

## Transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão da literatura e dados epidemiológicos

*Generalized anxiety disorder: a review of literature and epidemiological data*

Ana Karla da Silva Menezes<sup>1</sup>, Lorena Fleury de Moura<sup>2</sup>, Vanderson Ramos Mafra<sup>3</sup>

### RESUMO

**Introdução:** o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) está entre os transtornos da ansiedade e, conseqüentemente, transtornos mentais, mais frequentemente encontrados na psicologia clínica. Embora visto inicialmente como um transtorno leve, atualmente se avalia que o TAG é uma doença crônica, associado a uma morbidade relativamente alta e a altos custos individuais e sociais.

**Objetivo:** realizar uma revisão bibliográfica com a finalidade analisar os aspectos epidemiológicos do TAG.

**Metodologia:** a revisão dos artigos foi realizada nas bases de dados eletrônicas LILACS, MEDline, *Journals*, *Scielo*, RBTCC e *Health Reference Center Academic*.

**Resultados:** das 50 referências encontradas foram utilizados 23 artigos para investigar os aspectos epidemiológicos do TAG, dentre os quais um total de quatro pesquisas foram realizadas no Brasil. A prevalência de TAG não chegou a 3% em 43,48% dos artigos analisados.

**Considerações finais:** apesar das limitações, acredita-se que os resultados encontrados são relevantes, pois o TAG atinge proporções consideráveis de pacientes apresentando prejuízo significativo na qualidade de vida e onerando o Estado.

**Descritores:** Ansiedade. Psicologia Clínica. Transtornos Mentais.

### ABSTRACT

**Introduction:** Generalized Anxiety Disorder (GAD) is among the anxiety disorders and, consequently, mental disorders, most often found in clinical psychology. Although initially seen as a mild disorder, it is currently estimated that GAD is a chronic disease, associated with relatively high morbidity and high individual and social costs.

**Objective:** to carry out a bibliographic review to analyze the epidemiological aspects of GAD.

**Methodology:** articles were reviewed in electronic databases LILACS, MEDline, Journals, Scielo, RBTCC and Health Reference Center Academic.

**Results:** of the 50 references found, 23 articles were used to investigate the epidemiological aspects of GAD, among which a total of four surveys were carried out in Brazil. The prevalence of GAD did not reach 3% in 43.48% of the analyzed articles.

**Final considerations:** despite the limitations, it is believed that the results found are relevant, as the GAT reaches considerable proportions of patients presenting significant impairment in quality of life and burdening the State.

**Descriptors:** Anxiety. Generalized disorder. Mental Disorders.

<sup>1</sup> Psicóloga. Acadêmica do curso de Pós graduação em Psicologia Clínica do Departamento de psicologia do Centro universitário UnirG. Email: [anaaninhamezes@hotmail.com](mailto:anaaninhamezes@hotmail.com)

<sup>2</sup> Prof. Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-GO. Docente na Faculdade Pitágoras de Goiânia e na Faculdade Nossa Senhora Aparecida. Email: [psi.lorenafm@gmail.com](mailto:psi.lorenafm@gmail.com)

<sup>3</sup> Farmacêutico. Departamento de Farmácia do Centro universitário UnirG. Pós graduação em Programa de Saúde da Família pelo instituto IEP – TO. Email: [vandersonkesya@yahoo.com.br](mailto:vandersonkesya@yahoo.com.br)

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:  
Ana Karla da Silva Menezes. Rua S22, Q5, L6, Setor Parque Sol Nascente, Gurupi-TO. CEP: 77425-200.

### INTRODUÇÃO

A ansiedade tem sido objeto de muito interesse, mas estudos sistemáticos se tornaram frequentes a partir do século XIX<sup>1</sup>. Segundo os mesmos autores a ansiedade é estudada por autores de diversas abordagens, que buscam defini-la conceitualmente, estabelecer critérios de classificação e identificar variáveis que levem a ocorrência de comportamentos desta categoria.<sup>1</sup>

Skinner<sup>2</sup> define a ansiedade como uma condição emocional complexa e aversiva que é condicionada como resultado de um emparelhamento de estímulos. É possível até que

um único evento aversivo possa levar uma condição de ansiedade a ficar sob o controle de estímulos incidentais podendo ser ativados repetidamente. Os estímulos aversivos fortes quase sempre são precedidos de estímulos característicos que podem tornar-se geradores de ansiedade.<sup>1</sup>

Quando alguma forma de perigo é percebida ou antecipada, o cérebro envia mensagens à uma seção de nervos chamados de sistema nervoso autônomo. Este sistema possui duas subseções ou ramos: o sistema nervoso simpático e o sistema nervoso parassimpático. São exatamente estas duas subseções que estão diretamente relacionadas no controle dos níveis de energia do

corpo e de sua preparação para a ação. Colocado de uma forma mais simples, o sistema nervoso simpático é o sistema da reação de luta-e-fuga que libera energia e coloca o corpo pronto para ação; enquanto o parassimpático é o sistema de restauração que traz o corpo a seu estado normal.<sup>3</sup> O estímulo ameaçador é captado pelo sistema nervoso simpático ativando todos os mecanismos de luta e fuga, desencadeados pelo sistema nervoso autônomo.<sup>4</sup>

Segundo Crake e Barlow<sup>3</sup> um dos efeitos principais do sistema nervoso simpático é a liberação de duas substâncias químicas no organismo: adrenalina e noradrenalina, fabricadas pelas glândulas supra-renais. Estas substâncias, por sua vez, são usadas como mensageiras pelo sistema nervoso simpático para continuar sua atividade. Entretanto os mesmos autores<sup>3</sup> afirmam, a atividade no sistema nervoso simpático é interrompida de duas formas. Primeiramente, as substâncias que serviam como mensageiras (adrenalina e noradrenalina) são destruídas por outras substâncias do corpo. Segundo, o sistema nervoso parassimpático fica ativado e restaura uma sensação de relaxamento. Em algum momento, o corpo cansará da reação de luta-ou-fuga e ele próprio ativará o sistema nervoso parassimpático para restaurar um estado de relaxamento. Portanto, a ansiedade não pode continuar sempre aumentando e entrar numa espiral sempre crescente que conduza a níveis possivelmente prejudiciais.<sup>3</sup>

As pupilas da pessoa em estado de ansiedade dilatam para que seu poder de visão geral aumente; porém, como consequência, diminui a capacidade de a pessoa perceber os detalhes que a cercam.<sup>5</sup> A taquicardia ocorre para que haja maior irrigação sanguínea. Dessa forma, é possível ao cérebro e aos músculos trabalharem mais intensamente, deixando a pessoa alerta e ágil. A distribuição do sangue fica concentrada nos órgãos necessários para uma possível ação, como grandes músculos, enquanto tem pouca circulação nas extremidades como mãos e pés, tornando-os ados e pálidos. A respiração se torna mais curta e ofegante em consequência do bater acelerado do coração, que exige maior oxigenação na circulação. Como consequência do aumento da respiração, o indivíduo pode sofrer falta de ar, se engasgar, sufocar e ter dores no peito. Com pouco sangue na cabeça, a ansiedade pode causar tonturas, visão borrada, confusão, fuga da realidade e sensações de frio e calor.<sup>3,6</sup>

Os transtornos de ansiedade constituem campo importante de investigação na área de psicopatologias, psicoterapias e na pesquisa social, uma vez que a ansiedade atinge grande porcentagem da população, causando incapacidade temporária ou permanente nas pessoas.<sup>7</sup> O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é

caracterizado pelo excesso de preocupações relacionadas a uma variedade imensa de estímulos, somada à presença de sintomas físicos, tais como, dores pelo corpo, sudorese, palpitações, alterações dos padrões de sono, dentre outros.<sup>7</sup>

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é definido pelo DMS- IV-TR<sup>8</sup> como estado de preocupação exacerbado que pode atingir diversas atividades ou eventos da vida do indivíduo. Este pode ser considerado um transtorno crônico e recorrente com seus sintomas (psiquiátricos e somáticos) ocorrendo na maior parte dos dias em um período de pelo menos seis meses.<sup>8,9</sup>

No TAG, o comportamento ansioso é impulsionado por estímulos internos e/ou externos e é resultante de gerenciamentos feitos pelos processos cognitivos superiores e também primitivos. Estes processos, por sua vez, estão condicionados aos conhecimentos básicos do sujeito a respeito de si mesmo e do ambiente (conhecimento explicativo). Os conhecimentos explicativos são oriundos das representações cognitivas que o sujeito constrói a partir de seu contato com o meio ambiente e pelas elaborações realizadas no processo de armazenagem de conhecimentos na memória de longa duração. Quando se trata das representações que o sujeito constrói a partir de sua interação com o ambiente, refere-se tanto ao ambiente no sentido físico quanto psicossocial.<sup>10,11</sup>

Segundo Fava *et al.*<sup>7</sup> os indivíduos clinicamente ansiosos demonstram um padrão de processo seletivo que opera de modo a favorecer a codificação de informação ameaçadora. Este viés de atenção foi verificado em uma gama extensa de transtornos ansiosos como, por exemplo, nas pessoas com Transtorno de Ansiedade Generalizada. Esta natureza de atenção é um fenômeno que consiste em uma busca automática da atenção por estímulos específicos no ambiente. Aparentemente, qualquer canal sensorial pode apresentar algum tipo de atenção em seu funcionamento.

De acordo com Nascimento *et al.*<sup>12</sup>, os sintomas podem variar e mudar ao longo do tempo, o que faz com que a pessoa se sinta bem em algumas ocasiões e mal noutras. A preocupação com a possibilidade de vir a adoecer com algo grave ou sofrer um acidente, embora não existam indicativos de que essas coisas possam vir a acontecer, é o foco mais comum das preocupações das pessoas com ansiedade generalizada. Algumas pessoas temem mais que os entes queridos sofram algum desses males, como os pais, ou filhos. Estes indivíduos estão sempre imaginando situações como essas e frequentemente se consideram incapazes de lidar com elas caso realmente venham a acontecer.<sup>12</sup>

Souza<sup>9</sup> enfatiza que tal entidade nosológica vem sofrendo alterações ao longo dos anos. Desde

o final do século XIX até 1980, pacientes que apresentavam a sintomatologia semelhante ao referido quadro clínico eram classificados com o diagnóstico de “neurose ansiosa”. O termo diagnóstico de “Transtorno de Ansiedade Generalizada” foi concebido na formulação do DSM-III<sup>13</sup>. A partir deste momento, pesquisas epidemiológicas e clínicas têm enfatizado interesse nesta questão de saúde mental. Porém, este manual indicava o diagnóstico de TAG apenas para aqueles indivíduos que não apresentassem Transtorno do Pânico, Transtorno Fóbico ou Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Assim, o TAG era considerado como um diagnóstico de exclusão. Posteriormente, na versão revisada do mesmo manual, o TAG deixou de ser considerado como categoria residual e passou a ser diagnosticado mesmo na presença de outros transtornos ansiosos.<sup>9,13</sup>

Os critérios diagnósticos do TAG passaram por mudanças substanciais referentes aos sintomas associados ao quadro, bem como, o tempo de duração destes. Atualmente, os critérios para o Transtorno de Ansiedade Generalizada presentes no DSM-IV-TR<sup>8</sup> e na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – Tenth Edit [CID-10] (World Health Organization [WHO])<sup>14</sup> ainda sofrem importantes questionamentos considerando tal categoria diagnóstica como um limitador da compreensão ampla do fenômeno.

Assim, segundo Clark e Beck<sup>15</sup> os parâmetros de diagnósticos para o TAG segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR)<sup>8</sup> são: dificuldade em controlar suas ansiedades; preocupação e ansiedade exageradas; associação da preocupação e da ansiedade com três dos seis sintomas, tais como: perturbação do sono, fadigabilidade, problemas para concentrar-se ou sensações de branco na memória, irritabilidade, inquietação ou sensação de estar mais nervoso, tensão muscular.<sup>15</sup>

O TAG é um transtorno crônico de ansiedade podendo durar muitos anos provocando queda na qualidade de vida do paciente e prejudicando seu desempenho social, familiar e profissional. Não há estudos prospectivos sobre a evolução do TAG portanto sem tratamento não há remissão dos sintomas. São complicações comuns do TAG o abuso de drogas e os quadros depressivos com risco de suicídio além das dificuldades econômicas e sociais.<sup>16</sup>

Segundo Mercante<sup>17</sup> outra característica importante do TAG é a incapacidade do indivíduo de controlar suas preocupações, fazendo com que elas interfiram na atenção a tarefas que precisam ser realizadas. Raramente identificam suas preocupações como excessivas, mas relatam sofrimento significativo devido à expectativa apreensiva e prejuízo no desempenho social ou

ocupacional. O TAG caracteriza-se também pela manifestação de sintomas somáticos, com múltiplas queixas físicas como fadiga, irritabilidade, tensão muscular, dificuldade de concentração, alterações autonômicas, sintomas cardiorrespiratórios e abdominais. A cefaleia muitas vezes está presente nos quadros de ansiedade prolongada, como no TAG, e é uma das manifestações de tensão muscular. Os pacientes frequentemente procuram um clínico antes de buscar auxílio psiquiátrico.<sup>17</sup>

O tratamento deve ser oferecido 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 interconsulta com profissional de saúde mental. Por tratar-se de transtorno com tendência a cronicidade e a períodos de remissão e recorrências, o seguimento por um mesmo profissional ou equipe de saúde pode ser importante fator de adesão, além de possibilitar a identificação precoce de situações desencadeantes e sinais de piora. Além do acompanhamento com médico geral ou médico de família, o acompanhamento complementar por enfermeiro pode colaborar com reforço da adesão e orientação e monitoramento de medidas adjuvantes não medicamentosas, como exercícios físicos, técnicas de relaxamento, higiene do sono.<sup>18</sup>

Um grave problema que existe é que a maioria dos pacientes com TAG não buscam tratamento. Grande parte das ocorrências é tratada por gastroenterologistas e clínicos gerais, porquanto em razão da quantidade de sintomas físicos os indivíduos não distinguem a possibilidade de possuir uma patologia como um transtorno mental, o que bloqueia o diagnóstico e a sequência da terapêutica apropriada. Os indivíduos com TAG procuram a opinião de diversos médicos e fazem vários exames sempre com o objetivo de reduzir a preocupação com o acometimento de uma patologia grave. 79% das preocupações mais relevantes é vida familiar, 50% com vida econômica, 43% com trabalho, 14% com patologias havendo ainda preocupações com as relações interpessoais e com as circunstâncias do cotidiano. Na pessoa com TAG o esquema pelo qual formam suas relações pode auxiliar a fortalecer ou conservar suas preocupações.<sup>19</sup>

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 redução ou eliminação da incapacidade.<sup>18</sup>

Com o surgimento dos transtornos de ansiedade e de outros modelos de ansiedade torna-se fundamental estudar o TAG visto que os processos que o assinalam estão presentes em todos os transtornos de ansiedade. Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica com a finalidade analisar os aspectos epidemiológicos do Transtorno de Ansiedade Generalizada.

## METODOLOGIA

Os bancos de dados consultados foram LILACS, MEDline, *Journals*, *Scielo*, RBTCC e *Health Reference Center Academic*. As palavras-chave utilizadas foram “Ansiedade”, “Transtorno Generalizado”, “Transtornos Mentais”.

Os resumos de todos os artigos encontrados na busca foram lidos a qual foram incluídos ou não do artigo na revisão. Foram considerados critérios de inclusão nesta revisão: (1) artigos publicados (2) em língua portuguesa ou inglesa, (3) acerca do Transtorno de Ansiedade Generalizada e (4) prevalência do TAG.

## RESULTADOS

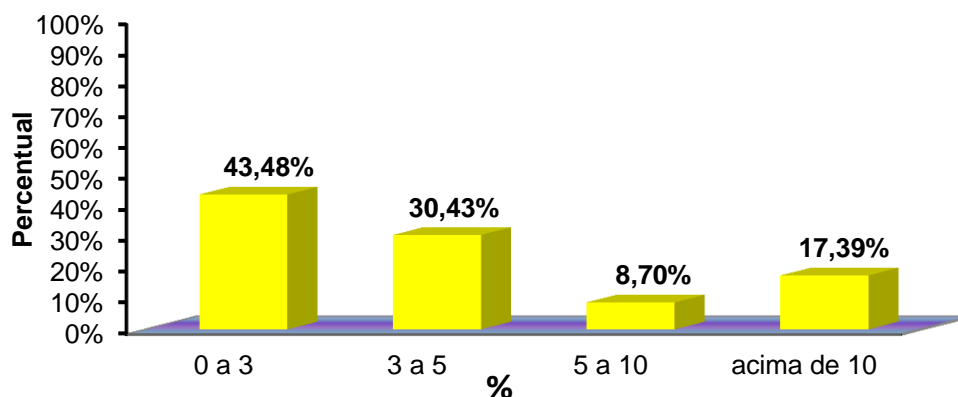
Foram selecionados 50 referencias cujos foram lidas em busca de artigos que abordavam a prevalência TAG no Brasil e no mundo, sendo que desses foram usados 22 seguindo os critérios da DSM-III e DSM-IV. A tabela abaixo apresenta os artigos incluídos.

Os resultados relacionados à prevalência de TAG foram separados por percentual como mostra a Figura 1.

**Tabela 1** Artigos que abordam aspectos epidemiológicos do TAG.

Ordem	Autor (es)	Ano	Local	Aspectos epidemiológicos
01	Copeland <i>et al.</i> <sup>20</sup>	1987	Londres	1,1%
02	Copeland <i>et al.</i> <sup>20</sup>	1987	Nova York	0,7%
03	Lindesay, Briggs & Murphy <sup>21</sup>	1989	Londres	3,7%
04	Kessler <i>et al.</i> <sup>22</sup>	1994	EUA	3,1%
05	Schweizer, Rickels & Hlenhuth <sup>23</sup>	1995	Nova York	24%
06	Kringlen, Torgersen & Cramer <sup>24</sup>	2001	Noruega	4,5%
07	Xavier <i>et al.</i> <sup>25</sup>	2001	Porto Alegre-RS (Brasil)	10,6%
08	Bebbington <i>et al.</i> <sup>26</sup>	2002	Irlanda do Norte	< 1%
09	Andrade <i>et al.</i> <sup>27</sup>	2002	São Paulo-SP (Brasil)	4,2%
10	Faravelli <i>et al.</i> <sup>28</sup>	2004	Itália	6,9%
11	Vicente <i>et al.</i> <sup>29</sup>	2004	Chile	11,1%
12	Kawakami <i>et al.</i> <sup>30</sup>	2004	Japão	1,4%
13	Grant <i>et al.</i> <sup>31</sup>	2005	EUA	4,1%
14	Pirkola <i>et al.</i> <sup>32</sup>	2005	Finlândia	1,3%
15	Bromet <i>et al.</i> <sup>33</sup>	2005	Ucrânia	1,19%
16	Lim <i>et al.</i> <sup>34</sup>	2005	Singapura	3%
17	Posada-Villa <i>et al.</i> <sup>35</sup>	2006	Colômbia	1,3%
18	Kadri <i>et al.</i> <sup>36</sup>	2007	Marrocos	4,3%
19	Lee <i>et al.</i> <sup>37</sup>	2007	Hong Kong	4,1%
20	Gonçalves & Kapczinski <sup>38</sup>	2008	Santa Cruz-RS (Brasil)	11,5%
21	Herman <i>et al.</i> <sup>39</sup>	2009	Sul Africano	2,7%
22	Alhasnawi <i>et al.</i> <sup>40</sup>	2009	Iraque	2,3%
23	Souza <sup>9</sup>	2010	Pelotas- RS (Brasil)	9,7%





**Figura 1** Prevalência do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) verificada em uma amostra de publicações científicas mundiais entre os anos de 2000 e 2016.

## DISCUSSÃO

Como apresentado na seção de resultados, são muitos os estudos epidemiológicos que verificaram a prevalência de TAG em amostra representativas de população geral. Parece provável que as diferenças e oscilações entre os dados de prevalência pesquisados podem refletir nos diferentes critérios usados para definição do TAG. Além disso, altos índices de comorbidades entre adultos com TAG são encontrados na literatura científica.

No Brasil foram encontrados apenas quatro trabalhos que verificaram a prevalência do TAG, sendo eles o estudo de Xavier *et al.* com 10,6% da amostra, Andrade *et al.* com prevalência de 4,2%, Gonçalves e Kapczinski com 11,5% e Zouza com 9,7%, expondo um aumento relativo de mais de 50% da prevalência do TAG entre os estudos.

É importante destacar as diferenças da prevalência do TAG entre as pesquisas, podendo ser justificada pela quantidade amostral, local, ano e região onde foi realizada a pesquisa, nível social da amostra, até mesmo o grau de desenvolvimento do país. Como foram verificados ao analisarmos os quatro estudos realizados no Brasil que mostraram uma diferença significativa, onde as três pesquisas realizadas no estado do Rio grande do Sul os índices foram superior em mais da metade comparado ao estudo feito no estado de São Paulo, necessitando assim de outros estudos para verificar melhor essa diferença.

O TAG é um transtorno crônico de ansiedade podendo permanecer por vários anos gerando queda na qualidade de vida do paciente e prejudicando seu desempenho familiar, social e profissional. Não foram encontrados estudos prospectivos sobre a evolução do TAG, deste modo sem tratamento não existe redução dos sintomas. Entre as complicações comuns encontradas estão o abuso de drogas e os quadros depressivos com risco de suicídio além dos problemas econômicos e sociais.

Analisando a prevalência do TAG verificou-se que em 43,48% dos estudos a prevalência não chega a 3% e, em 30,43% dos estudos, os resultados não chegam a 5% (Figura 1). Sendo assim, em 73,91% dos artigos os dados epidemiológico para TAG não chegaram a 5%. É importante ressaltar que, dos quatro trabalhos encontrados no Brasil, a metade apresentou prevalência superior a 10% e apenas 1 os resultados ficou inferior a 5%.

Desta forma, o referido transtorno apresenta-se como um importante problema de saúde pública visto que possui dados de prevalência consideráveis, relaciona-se com prejuízos à saúde em curto e médio prazo se não tratados e, em geral, sua identificação é negligenciada nos locais de atenção à saúde.

Na atenção primária do SUS não podemos deixar de expor a importância dos CAPS em relação à prevalência do TAG, com isso é essencial que os profissionais das urgências e emergências e das UPA sejam capacitados para reconhecer casos suspeitos de TAG – tais como, ao realizar o diagnóstico específico da dor torácica atípica -, permitindo evitar o excesso de medicação e aconselhamento ao indivíduo para procurar diagnóstico especializado e cuidado apropriado.

Percebeu-se que este transtorno pode surgir em qualquer fase da vida, durante a infância, durante a fase adulta ou ainda durante a terceira idade. Em cada fase o transtorno aparece de maneira característica e geralmente está presente no indivíduo junto a outros transtornos mais graves.

Os dados mostrados nesta pesquisa evidenciam que se tem muito a trabalhar e publicar em termos nacionais sobre TAG, por meio da identificação dos fatores predisponentes na população, da disponibilização informações nacionais para criação de estratégias de prevenção e tratamento de forma mais adequada segura onde, certamente, ajudaria os profissionais que atendem esta demanda, para que possam estar em constante atualização e produção.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os aspectos epidemiológicos do TAG apresentaram uma variação entre 0,7% e 24% em 23 estudos investigados e a prevalência de TAG não chegou a 3% em 43,48% dos artigos analisados. Dentre as obras consultadas, apenas quatro foram realizadas no Brasil. Portanto, foi verificada uma grande variância nos dados devido as diferentes regiões, nível de desenvolvimento, o grupo e a quantidade das amostras, necessitando-se de mais estudos nessa temática.

Sugere-se que os próximos trabalhos nesta área possam focar aspectos ainda não completamente esclarecidos sobre o funcionamento do TAG, como a presença de diferentes vieses em diferentes canais de atenção. Também aponta-se a necessidade de que pesquisas possam ser realizadas com amostras maiores, apesar da dificuldade inerente a amostras clínicas. Uma vez que este transtorno pode ser mais bem conhecido e menos negligenciado nas práticas diagnósticas, é importante que novos estudos ajudem a construir um conhecimento mais sólido e bem fundamentado sobre ele. Esses dados, juntamente com a morbidade e os custos associados a essas patologias, indicam que os transtornos de ansiedade constituem um grupo de transtornos de grande importância para a saúde individual e pública.

## REFERÊNCIAS

- 1.Oliveira MAO, Duarte AMM. Controle de respostas de ansiedade em universitários em situações de exposições orais. *Rev bras ter comport cogn* 2004;6( 2 ): 183-200.
- 2.Skinner BF. *Ciência e comportamento humano*. (trads. Todorov JC e Azzi R). São Paulo:Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1953); 2000.
- 3.Crake M, Barlow D. *Fisiologia e Psicologia do medo e da ansiedade*. Nova York: Oxford University Press, 1994.
- 4.Clickeaprenda [homepage na internet]. Sistema nervoso: mecanismos de reação aos estímulos ameaçadores [acesso em 25 jun 2016]. 2012. Disponível em: <http://clickeaprenda.uol.com.br/portal/mostrarConteudo.php?idPagina=30151>
- 5.Roman S, Savoia MG. Automatic thoughts and anxiety in soccer team. *Psicol teor Prat* 2003;5(2):13-22.
- 6.Carvalho M, Oliveira PC, Robles T. *Ansiedade e Transtorno do Pânico*. Universidade Estadual de Londrina / Centro de Ciências Biológicas – Departamento de psicologia geral e Análise do comportamento - Psicologia clínica na análise do comportamento. 2012 [acesso em 25 jun 2016]. Disponível em: [http://www.uel.br/grupo-estudo/analisedocomportamento/pages/arquivos/ANSIEDADE\\_PANICO.pdf](http://www.uel.br/grupo-estudo/analisedocomportamento/pages/arquivos/ANSIEDADE_PANICO.pdf)
- 7.Fava DC, Kristensen CH, Melo WV, Araujo LB. Construção e validação de tarefa de Stroop Emocional para avaliação de viés de atenção em mulheres com Transtorno de Ansiedade Generalizada. *Paideia* 2009;19(43):159-165.
- 8.American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* [Internet]. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
- 9.Souza LDM. *Transtorno de ansiedade generalizada em jovens de 18 a 24 anos – prevalência, fatores associados, comorbidades e impacto na qualidade de vida*. Porto Alegre. Tese [Doutorado em Psicologia] - Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2010.
- 10.Wetherell JL, Hopko DR, Diefenbach GJ, Averill PM, Craske MG, Gatz M, Novy DM, Stanley MA. Cognitive-behavioral therapy for late-life generalized anxiety disorder: Who gets better? *Behavior Therapy* 2005;36(2):147-156.
- 11.Ladouceur R, Léger É, Dugas M, Freeston MH. Cognitive behavioral treatment of Generalized Anxiety Disorder (GAD) for older adults. *Int Psychogeriatr* 2004; 16(2):195-207.
- 12.Nascimento CLF, Alves Morgado FCA, Monice KG, Resende MM. *Ampliando o conhecimento sobre o Transtorno de Ansiedade Generalizada*. In: Anais do IX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e V Encontro Latino Americano de Pós-Graduação - Universidade do Vale do Paraíba. São José dos Campos, SP: UNIVAP; 2003.
- 13.American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition (DSM-III)*. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1980.
- 14.World Health Organization. *ICD-10 International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Geneva:WHO; 2010.
- 15.Clark DA, Beck, AT. *Terapia Cognitiva para os Transtornos de Ansiedade*. Porto Alegre:Artmed; 2012.
- 16.Shinohara H, Nardi AE. *Transtorno de Ansiedade Generalizada*. In: Rangé B. (org.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre:Artmed; 2001.
- 17.Mercante JP. *Comorbidade entre cefaleias primárias e transtorno de ansiedade generalizada*. São Paulo. Tese [Doutorado em

- Ciências-Psiquiatria] – Universidade de São Paulo / Departamento de Psiquiatria; 2007.
18. Sistema Único de Saúde / Estado de Santa Catarina. Transtorno de ansiedade generalizada - Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para o acolhimento e o tratamento de transtornos de ansiedade generalizada. Santa Catarina: RAPS; 2015.
  19. Newman MG, Anderson NL. Una revisión de la investigación básica y aplicada sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Rev argent clín psicol*; 2007;16(1):7-20.
  20. Copeland JRM, Gurland BJ, Dewey ME, Kelleher MJ, Smith AM, Davidson IA. Is there more dementia, depression and neurosis in New York? A comparative study of elderly in New York and London using the computer diagnosis AGE-CAT. *Br J Psychiatry* 1987;151:466-473.
  21. Lindesay J, Briggs K, Murphy E. The Guy's/age concern survey: prevalence rates of cognitive impairment, depression and anxiety in an urban elderly community. *Br J Psychiatry* 1989;155:317-329.
  22. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(1):8-19.
  23. Schweizer E, Rickels K, Uhlenhuth EH. Issues in the long term treatment of anxiety disorders. In: Bloom FE, Kupfer DJ. *Psychopharmacology: the fourth generation of progress*. New York: Raven Press; 1995. p. 1349-1359.
  24. Kringle E, Torgersen S, Cramer V. A norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry* 2001;158(7):1091-1098.
  25. Xavier FMF, Ferraz MPT, Trenti CM, Argimon I, Bertollucci PH, Poyares D, Moriguchi EH. Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. *Rev Saúde Pública* 2001;35(3):294-302.
  26. McConnell P, Bebbington P, McClelland R, Gillespie K, Houghton S. Prevalence of psychiatric disorder and the need for psychiatric care in Northern Ireland. *Br J Psychiatry* 2002;181:214-219.
  27. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:316-325.
  28. Faravelli C, Abrardi L, Bartolozzi D, Cecchi C, Cosci F, D'Adamo D *et al*. The Sesto Fiorentino Study: Background, Methods and Preliminary Results. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2004; 73:216–225.
  29. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *Am J Psychiatry* 2006;163(8):1362-1370.
  30. Kawakami N, Shimizu H, Haratani T, Iwata N, Kitamura T. Lifetime and 6-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan. *Psychiatry Res* 2004;121(3):293-301.
  31. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Ruan WJ, Goldstein RB *et al*. Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability and DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med* 2005; 35(12):1747-1759.
  32. Pirkola SP, Isometsä E, Suvisaari J, Aro H, Joukamaa M, Poikolainen K *et al*. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40(1):1-10.
  33. Bromet EJ, Gluzman SF, Paniotto VI, Webb CP, Tintle NL, Zakhosha V *et al*. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40(9):681-690.
  34. Lim L, Ng TP, Chua HC, Chiam PC, Won V, Lee T, Fones C, Kua EH. Generalised anxiety disorder in Singapore: prevalence, co-morbidity and risk factors in a multi-ethnic population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40(12):972-979.
  35. Posada-Villa JA, Buitrago-Bonilla JP, Medina-Barreto Y, Rodríguez-Ospina M. Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental- Colombia. *Nova* 2006;4(6):33-41.
  36. Kadri N, Agoub M, El Gnaoui S, Berrada S, Moussaoui D. Prevalence of anxiety disorders: a population-based epidemiological study in metropolitan area of Casablanca, Morocco. *Ann Gen Psychiatry* 2007;6:6.
  37. Lee S, Tsang A, Chui H, Kwok K, Cheung E. Community epidemiological survey of generalized anxiety disorder in Hong Kong. *Community Ment Health J* 2007;43(4):305-319.
  38. Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(9):2043-2053.

39. Herman AA, Stein DJ, Seedat S, Heeringa SG, Moomal H, Williams DR. The South African Stress and Health (SASH) study: 12-month and lifetime prevalence of common mental disorders. *S Afr Med J* 2009;99(5):339-344.
40. Alhasnawi S, Sadik S, Rasheed M, Baban A, Al-Alak MM, Othman AY *et al.* The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS). *World Psychiatry* 2009;8(2):97-109.