (agora, situacional). Com isto, pode se desenvolver uma esquivia fóbica e/ou agorafobia, mesmo após a ocorrência de uma única crise espontânea.

Atualmente o critério numérico das crises de pânico não é mais usado, e passou-se a considerar o impacto que as crises (mesmo que tenha sido somente uma) têm na vida do indivíduo. Isso porque a frequência de crises não é um bom marcador de gravidade do transtorno, já que a evitação de situações ansiogênicas (esquivia fóbica) pode reduzi-la e a esquivia costuma agravar o comprometimento funcional do paciente. Para avaliar a gravidade, é importante que se avalie a ansiedade antecipatória, a esquivia agorafóbica, a hipocondria e o impacto funcional.

As crises de pânico não podem ser decorrentes de outro transtorno mental, como restritos a situações sociais temidas (como na fobia social) ou circunscritas a objetos ou situações temidos (como na fobia específica), em resposta a obsessões (como no transtorno obsessivo-compulsivo) ou a lembranças de eventos traumáticos (como no transtorno de estresse pós-traumático) [1]

Atualmente as hipóteses etiológicas para o transtorno de pânico convergem para uma ativação inadequada dos sistemas de reação e defesa com hiperatividade dos sistemas de alerta, aversão e detecção de perigo, mediada principalmente por noradrenalina e serotonina. Essa ativação estaria ligada à vulnerabilidade genética e à estrutura cognitiva dos pacientes.

A primeira crise pode ocorrer em resposta a um fator externo, como uma situação ansiogênica ou uso de substância, e a partir de então esta crise pode sensibilizar vias cognitivas que podem perpetuar novas crises, deflagrando um quadro típico de transtorno de pânico.

Depois de colhidos história e exame físico que levem à hipótese principal de transtorno do pânico, em um Pronto Socorro, é indispensável encaminhar para tratamento ambulatorial a fim de evitar retornos desnecessários ao serviço de emergência. O tratamento pode ser feito pelo clínico geral, na atenção primária, sendo raros os casos de transtorno de pânico que demandem atendimento psiquiátrico especializado.

O início das crises em geral ocorre entre 15 e 25 anos (apesar da metade dos pacientes relatar problemas com ansiedade desde a infância), numa proporção de duas mulheres para cada homem em casos sem agorafobia e de três mulheres para cada homem em casos com agorafobia.

Critérios Diagnósticos: DSM-5

Ataque de Pânico

Um período distinto de intenso temor ou desconforto, no qual quatro (ou mais) dos seguintes sintomas desenvolveram-se abruptamente e alcançaram um pico em minutos:

- (1) palpitações ou ritmo cardíaco acelerado
- (2) sudorese
- (3) tremores ou abalos
- (4) sensações de falta de ar ou sufocamento
- (5) sensações de asfixia
- (6) dor ou desconforto torácico
- (7) náusea ou desconforto abdominal
- (8) sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio
- (9) desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (estar distanciado de si mesmo)
- (10) medo de perder o controle ou enlouquecer
- (11) medo de morrer
- (12) parestesias (anestesia ou sensações de formigamento)
- (13) calafrios ou ondas de calor

Sintomas culturalmente determinados, como tinnitus, tensão no pescoço, gritos ou choro incontrolável podem ser relatados. Estes sintomas não devem ser contados como um dos sintomas necessários para o diagnóstico

Quando ocorre menos do que 4 sintomas, pode-se falar em ataque de pânico com sintomas limitados (“ameaça de crise”). Com o início do tratamento, é comum ocorrer uma redução dos ataques completos e o aumento das crises limitadas.

Transtorno de Pânico

A. Ataques de Pânico recorrentes e inesperados

B. Pelo menos um dos ataques foi seguido por 1 mês (ou mais) de uma (ou mais) das seguintes características:

(a) preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais ou suas conseqüências (por ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, “ficar louco”)

(b) uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques (por exemplo evitar exercício físico ou situações novas)

C. Os Ataques de Pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertireoidismo).

D. Os Ataques de Pânico não são melhor explicados por outro transtorno mental, como Fobia Social (por ex., ocorrendo quando da exposição a situações sociais temidas), Fobia Específica (por ex., ocorrendo quando da exposição a uma situação fóbica específica), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (por ex., quando da exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por ex., em resposta a estímulos associados a um estressor severo) ou Transtorno de Ansiedade de Separação (por ex., em resposta a estar afastado do lar ou de parentes queridos).

Tratamento:

O tratamento não deve visar somente a redução da intensidade e da frequência das crises, mas também a redução da ansiedade antecipatória, a resolução da agorafobia e o tratamento de comorbidades psiquiátricas frequentemente associadas (como transtorno depressivo ou abuso de substâncias)Erro! Indicador não definido..

A primeira linha de tratamento para transtorno do pânico é o uso de inibidores seletivos de recaptura de serotonina (ISRS)¹, com resposta em cerca de 80% dos casos, de preferência associado à terapia cognitivo-comportamental (TCC).

Como os ISRS costumam desencadear uma piora dos sintomas ansiosos no início do tratamento, pode-se associar benzodiazepínicos (BZD). Como os BZD apresentam um potencial importante de abuso e dependência, sem exercer efeito terapêutico de longo prazo, fazemos inicialmente um contrato com o paciente de que tal medicação será retirada em breve. Os BZD com maior evidência para este uso são o alprazolam e clonazepam.

Para aumentar a aderência do paciente ao tratamento, ele deve ser avisado da possibilidade dessa piora inicial, que costuma ocorrer em até 30% dos pacientes, e uma demora de 3 a 4 semanas para início de efeito terapêutico. A dose do antidepressivo deve ser aumentada gradualmente, mantendo o tratamento por pelo menos 5 semanas antes de se considerar resposta insatisfatória. Trocar a medicação antes

da hora pode levar a trocas sucessivas e desnecessárias de medicação, e retardo na resposta terapêutica para o paciente.

Caso não haja resposta ou ela seja insuficiente, a dose deve ser reduzida gradualmente, sendo substituída posteriormente por outro ISRS ou outra classe de antidepressivo, como os tricíclicos, os inibidores da recombinação de serotonina e noradrenalina (IRSN) ou os atípicos (como a mirtazapina).

Como os tricíclicos são medicamentos baratos e amplamente disponíveis na rede básica, é comum seu uso no Brasil, apesar de requererem maior atenção quanto a um pior perfil de efeitos colaterais, e maior risco de intoxicação incidental ou autoinfligida.

FOBIAS

Fobia é caracterizada por um medo persistente e irracional de um objeto específico, atividade ou situação que é considerada objetivamente sem perigo para o contexto sociocultural do indivíduo e que resulta em necessidade incontrolável de esquivar-se ou de evitar tal estímulo. Se isto não é possível, o confronto é precedido por ansiedade antecipatória e realizado com grande sofrimento e comprometimento do desempenho. Pela alta aversividade que a exposição provoca, é comum que o paciente evite a situação ou o objeto fóbico (o que chamamos de esquiva fóbica).

Apesar de o indivíduo perceber que seu medo é irracional e excessivo, ele não consegue controlar.

FOBIA SOCIAL

Fobia Social é o medo excessivo associado à necessidade de evitar situações nas quais o indivíduo possa ser observado ou avaliado pelos outros, pelo temor de se comportar de modo embaraçoso ou humilhante. Se for impossível evitar a situação, ele apresentará ansiedade intensa, podendo chegar a um ataque de pânico, com grande sofrimento e comprometimento de seu desempenho. Parece existir uma continuidade entre ansiedade social normal e a fobia social, por isso o diagnóstico deve ser feito com base no prejuízo funcional.

O quadro ansioso pode ser desencadeado por situações em que a pessoa tenha que ser observada enquanto desempenha alguma atividade (como falar ou atuar em público, escrever, ler, comer, usar o telefone), usar banheiro público, participar de festas ou reuniões, ser apresentado a alguém, iniciar ou manter conversas, falar com pessoas de autoridade ou receber visitas em casa.

O temor envolve também o medo de demonstrar a ansiedade, como tremer, suar, enrubescer ou até mesmo vomitar, o que os colocaria numa situação difícil e constrangedora.

A evolução é crônica e sem períodos de remissão, resultando em incapacitação progressiva. O início precoce (em geral na infância ou adolescência) costumaprejudicar o desenvolvimento de habilidades sociais, o que acaba por perpetuar o problema.

É frequente a presença de comorbidades, como o uso de substâncias ou transtornos afetivos. Vemos, frequentemente, indivíduos fóbicos-sociais usando o álcool para “tratar” sua timidez social e por vezes tornando-se dependentes químicos. A fobia social também pode estar associada a outros transtornos ansiosos, a disfunções sexuais e ao transtorno dismórfico corporal.

É importante o diagnóstico diferencial com transtorno de pânico (ambos apresentam crises de ansiedade, mas na fobia social, ao contrário do que acontece no transtorno de pânico, o indivíduo prefere ficar só quando tem a crise) e com transtorno de personalidade esquizoide (neste caso, ao contrário da fobia social, o indivíduo não se interessa pelo contato com outras pessoas) .

No Brasil, a prevalência de fobia social é de 2,2% pelo período de um ano, e de 3,5% para a vida toda. Ocorre na proporção de 2 mulheres pra cada homem.

**Crítérios Diagnósticos:
DSM-5**

- A. Medo marcante ou ansiedade sobre uma ou mais situações sociais, nas quais o indivíduo é exposto ao julgamento de outras pessoas, por exemplo em interações sociais (conversar, conhecer novas pessoas), ser observado (comer, beber, escrever na frente de outras pessoas) ou ter uma performance na frente de outras pessoas (por exemplo em uma apresentação)
- B. O indivíduo teme agir de forma inadequada ou demonstrar ansiedade
- C. As situações sociais quase sempre provocam medo e ansiedade. NOTA: em crianças, a ansiedade pode ser demonstrada por choro, dificuldade por falar, ataques de raiva, tentar se esconder ou congelamento
- D. As situações sociais são evitadas ou enfrentadas com intenso medo ou ansiedade
- E. O medo ou ansiedade é fora de proporção para o real perigo, levando em consideração o contexto sociocultural do indivíduo
- F. O medo, ansiedade ou evitação é persistente, tipicamente durando 6 meses ou mais
- G. O medo, ansiedade ou evitação causa desconforto e prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional e outras áreas importantes de funcionamento
- H. O medo, ansiedade e evitação não é atribuído aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex medicação ou drogas de abuso) ou por uma condição clínica
- I. O medo, ansiedade ou evitação não é melhor explicado pelos sintomas de outro transtorno mental, como por exemplo transtorno do pânico, dismorfofobia, autismo
- J. Se outra condição clínica está presente (p.ex. doença de Parkinson, obesidade, cicatrizes desfigurantes), o medo, ansiedade e evitação é claramente não relacionado ou excessivo.

Especificar se:

circunscrita à performance: o medo é restrito a falar ou fazer uma performance em público
ou generalizada

Tratamento:

Para tratar episódios pontuais de ansiedade, não repetidos com frequência, usamos um beta-bloqueador, em dose baixa única e prévia à atividade, como o propranolol 10mg 1 hora antes da exposição social. O betabloqueador por si só não trata o problema, mas a redução dos sintomas físicos pode levar a uma sensação de controle, que pode ser terapêutica. Seu uso contínuo, na fobia social, pode ser útil quando o tremor e taquicardia estiverem presentes de forma significativa.

Na fobia social generalizada o tratamento contínuo está indicado. Os mais bem estabelecidos são a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRS). Se refratária, outros antidepressivos podem ser utilizados. A resposta em geral demora cerca de 6 semanas, com a resposta completa levando até 12 semanas.

Por ser um transtorno crônico, o tratamento é de longo prazo. Apesar de não haver consenso, atualmente preconiza-se manutenção por cerca de 6 meses em casos de remissão, e períodos mais longos caso não tenha se alcançado a remissão. É importante, portanto, que a medicação utilizada seja bem tolerada, a fim de garantir a adesão do paciente ao tratamento.

Benzodiazepínicos podem ser úteis na fobia social circunscrita e em casos que respondem de forma incompleta aos antidepressivos. Quando usados, sempre atentar para o risco de tolerância e dependência.

O tratamento deve visar a redução da ansiedade patológica e esquiva fóbica, além de tratar as comorbidades associadas. A presença de comorbidades é fator de mau prognóstico para o transtorno.

AGORAFOBIA

Agorafobia, termo que etimologicamente se contrapõe a claustrofobia, é hoje utilizado para designar o medo de estar em situações das quais não possa sair ou ser socorrido se necessário. Isso acaba levando o indivíduo a evitar diversas situações que incluem medo de sair ou ficar desacompanhado, entrar em lojas, mercados, ou lugares públicos diversos, abertos ou fechados, meios de transporte coletivos como ônibus, trem, metrô, avião, elevador, ou mesmo carros em vias expressas ou congestionadas, entre outros. Nos casos mais graves, o paciente não consegue sair de casa, ou só pode fazê-lo acompanhado, até certa distância, com grande comprometimento de sua vida pessoal e familiar. Pode ocorrer também a esquiva de situações que desencadeiam sensações internas semelhantes à ansiedade (taquicardia p.ex.), como atividade física e relações sexuais.

Quando a esquiva agorafóbica é muito acentuada, o paciente pode sentir pouca ansiedade, exatamente por evitar as situações desencadeantes.

Pode existir na presença ou não de um transtorno de pânico, sendo que mais de ¾ dos pacientes com transtorno de pânico relatam esquiva agorafóbica pelo menos leve.

**CrITÉrios DiagnÓsticos:
DSM-5**

A. Marcado medo ou ansiedade em 2 ou mais das seguintes situações:

1. uso de transporte público
2. ficar em espaçOs abertos (como estacionamentoS, pontes)
3. ficar em lugares fechados (como shoppings, teatros, cinemas)

4. ficar em uma fila ou na multidão
5. sair de casa sozinho

B. o indivíduo teme e evita estes locais ou situações devido ao pensamento de que escapar poderia ser difícil (ou embaraçoso) ou o auxílio poderia não estar disponível na eventualidade de ter um Ataque de Pânico ou sintomas tipo pânico (por ex., medo de ter um ataque súbito de tontura ou um ataque súbito de diarreia).

C. As situações agorafóbicas quase sempre provocam medo ou ansiedade

D. As situações agorafóbicas são ativamente evitadas. As pessoas podem conseguir enfrentá-las somente em companhia de alguém de confiança, ou enfrentando intenso medo e ansiedade

E. O medo e ansiedade é fora de proporção ao perigo real da situação e contexto sociocultural do indivíduo

F. O medo, ansiedade e evitação são persistentes, tipicamente durando 6 meses ou mais

G. O medo, ansiedade e evitação podem prejudicar a capacidade do indivíduo de ir ao trabalho ou realizar atividades cotidianas (por ex., fazer compras do dia-a-dia, levar os filhos ao médico).

H. Se outra condição médica estiver presente (p.ex. síndrome do intestino irritável, doença de Parkinson), o medo, ansiedade e evitação devem ser claramente excessivos

I. O medo, ansiedade e evitação não são melhor explicados por um outro transtorno mental. por exemplo quadros fóbicos, dismorfofobia, ou TEPT [NOTA: agorafobia é diagnosticada independentemente do diagnóstico de transtorno do pânico, portanto se um indivíduo preenche critério para transtorno do pânico e agorafobia, ambos os diagnósticos devem ser dados]

FOBIAS ESPECÍFICAS

São restritas a situações ou objetos particulares, como por exemplo certos animais, altura, trovão, escuridão, avião, dirigir, deglutir, espaçOs fechados, certos alimentos, tratamento dentário ou visão de sangue, injeção ou ferimentos. Diante destes

objetos ou situações o indivíduo apresenta uma crise de pânico, que é extremamente aversiva, e o faz desenvolver esquivas fóbicas às situações desencadeadoras.

Têm, em geral, início precoce e curso natural com remissão, mas podem tornar-se crônicas. São mais comuns em mulheres, exceto a fobia de sangue-injeção-ferimentos, que é mais comum em homens.

São o transtorno de ansiedade mais prevalente na comunidade, com prevalência de 6,3 a 10% em um mês e de até 23.3% ao longo da vida. Geralmente iniciam na infância. Têm um bom prognóstico, com remissão espontânea na maior parte dos casos. Entretanto, em casos em que a fobia permanece durante a vida adulta, o curso tende a ser crônico.

Critérios Diagnósticos: DSM-5

A. Medo marcante ou ansiedade sobre um objeto ou situação específico (p.ex. voar de avião, aranhas, receber uma injeção, ver sangue)

NOTA: em crianças, o medo ou ansiedade podem ser expressos por choro, ataques de raiva, congelamento ou comportamento de agarrar-se a alguém

- B. O objeto fóbico ou situação quase sempre provoca medo ou ansiedade imediatos
- C. O objeto fóbico ou situação é ativamente evitado ou enfrentado com intenso sofrimento
- D. O medo ou ansiedade é fora de proporção para o perigo real e para o contexto sociocultural
- E. O medo, ansiedade e evitação é persistente, tipicamente durando por pelo menos 6 meses
- F. O medo, ansiedade ou evitação causam prejuízo social, laboral e ocupacional significantes, assim como em outras áreas importantes de funcionamento
- G. O distúrbio não é melhor explicado por outro transtorno mental, como p.ex. transtorno de pânico, TOC, TEPT, ansiedade de separação e fobia social ou agorafobia.

ANSIEDADE GENERALIZADA

Caracterizado por estado ansioso persistentemente aumentado, que afeta ampla variedade de comportamentos e não ocorre exclusivamente nem mesmo de modo preferencial numa situação determinada. Os sintomas são variáveis e flutuantes, incluindo nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, ondas de frio ou calor, falta de ar, insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, urgência miccional, sensação de vazio na cabeça, palpitações, ton-

turas e desconforto epigástrico; além de preocupações excessivas com possíveis consequências “catastróficas” de situações corriqueiras.

É comum o paciente procurar inicialmente o clínico, queixando-se dos correspondentes somáticos da ansiedade. Os quadros orgânicos relacionados à ansiedade devem ser sempre lembrados e investigados, mas a hipótese de transtorno ansioso não deve ser deixada de lado.

Sua prevalência ao longo da vida é estimada em torno de 9% , com predominância de mulheres. Os sintomas se desenvolvem de forma insidiosa, geralmente na adolescência, e o curso é crônico. Apresenta uma alta comorbidade com outros transtornos ansiosos e psiquiátricos (principalmente depressão).

Diagnóstico:

DSM-5

A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos 6 meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).

B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.

C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos 6 meses).

NOTA: Apenas um item é exigido para crianças.

(1) inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele

(2) fadigabilidade

(3) dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente

(4) irritabilidade

(5) tensão muscular

(6) perturbação do sono (dificuldades em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto)

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

E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipertireoidismo) nem ocorre exclusivamente durante um Transtorno do Humor, Transtorno Psicótico ou Transtorno Invasivo do Desenvolvimento.

D. O foco da ansiedade ou preocupação não está confinado a aspectos de um outro transtorno; por ex., a ansiedade ou preocupação não se refere a ter um Ataque de Pânico (como no Transtorno de Pânico), ser embaraçado em público (como na Fobia Social), ser contaminado (como no Transtorno Obsessivo-Compulsivo), ficar afastado de casa ou de parentes próximos (como no Transtorno de Ansiedade de Separação), ganhar peso (como na Anorexia Nervosa), ter múltiplas queixas físicas (como no Transtorno de Somatização) ou ter uma doença grave (como na Hipocondria), e a ansiedade ou preocupação não ocorre exclusivamente durante o Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Tratamento

Psicoterapia é fundamental, pois pacientes com TAG apresentam esquemas cognitivos e hábito de vida extremamente enraizados, o que faz com que a resposta ao tratamento medicamentoso não seja tão marcada quanto nos outros transtornos ansiosos.

Inibidores seletivos de recaptação de serotonina e duais são medicações de primeira linha, com boa resposta. Tricíclicos e atípicos podem ser usados como segunda linha de tratamento.

Benzodiazepínicos apresentam resposta rápida e eficaz, porém atuam apenas como sintomáticos e oferecem risco de abuso e dependência. Todos os benzodiazepínicos são eficazes e a escolha de qual usar deve ser baseada nas propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas de cada um, de acordo com o paciente.

TRANSTORNO MISTO ANSIOSO E DEPRESSIVO

O indivíduo apresenta ao mesmo tempo sintomas ansiosos e depressivos, sem predominância nítida de um ou de outro, e sem que a intensidade seja suficiente para justificar um diagnóstico isolado. O DSM 5 não inclui esse diagnóstico e o CID-10 não fornece critérios específicos, apenas sugere que os pesquisadores incluam em seu trabalho os critérios que foram utilizados⁴.

TRANSTORNO DE ESTRESSE AGUDO

A principal característica do transtorno de estresse agudo é o desenvolvimento de sintomas característicos durando de 3 dias a 1 mês após a exposição a um ou mais eventos traumáticos. O evento traumático deve ser grave e estressante o suficiente para preencher os critérios do grupo A, ou deve ser classificado como transtorno de ajustamento em vez de transtorno de estresse agudo. Sintomas que iniciem imediatamente após o evento mas durem menos de 3 dias não devem ser classificados como transtorno de estresse agudo [1].

A manifestação clínica é variável de acordo com o indivíduo e com a cultura, mas costuma envolver sintomas de reexperiência do evento (lembranças intrusivas, sonhos com temas correlatos ao evento, flashbacks), dificuldade em sentir emoções positivas (com capacidade intacta de sentir emoções negativas), despersonalização (sensação de estar separado de seu corpo) ou desrealização (visão distorcida do ambiente). Alguns indivíduos também apresentam dificuldade de recordar algum aspecto importante do trauma, atribuível a amnésia dissociativa. Estímulos associados ao trauma costumam ser persistentemente evitados. Esses pacientes também costumam ter dificuldades em iniciar e manter o sono, dificuldades de concentração e costumam se mostrar hiper-reativos a estímulos inesperados (p. ex., aumento da reação de sobressalto) [1].

Apesar de o transtorno de estresse agudo poder progredir para transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) após 1 mês, ele também pode ser uma resposta transitória que remite antes desse período .

Esses sintomas de ansiedade, quando extremos, podem interferir com o sono, com os níveis de energia e com a capacidade de executar tarefas. Sintomas de esquiva podem impedir que o paciente saia de casa, compareça às consultas médicas, dirija e pode mantê-lo afastado do trabalho¹.

Critérios diagnósticos:

DSM-5

Os critérios são válidos somente para adultos, adolescentes e crianças acima de 6 anos de idade

A. Exposição a um evento traumático (morte, violência sexual ou grave ferimento, reais ou ameaçadores, com ameaça à integridade física do indivíduo) no qual os pelo menos um dos seguintes quesitos estiverem presentes:

1. A pessoa vivenciou diretamente o evento traumático
2. A pessoa testemunhou o evento traumático atingindo outra pessoa
3. A pessoa foi confrontada com eventos traumáticos que ocorreram a pessoas da família ou amigo próximo. No caso de morte ou risco de vida, o evento deve ter sido violento ou acidental
4. Vivência de repetida e extrema exposição a situações aversivas, com detalhamento dos eventos traumáticos (p.ex. policiais ou paramédicos) Nota: não inclui exposição pela mídia, televisão, fotos ou filmes, exceto se a exposição faz parte do trabalho da pessoa

B. Presença de pelo menos 9 dos seguinte sintomas, de qualquer uma das 5 categorias listadas abaixo:

Sintomas intrusivos

1. Recordações involuntárias, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções;
2. Sonhos aflitivos e recorrentes com o evento;
3. Reações dissociativas: agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos);

4. Sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;

Humor negativo

5. Inabilidade persistente de experimentar emoções positivas (p.ex. amor, felicidade, satisfação)

Sintomas Dissociativos

6. Desrealização e despersonalização

7. Inabilidade de relembrar aspectos importantes do(s) evento(s) (tipicamente devido amnesia dissociativa). Excluir outros fatores com traumatismo crânio encefálico ou uso de álcool e drogas.

Sintomas de esquiva

8. Esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associados com o trauma;

9. Esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma. Hiper-reatividade autonômica

10. Dificuldade em conciliar ou manter o sono;

11. Irritabilidade ou surtos de raiva;

12. Hipervigilância;

13. Dificuldade em concentrar-se;

14. Resposta de sobresalto exagerada.

C. A duração da perturbação (sintomas do critério B) é de 3 dias a 1 mês após a exposição ao trauma. NOTA: os sintomas em geral iniciam imediatamente após o trauma, mas a persistência por pelo menos 3 dias é necessária para preencher critério

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

E. O distúrbio não é atribuído a efeitos fisiológicos de substância (p.ex. álcool ou medicação) ou outra condição médica geral

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Refere-se à situação na qual o paciente foi exposto, como vítima ou testemunha, a situações de ameaça real de morte ou de sérios ferimentos, que desencadeiam medo intenso, desamparo ou horror.

Tipicamente os sintomas podem ser divididos no tripé: revivência e rememorações do evento traumático, hiperatividade autonômica e “anestesia psíquica”.

Em geral o indivíduo passa a se esquivar de situações ou objetos que relembram o ocorrido, esquecem-se de certos detalhes do trauma, mostram desinteresse por atividades importantes. Por vezes relatam uma sensação de “desligamento” do meio ou sensação de estranhamento em relação a outras pessoas além de desesperança em relação ao futuro.

Lembrar que alguns casos de traumatismo cranioencefálico lembram sintomas de TEPT e devem sempre ser investigados.

A prevalência na vida projetada nos Estados Unidos é de 8,7% .Indivíduos com TEPT têm 80% mais chance de apresentar pelo menos uma comorbidade psiquiátrica que indivíduos sem o transtorno.

Critérios diagnósticos: DSM-5

Os critérios são válidos somente para adultos, adolescentes e crianças acima de 6 anos de idade

A. Exposição a um evento traumático (morte, violência sexual ou grave ferimento, reais ou ameaçadores, com ameaça à integridade física do indivíduo) no qual pelo menos um dos seguintes critérios estiverem presentes:

1. A pessoa vivenciou diretamente o evento traumático
2. A pessoa testemunhou o evento traumático, que atingiu outra pessoa
3. A pessoa foi confrontada com eventos traumáticos que ocorreram a pessoas da família ou amigo próximo. No caso de morte ou risco de vida, o evento deve ter sido violento ou acidental

4. Vivência de repetida e extrema exposição a situações aversivas, com detalhamento dos eventos traumáticos (p.ex. policiais ou paramédicos) Nota: não inclui exposição pela mídia, televisão, fotos ou filmes, exceto se a exposição fizer parte do trabalho da pessoa

B. Presença de pelo menos um dos seguintes sintomas intrusivos associados com o evento(s) traumático(s), começando logo após a ocorrência do evento

1. Recordações involuntárias, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções;
2. Sonhos aflitivos e recorrentes com o evento;
3. Agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos);
4. Sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;
5. Reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.

C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma indicados por três ou mais dos seguintes quesitos:

1. Esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associados com o trauma;
2. Esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma;

D. Alterações negativas na cognição e humor, associado com o evento(s) traumático(s), começando ou piorando depois que o evento traumático ocorreu, evidenciado por 2 ou mais dos seguintes sintomas:

1. Inabilidade de relembrar aspectos importantes do(s) evento(s) (tipicamente devido amnesia dissociativa). Excluir outros fatores com traumatismo crânio encefálico ou uso de álcool ou drogas.
 2. Pensamentos e expectativas negativas em relação a si mesmo e aos outros, de forma persistente e exagerada (p.ex. “sou mal”, “não se pode confiar em ninguém”)
 3. Cognações distorcidas persistentes sobre as causas e consequências do(s) eventos(s) traumáticos, que levam o indivíduo a se culpar ou culpar os outros
 4. estado emocional negativo persistente (p.ex. medo, culpa, raiva)
 5. Redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas;
 6. Sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas;
 7. Inabilidade persistente de experimentar emoções positivas (p.ex. amor, felicidade, satisfação)
- E. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:

1. Irritabilidade ou surtos de raiva;
2. Descuido consigo mesmo ou comportamento auto destrutivo
3. Hipervigilância;
4. Resposta de sobressalto exagerada.

5. Dificuldade em concentrar-se;
 6. Dificuldade em conciliar ou manter o sono;
- F. A duração da perturbação (sintomas dos critérios B, C, D e E) é superior a 1 mês.
G. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
H. O distúrbio não é atribuído a efeitos fisiológicos de substância (p.ex. álcool ou medicação) ou outra condição médica geral

Especificar:

Com sintomas dissociativos:

1. Despersonalização
2. Desrealização

De resposta tardia: quando preenche os critérios diagnósticos somente após 6 meses do evento traumático

Tratamento

Psicoterapia é fundamental. Inibidores seletivos da recaptação de serotonina, assim como antidepressivos duais (como a venlafaxina p.ex) mostraram-se efetivos como medicações de primeira linha, com boa resposta. Tricíclicos e atípicos podem ser usados como segunda linha de tratamento.

Tempo prolongado, maior que 12 semanas de tratamento, pode ser necessário para o controle adequado da sintomatologia, portanto, trata-se de um tratamento de longo prazo.

Estudos têm demonstrado que administração de betabloqueadores logo após o evento traumático (6 a 20h, mantido por até 1 semana) reduzem a chance de desenvolvimento de TEPT, enquanto benzodiazepínicos aumentam esse risco.

TRANSTORNOS DE AJUSTAMENTO

O desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais significativos em resposta a um ou mais estressores psicossociais identificáveis caracterizam o transtorno de ajustamento. Os sintomas devem desenvolver-se dentro de um período de 3 meses (segundo os critérios do DSM) ou 1 mês (segundo os critérios da CID-10) após o início do estressor ou dos estressores, com um acentuado sofrimento ou um prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou acadêmico. Em geral são referidos sintomas depressivos, como insônia, angústia, isolamento social, fadiga, baixa autoestima, pessimismo, hostilidade e anedonia. Em crianças e adolescentes predominam irritação e problemas no convívio social.

A comorbidade com abuso de substâncias é frequente.

O estressor pode ser um período de adaptação a uma mudança existencial importante ou a um acontecimento estressante (p.ex., fim de um relacionamento romântico, morte, separações, desemprego). Os estressores podem ser recorrentes ou contínuos (p.ex., violência urbana).

Os estressores podem afetar um único indivíduo, toda uma família, um grupo maior ou uma comunidade. Podem estar relacionados a eventos vitais, como o ingresso na escola, deixar a casa paterna, casar-se, tornar-se pai/mãe, aposentadoria.

O diagnóstico diferencial se dá principalmente com quadros de distímia e episódios depressivos. É importante lembrar que eventos vitais estressantes podem desencadear uma piora de quadro depressivo prévio.

O prognóstico é bom, com melhora após tempo variável. Entretanto, quando o fator estressante é prolongado ou repetido, principalmente na adolescência, o prognóstico é pior, com maior chance de ocorrência de quadros depressivos no futuro.

Critérios diagnósticos: DSM-5

A. Desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um estressor (ou múltiplos estressores), ocorrendo dentro de 3 meses após o início do estressor (ou estressores).

B. Esses sintomas ou comportamentos são clinicamente significativos, como é evidenciado por qualquer um dos seguintes quesitos:

(1) sofrimento acentuado, que excede o que seria esperado da exposição ao estressor, levando em consideração o contexto externo e os fatores culturais que podem influenciar a gravidade dos sintomas ou a apresentação dele

(2) prejuízo significativo no funcionamento social, profissional (acadêmico) ou qualquer outra área importante de funcionamento

C. A perturbação relacionada ao estresse não satisfaz os critérios para outro transtorno específico e não é meramente uma exacerbação de um transtorno mental preexistente.

D. Os sintomas não representam Luto normal.

E. Cessado o estressor (ou suas conseqüências), os sintomas não persistem por mais de 6 meses.

Especificar se:

Agudo: duração inferior a 6 meses

Crônico: duração superior a 6 meses

Os Transtornos da Adaptação são codificados com base no subtipo, selecionado de acordo com os sintomas predominantes. O(s) estressor(es) específico(s) pode(m) ser especificado(s)

309.0 Com Humor Depressivo

309.24 Com Ansiedade

309.28 Misto de Ansiedade e Depressão

309.3 Com Perturbação da Conduta

309.4 Com Perturbação Mista das Emoções e da Conduta

309.9 Inespecificado

Existem poucos estudos sobre o tratamento. Dados sugerem que antidepressivos podem ser úteis em casos com sintomas proeminentes. Psicoterapia parece ser a melhor opção inicial de tratamento.

TRANSTORNO ANSIOSO INDUZIDO POR MEDICAÇÃO OU SUBSTÂNCIA

O transtorno de ansiedade induzido por substância deve ser considerado apenas quando os sintomas ansiosos estiverem intrinsecamente correlacionados com os efeitos da substância, seja durante a intoxicação ou durante a abstinência. Esse diagnóstico só pode ser considerado se os sintomas iniciaram após o início do uso da substância e se remitirem após um período de tempo (geralmente inferior a 1 mês, mas variável de acordo com a meia vida da substância). Se os sintomas persistirem por tempo substancial após a interrupção do uso, outro diagnóstico deve ser considerado.

Sintomas de pânico ou ansiedade podem ocorrer na intoxicação pelas seguintes classes de substâncias: álcool; cafeína; cannabis; fenciclidina; alucinógenos; inalantes; estimulantes (inclusive cocaína) e outras substâncias.

Esses sintomas também podem estar associados à abstinência das seguintes classes: álcool; opioides; sedativos; hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes (inclusive cocaína) e outras.

Algumas medicações que induzem sintomas ansiosos incluem anestésicos e analgésicos; simpatomiméticos ou outros broncodilatadores; anticolinérgicos; insulina; preparações tireoidianas; contraceptivos orais; anti-histamínicos; medicações antiparkinsonianas; corticosteroides, anti-hipertensivos e medicações cardiovasculares; anticonvulsivantes; carbonato de lítio; antipsicóticos e antidepressivos. Metais pesados e toxinas (ex: inseticidas organofosforados, monóxido de carbono, dióxido de carbono, substâncias voláteis como tinta e gasolina) também podem causar pânico ou sintomas de ansiedade¹.

**Critérios diagnósticos:
DSM-5**

- A. Ataques de Pânico e ansiedade é predominante no quadro clínico
- B. Há evidência, na história, exame físico ou achado laboratorial de ambos:
 - 1. sintomas desenvolvidos durante ou logo após a exposição ou retirada da substância
 - 2. A substância é capaz de produzir os sintomas ansiosos
- C. O distúrbio não é melhor explicado por um transtorno ansioso independente. A evidência de um transtorno de ansiedade independente pode incluir o seguinte:
 - 1. Os sintomas precedem o início do uso da substância; os sintomas persistem por um período significativo de tempo (p. ex. 1 mês) após a cessação da abstinência ou da intoxicação severa; ou há outra evidência sugerindo a existência de um transtorno ansioso independente não induzido por substância (por exemplo, história de episódios recorrentes não relacionados à substância)
- D. Não ocorre exclusivamente durante o curso de um delírium
- E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Nota: Esse diagnóstico deve ser feito em vez de um diagnóstico de intoxicação ou abstinência apenas quando os sintomas do critério A predominarem no aspecto clínico e forem suficientemente severos para demandar atenção clínica.

TRANSTORNO DE ANSIEDADE DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL

A principal característica desse transtorno é a presença de sintomas ansiosos marcantes ou crises de pânico que podem ser explicados por uma condição médica geral. Não deve ser dado esse diagnóstico se os sintomas ansiosos decorrerem de um transtorno de ajustamento em que o paciente esteja preocupado com as consequências médicas de sua doença associada. Também esse transtorno não deve ser diagnosticado quando os sintomas forem devidos a um quadro de delírium¹.

Critérios diagnósticos DSM 5:

- A. Ataques de pânico ou ansiedade predominam na figura clínica.
- B. Há evidência da história, exame físico ou achados laboratoriais que o distúrbio é consequência fisiopatológica direta de outra condição médica.
- C. O distúrbio não é melhor explicado por outro transtorno médico.
- D. O distúrbio não ocorre exclusivamente no curso de um delírium.
- E. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

REFERÊNCIAS

- 1 American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.** Fifth Edition. 2013
- 2 KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- 3 LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues; ELKIS, Hélio. **Psiquiatria básica.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- 4 World Health Organisation: **The ICD-10, classification of mental and behavioural disorders.** Geneva: Diagnostic Criteria for Research; 1993.