

# TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: UM ESTUDO DE PREVALÊNCIA SOBRE AS FOBIAS ESPECÍFICAS E A IMPORTÂNCIA DA AJUDA PSICOLÓGICA

Ana Margarida Voss Guimarães<sup>1</sup>

Antônio Canuto da Silva Neto<sup>2</sup>

Aryele Tayna Silva Vilar<sup>3</sup>

Bárbara Gabrielly da Costa Almeida<sup>4</sup>

Carla Maria Ferreira de Albuquerque<sup>5</sup>

André Fernando de Oliveira Fermoseli<sup>6</sup>

Psicologia



ISSN IMPRESSO 2317-1685

ISSN ELETRÔNICO 2316-6738

## RESUMO

A alta incidência de diagnóstico de transtornos de ansiedade em décadas recentes, na população adulta em geral, cresceu tornando-se uma questão preocupante. Em vista deste crescimento surge a necessidade de uma melhor compreensão do mesmo. Assim, o presente estudo tem como objetivo identificar a existência de fobias específicas, a importância da ajuda psicológica na superação da mesma, bem como identificar a possibilidade de ocorrência de transtornos de ansiedade citados no decorrer do artigo. Foi realizada uma revisão bibliográfica e aplicado um questionário a 100 universitários para coleta dos dados. O levantamento abrangeu as informações de publicações de sites acadêmicos, bem como em livros da biblioteca do Centro Universitário Tiradentes – UNIT. Verificou-se que a fobia específica tem uma maior prevalência em mulheres, o que representa 47% dos 62% dos participantes que possuíam algum tipo de fobia e a procura de ajuda psicológica depende do medo de trazer sofrimentos e perdas na vida da pessoa. Mesmo sendo uma emoção fundamental para sobrevivência do indivíduo, em excesso a ansiedade pode se tornar um fator preocupante, causando-lhe prejuízos significativos. Por ser um tema muito abrangente, são necessários mais estudos acerca da investigação das fobias específicas e transtornos de ansiedade.

## PALAVRAS-CHAVE

Transtorno de Ansiedade. Fobia. Ajuda Psicológica.

## ABSTRACT

The high incidence of diagnosis of anxiety disorders in recent decades, in the general adult population, grew into an issue of concern. In view of this growth comes the need for a better understanding thereof. Thus the present study aims to identify the existence of specific phobias, the importance of psychological help in overcoming the same, and to identify the possibility of anxiety disorders cited throughout the article. A literature review was carried out and applied a questionnaire to 100 college for data collection. The survey covers the information of academic websites publications and books in the library of the Tiradentes University Center - Unit. It was found that the specific phobia has a higher prevalence in women, representing 47% of the 62% of participants who had some kind of phobia and demand for psychological help depends on the fear of bringing suffering and loss in one's life. Although a fundamental emotion for individual survival, too much anxiety can become a worrying factor causing you significant losses. To be a very broad term, more studies are needed about the investigation of specific phobias and anxiety disorders.

## KEYWORDS

Anxiety Disorder. Phobia. Psychological Help.

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 TRASTORNOS DE ANSIEDADE

Segundo Castillo (2000) a ansiedade é um sentimento de medo vago e desagradável, caracterizado por um desconforto ou tensão derivado de uma antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho.

Por vezes desagradável, no entanto Grazziano e Bianchi (2004) afirmam que a ansiedade primária, é um fenômeno adaptativo necessário ao homem para o enfrentamento das situações cotidianas, a intensidade e duração variam de indivíduo para indivíduo de acordo com as diferentes situações. Sua função adaptativa, segundo Assumpção (2009) é também marcante, uma vez que se encontra ligada a mecanismos de sobrevivência, aparecendo, portanto, ligada a mecanismos de defesa territorial, seleção de companheiro e mecanismos de ataque-defesa.

Considera-se medo quando existe um estímulo desencadeador externo óbvio que provoca comportamento de fuga e evitação, enquanto que a ansiedade é um estado emocional aversivo sem desencadeadores claros que, obviamente, não podem ser evitados (BAPTISTA ET AL., 2005).

Skinner (2000 APUD ARRUDA, 2006) define ansiedade como uma condição emocional complexa e aversiva que é condicionada como resultado de um emparelhamento de estímulos. Um único evento aversivo pode levar uma condição de ansiedade a ficar sob o controle de estímulos incidentais. Quando uma pessoa é submetida a uma situação a qual foi desagradável, provocando um enorme grau de ansiedade, então quando submetido a situações parecidas irá associar o sentimento de ansiedade com o evento ocorrido. A exposição de estímulos aversivos produz uma resposta de ansiedade, juntamente com sintomas somáticos, gerados no sistema nervoso autônomo.

Segundo Torres (2010) o medo condicionado envolve uma forma de condicionamento Pavloviano em que o sujeito é treinado a associar um estímulo neutro a um estímulo aversivo, incondicionado. Assim, o medo aprendido não apenas gera respostas de defesa, mas permite que estímulos ambientais associados também o façam. É o mecanismo por meio do qual aprendemos temer pessoas, objetos e animais.

A ansiedade e o medo passam a ser patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como norma naquela faixa etária, interferindo na qualidade de vida (CASTILLO, 2000).

Segundo o *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais* (AMERICAN..., 2013) muitos dos transtornos de ansiedade surgem durante a infância e se não forem tratados tendem a persistir, sendo que a maioria ocorre mais em indivíduos do sexo feminino que no sexo masculino. Castillo (2000) afirma que os transtornos ansiosos são quadros clínicos com sintomas primários, não são derivados de outras condições psiquiátricas (depressão, psicose, transtornos de desenvolvimento etc.). Estes são diagnosticados segundo o DSM-V apenas quando os sintomas não são consequências dos efeitos fisiológicos do uso de substâncias/medicamento ou de outra condição médica.

Segundo Vorkapic e Rangé (2011) na população adulta em geral os transtornos de ansiedade vem crescendo exponencialmente. Entre os transtornos psiquiátricos os transtornos de ansiedade estão entre os mais frequentes, com prevalências de 12,5% ao longo da vida e 7,6% no ano. Os sintomas ansiosos são os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em diferentes períodos da vida.

Alguns dos tipos de transtornos ansiosos segundo o DSM-V são: transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, fobias específicas, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo. Abaixo descreveremos brevemente cada um deles.

Segundo o DSM – V o transtorno de pânico refere-se a ataques de pânico inesperados, o ataque é um surto de medo ou desconforto intenso, alcançando minutos no qual ocorrem alguns sintomas como: palpitação, taquicardia, sudorese, coração

acelerado, dentre outros. Segundo Marks & Gelder (1966 APUD Levitan ET AL., 2008) existe uma frequente complicação no transtorno do pânico, em que é comum o medo de passar mal nas situações temidas.

O termo “agorofobia” segundo Levitan e outros autores (2008) significa medo de lugares abertos, medo de sair de casa ou situações onde o socorro não é possível, indivíduos com agorofobia evitam questões sociais.

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) segundo Clark e Beck (2012 APUD ENGSTER, 2013) é um estado de ansiedade generalizada que persiste e envolve preocupação crônica, excessiva e evasiva, acompanhando sintomas físicos ou mentais de ansiedade, causando prejuízo no funcionamento diário do indivíduo.

A fobia social de acordo com o DSM – V é o medo ou a ansiedade de um indivíduo frente a uma ou mais situações em que envolvam a avaliação do mesmo por outras pessoas. Os indivíduos temem aparecer ou agir, demonstrando ansiedade, como tremer e tropeçar às palavras.

Fobia específica é um dos transtornos de ansiedade caracterizada segundo o DSM – V pela presença de medo excessivo e sempre relacionado com uma situação ou objeto específico, podendo ser desenvolvida a partir de um evento traumático.

O medo da separação de pessoas amadas após eventos traumáticos é comum. No transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) segundo o DSM – V os sintomas referem-se à esquiva das lembranças dos eventos traumáticos.

O transtorno obsessivo-compulsivo é caracterizado pela presença de obsessões/compulsões. Obsessões são eventos mentais como imagens, ideias, impulsos, são criadas a partir de qualquer substrato da mente. Compulsões são comportamentos ou atos repetitivos, realizado para diminuir a ansiedade causada pela obsessão ou para evitar a situação (ROSÁRIO-CAMPOS, 2000).

Entre os diversos transtornos de ansiedade existentes o presente trabalho tem por objetivo identificar a existência de fobias específicas em universitários, a importância da ajuda psicológica na superação da mesma, bem como identificar a possibilidade de ocorrência de transtornos de ansiedade.

## 1. 2 FOBIAS ESPECÍFICAS

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).

Segundo Castillo (2000) fobias específicas são definidas pela presença 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.

Na afirmação de Wauke e outros autores (2004):

Este medo pode gerar também a ansiedade antecipatória, neste caso, o indivíduo fica ansioso só com o fato de lembrar o alvo gerador de sua fobia. Em geral, a fobia é diagnosticada se estiver atrapalhando o dia-a-dia da pessoa e ela admitir que esse medo é excessivo. Uma pessoa fóbica constantemente, evita o contato com o elemento causador de seu mal-estar. (VICELLI, 2000 APUD WAUKE ET AL 2004, p. 1).

O contato com o estímulo fóbico para Rangé (2011) causa ansiedade, surgindo sintomas físicos que podem ser do sistema nervoso autônomo (cardiorrespiratório), muscular, cinestésico e outros:

- Autonômicos: taquicardia (cardiorrespiratório), sudorese quente ou fria, taquipneia, vasoconstricção (extremidades frias, palidez) midríase, piloereção, aumento do peristaltismo (diarreia);
- Musculares: dores, contraturas, tremores, trepidação;
- Cinestésico: parestesias, calafrios, adormecimentos;
- Outros: Urgência de ir urinar, vazio no estômago, dor e aperto no peito.

Sintomas psíquicos também são característicos em pessoas com fobia, como por exemplo: tensão, nervosismo, apreensão, insegurança, dificuldade de concentração, sensação de estranheza, sensação de morte iminente etc. (RANGÉ, 2011).

De acordo o DSM-V uma característica do transtorno de fobia específica é que o medo ou a ansiedade está circunscrito na presença de uma situação ou objeto particular, denominado estímulo fóbico. Silva (2011) classifica por tipo as fobias existentes mais comuns, entre elas estão: fobia do tipo animal (p. ex., aranhas, cães, cobras), fobia do tipo ambiente natural (p. ex., altura, tempestade, ruídos altos) fobia do tipo sangue, injeção, tipo de ferimento (p. ex., sangue, dor, procedimentos médicos invasivos), fobia do tipo situacional (p. ex., lugares fechados, lugares abertos, elevadores, aviões) e do tipo outros (p. ex., vômitos, engasgar, doenças). O medo e a ansiedade são quase sempre evocados quando o indivíduo entra em contato com o estímulo fóbico.

A fobia específica segundo o DSM – V é ocasionalmente desenvolvida após um evento traumático, por observação de outras pessoas, passando pelo evento traumático, por um ataque de pânico na situação temida, entre outros fatores. No entanto, muitas pessoas que possuem fobia específica não lembram o evento desencadeador da fobia.

As fobias específicas são influenciadas por nossas crenças. Se interpretarmos uma situação como ameaçadora, tendemos a ter reações emocionais de acordo com essa interpretação e não de acordo com o perigo real. É um dos transtornos ansiosos mais comuns com prevalências de até 16% em indivíduos com mais de 65 anos (RANGÉ, 2011).

Algumas características diagnósticas deste transtorno segundo o DSM – V são apresentados por critérios, como demonstra o Quadro 1:

Quadro 1 – Demonstra as características diagnósticas das fobias específicas segundo o DSM – V

<b>CRITÉRIOS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
Critério A	O medo ou a ansiedade esta circunscrito à presença de uma situação ou objeto particular, devendo este medo ser intenso ou grave.
Critério B	O medo ou a ansiedade é evocado quase todas as vezes que o indivíduo entra em contato com o estímulo fóbico.
Critério C	O indivíduo evita ativamente a situação.
Critério D	O medo ou ansiedade é desproporcional em relação ao perigo real apresentado pelo objeto ou situação ou mais intenso do que é considerado necessário.
Critério E	O medo, a ansiedade ou a esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses.
Critério F	A fobia específica deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo para que o transtorno seja diagnosticado.

Fonte: Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (AMERICAN... 2013).

## 2 METODOLOGIA

Para elaboração do presente estudo foi realizado uma revisão bibliográfica a partir de materiais já publicados constituída, principalmente, por artigos e livros, bem como a utilização do método de procedimento estatístico. Inicialmente foram realizadas pesquisas sobre transtornos de ansiedade, fobias específicas e aju-

da psicológica nas bases de dados SciELO, PePSIC e CAPES, bem como em livros da área. O estudo foi realizado no período de junho a setembro de 2015.

Foram utilizados os seguintes descritores: fobia específica, transtornos de ansiedade, ajuda psicológica, tratamento de fobia específica, psicologia, estatística, fobia social.

O presente estudo tem caráter descritivo e utilizou como técnica de coleta de dados a amostragem não probabilística acidental com aplicação de um questionário composto por 11 perguntas, com intuito de buscar as informações necessárias para uma melhor compreensão do objeto em estudo (Anexo I). Nas questões 4, 6, 7 e 11 do questionário, os participantes poderiam assinalar mais de uma alternativa. A amostra foi de 100 alunos de diversos cursos de uma instituição de ensino superior privada, localizada em Maceió/AL, entrevistados em maio de 2015 no período noturno.

A coleta, organização, descrição dos dados e a interpretação dos coeficientes foram realizadas por meio das medidas estatísticas descritivas (média aritmética, ponto médio de intervalo, mediana, moda e frequência). Por meio das medidas indutivas, utilizando o teste de qui-quadrado, analisamos e interpretamos possíveis associações entre algumas das variáveis estudadas.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade dos 100 entrevistados variou entre 17 e 59 anos ( $X_a = 24,6$  anos;  $dp = \pm 6,8$ ), tendo como moda a idade de 18 anos. O coeficiente de variação de Pearson demonstrou uma variação de 187,9% na idade dos participantes, caracterizando uma amostra bastante heterogênea quanto à idade.

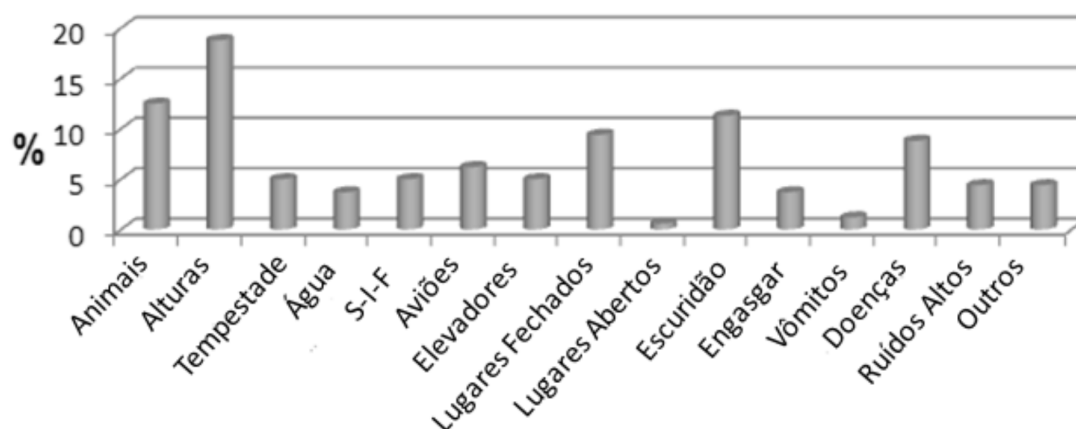
Em relação ao sexo dos participantes, constatamos que o feminino teve maior evidência representando 76 participantes, 21 eram do sexo masculino e três não responderam.

Quando iniciamos a análise dos questionários encontramos um total de 62% dos participantes que relataram sentir medo excessivo e persistente na presença ou antecipação de um determinado objeto ou situação, 36% responderam que não o sentem e 2% não responderam. Dos 62% dos participantes que sentiam medo, 47% eram mulheres o que corrobora com um estudo realizado por Lopes (2006), mostrando que este transtorno é mais comum entre as mulheres (15,5%) do que em homens (11,1%).

O Gráfico 1 apresenta os diferentes objetos e situações que causam medo excessivo.



Figura 1 – Demonstra a distribuição de algumas fobias específicas encontradas nos sujeitos da amostra (N = 100)



Fonte: Dados da pesquisa. S-I-F - Sangue-Injeções-Ferimentos.

Foram colocados alguns objetos e situações para que os participantes assinalassem qual(is) lhe causam medo excessivo e persistente, podendo responder a mais de uma alternativa, obtivemos os seguintes resultados: Altura 18,8%, Animais 12,5%, Escuridão 11,3%, Lugares fechados 9,4%, Doenças 8,8%, Aviões 6,2%, Tempestades 5,0%, Sangue-Injeções-Ferimentos (S-I-F) 5,0%, Elevadores 5,0%, Ruídos altos 4,4%, Água 3,7%, Engasgar 3,7%, Lugares abertos 0,6%, Vômitos 1,2% e Outros: Estresse, Bruxos, lobisomem, ladrão, tarado, fogo e tartaruga 4,4%. A partir dos dados obtidos foi possível observar que a fobia do tipo ambiente natural (altura), de animal, escuridão e do tipo situacional (lugares fechados) são as mais frequentes entre os participantes.

Terra e outros autores (2007) identificaram que a fobia do tipo animal tem uma maior prevalência entre os pacientes estudados, sendo 12,6%; do tipo ambiente natural (altura, tempestade, água) 11,7%; do tipo situacional (aviões, elevadores, locais fechados ou abertos) 10,7 %; e do tipo sangue-injeção-ferimentos com 2,9%. Assim como neste estudo a maior prevalência encontrada entre os participantes é a fobia do tipo ambiente natural.

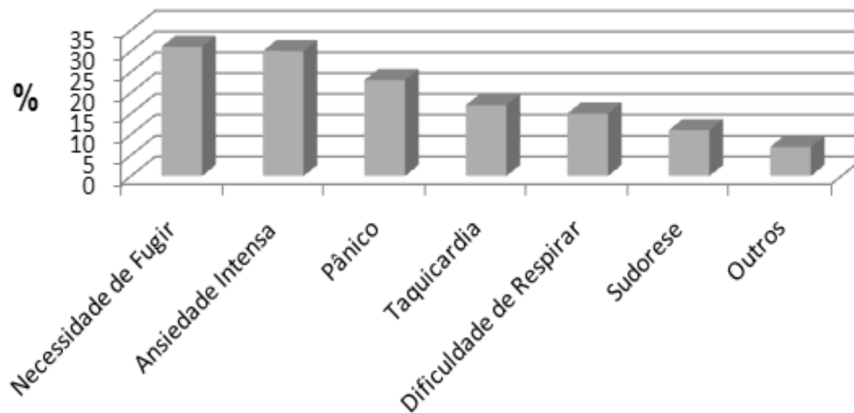
Quando perguntamos sobre o tempo da existência desse medo excessivo e persistente, encontramos que em 3,0% dos participantes é inferior a um ano, em 27,2% persiste já entre um e cinco anos, em 24,2% de seis a dez anos, em 27,2% de 11 a 20 anos e 18,4% responderam que possuem o medo a mais de 20 anos. Observamos que três participantes assinalaram tempo de percepção mesmo respondendo que não possuem medo excessivo. 96,9% dos participantes apresentam medo excessivo e persistente a mais de seis meses, esta por sua vez é uma das características para o diagnóstico da fobia específica, segundo o DSM-V.



Alguns sentimentos são percebidos pelos participantes quando estão diante do objeto ou situação que causam o medo excessivo, entre estes, estão: a necessidade de evitar aquilo 37,2%, sabem que o medo é irracional e não consegue controlá-lo 28,2%, sensação de pânico 11,5%, outra sensação 10,3%, sensação de pouco perigo real 6,4% e incapacidade de viver normalmente por causa do medo 6,4%, todos em percentual, respectivamente. Alguns dos participantes assinalaram mais de uma alternativa. Estando de acordo com nossos achados à necessidade de evitar o estímulo fóbico prevalece em um estudo realizado por Mestre e Corassa (2000), mostrando que quem possui a fobia apresenta a tendência de evitar a situação fóbica.

O Gráfico 2 apresenta as reações dos participantes diante das situações ou objetos fóbicos.

Figura 2 – Demonstra a frequência de algumas reações percebidas pelo sujeito na presença do medo excessivo



Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme Rangé (2011) alguns sintomas são característicos em pessoas com fobia, como por exemplo: tensão, nervosismo, apreensão, insegurança, dificuldade de concentração, sensação de estranheza, sensação de morte iminente etc. Em nossos estudos as principais reações percebidas pelos participantes no momento que sentem o medo são: necessidade de fugir 23,1%, ansiedade intensa 22,3%, sensação de pânico 17,1%, taquicardia 12,6%, dificuldade de respirar 11,1%, sudorese 8,2%, outra reação 5,6%.

Quanto à influência do medo na vida cotidiana dos entrevistados foi encontrado que 60% dos participantes assinalaram que o medo que sentem já trouxe sofrimento e perdas para sua vida, 15% não sofreram perdas e 25% não responderam sobre isso. Um critério segundo o DSM-V é que a fobia específica para ser diagnosticada deve causar sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Observou-se que a maioria das pessoas que apresentam fobia específica não procurou ajuda psicológica, representando 59% das pessoas, 11% já procuraram a ajuda psicológica para superar o medo e as demais não responderam 30%. Entre as pessoas que não procuraram ajuda psicológica, o principal motivo foi não achar necessário procurar esta ajuda, compondo 44%, e 38% não responderam. Alguns apontaram outros fatores como já fazia terapia, tempo, imaturidade e medo de procurar 18%. Segundo Knapp (2007) os pacientes desenvolvem estratégias, evitando o estímulo fóbico, no entanto, quando essas estratégias envolvem um custo emocional elevado para o indivíduo, é que a possibilidade de busca pelo tratamento do transtorno aumenta.

A maioria dos participantes, 80,8% relataram que nunca foram diagnosticados com transtornos de ansiedade, 8,2% afirmaram possuir ansiedade generalizada, 2,7% possuía transtorno do pânico, 2,7% fobia social e 1,3% transtorno obsessivo-compulsivo. Dos pesquisados apenas 4,3% citaram que possuíam além da fobia específica, outros diagnósticos, entre eles a hipocondria, agorafobia e transtorno de ansiedade, porém o estudo de Magee (ET AL 1996 TERRA ET AL, 2007) evidenciou que 50% a 80% de pacientes com fobia específica, também, apresentam outro transtorno psiquiátrico. Porém, o presente estudo é de prevalência e não faz parte do objetivo trazer diagnósticos de patologias.

Por meio da estatística indutiva foi utilizado o teste do qui-quadrado ( $X^2$ ), onde foram analisadas algumas hipóteses. As primeiras foram formuladas com intuito de compreender se a fobia específica independe do sexo da pessoa ( $H_0$ ) ou se a fobia específica depende do sexo da pessoa ( $H_1$ ). Por meio dos cálculos a hipótese confirmada foi à hipótese nula ( $H_0$ ), demonstrando que a fobia específica independe do sexo da pessoa ( $X^2 = 0,106$  ;  $gl = 1$  ;  $p > 0,05$ ), e, portanto, a prevalência da ocorrência do transtorno no sexo feminino é mera coincidência amostral. Isso prediz que ambos os sexos têm as mesmas chances de serem acometidos pelo transtorno.

Duas outras hipóteses foram formuladas para examinar se a procura de ajuda psicológica independe dessa fobia específica já ter trazido sofrimentos e perdas na vida da pessoa ( $H_0$ ) ou se a procura de ajuda psicológica depende dessa fobia específica já ter trazido sofrimentos e perdas na vida da pessoa ( $H_1$ ). Os cálculos nos mostraram que a procura de ajuda psicológica depende do medo que a pessoa sente dessa fobia específica trazer sofrimentos e perdas na vida da pessoa, sendo confirmada a hipótese alternativa ( $H_1$ ) ( $X^2 = 19,765$  ;  $gl = 1$  ;  $p < 0,05$ ).

Dessa forma, entendemos que a amostra deste estudo esperou o agravamento da fobia específica, desencadeando perdas e sofrimentos, para depois procurarem ajuda psicológica. Isso pode ser consequência da falta de informação sobre este profissional, ou mesmo, a falta de percepção do sujeito sobre seu transtorno.

### 3.1 AJUDA PSICOLÓGICA

Embora o desenvolvimento das fobias seja relativamente complexo, seu tratamento é bastante objetivo. Estas requerem exercícios estruturados e consistentes com base na exposição gradual do paciente ao estímulo fóbico. O problema resume-se apenas em persuadir o paciente de que a exposição vale à pena, pois será benéfica (BALOW, 2010 APUD HALES ET AL., 2012).

No tratamento para fobias existem diversas terapias, sendo que a abordagem comportamental é a mais utilizada. As práticas terapêuticas mais comuns são as de exposição ao ambiente real, a imaginativa e mais recentemente, a exposição a ambientes virtuais 3D, (WAUKE ET AL., 2004).

As psicoterapias, que são realizadas a partir da interação entre o paciente e o terapeuta, buscam conduzir o paciente a um estado de adaptação maior, envolvendo seus comportamentos e sentimentos, ou seja, restabelecer seu equilíbrio mental. (WAUKE ET AL., 2004. p. 2).

Os dois grupos de exposição são "in vivo" onde o paciente entra em contato com o estímulo fóbico na vida real e a exposição "imaginária" o estímulo fóbico é confrontado a partir das descrições do terapeuta (HALES ET AL., 2012).

A técnica empregada é a Dessensibilização Sistemática (programa de exposição gradual ao estímulo) realizada a partir de uma lista hierárquica das situações ou objetos temidos. Este tratamento segundo Remor (2000) foi desenvolvida por Wolpe (1958) tem sido aplicada no campo das fobias em geral, com eficácia reconhecida (MASTERS ET AL., 1987 APUD REMOR, 2000).

Ensina-se o paciente a relaxar e a situação que será enfrentada é descrita pelo terapeuta, de modo detalhado, respeitando o tempo do paciente até que este imagine a cena de maneira mais realista possível, até que a ansiedade aos poucos diminua, (MCMULLIN, 2005).

A técnica chamada de Tensão Aplicada consiste segundo Ost & Sterner (1987) ensinar o paciente como tensionar e contrair os músculos do corpo ao primeiro sinal de diminuição da pressão arterial, evitando que a pessoa tenha uma síncope ao entrar em contato com o estímulo fóbico (D'EL REY e MONTIEL, 2001).

Estudos sobre o uso de medicações nos transtornos de ansiedade são poucos. Na prática clínica não tem sido utilizado o tratamento farmacológico para fobias específicas, Castillo (2000). Os medicamentos não demonstram efetividade no tratamento das fobias específicas. Os ADTs, benzodiazepínicos,  $\beta$ -bloqueadores, não parecem úteis com base no número limitado de estudos, (HALES ET AL., 2012).

## 4 CONCLUSÃO

A ansiedade sempre esteve presente em nosso dia a dia, no entanto a sociedade atual está por muitas vezes sendo considerada a sociedade da ansiedade, devido uma sobrecarga de prazos, competitividade, consumismo e deveres. Este fardo emocional de agitação acaba gerando, muitas vezes, transtornos inesperados associados à ansiedade, consequência da fobia específica. Mesmo sendo uma emoção fundamental para sobrevivência do indivíduo, em excesso a mesma pode se tornar um fator preocupante, causando-lhe prejuízos significativos.

Com base no estudo realizado, constata-se que grande parte dos indivíduos que possuem algum tipo de fobia não procura ajuda psicológica, sendo necessário destacar a importância de um diagnóstico adequado e específico para que o tratamento possa ser realizado de forma eficaz, impedindo que este possa interferir com a vida pessoal, profissional e social do indivíduo.

Um fator importante a ser considerado é o de grande parte das fobias existentes, prevalecerem entre o sexo feminino, o que nos remete a questão de que tal resultado foi obtido devido à maior parte dos participantes pertencerem ao público feminino. Devido à grande abrangência do tema é notória a necessidade de mais estudos acerca da investigação das fobias específicas e transtornos de ansiedade.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN Psychiatric Association (APA). **DSM-5. Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ARRUDA, Monia Camilla da Cunha. *et al.* **A modificação comportamental da ansiedade de universitários em situações de exposições orais**. 2006. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2905/2/20176415.pdf>> Acesso em: 15 jul. 2015.

ASSUMPÇÃO JR, Francisco B. **Psicopatologia: aspectos clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

BAPTISTA, Américo; CARVALHO, Marina; LORY, Fátima. O medo, a ansiedade e as suas perturbações. **Psicologia** 19.1/2 (2005): 267-277. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v19n1-2/v19n1-2a13.pdf>> Acesso em: 12 jun. 2015.

CASTILLO, Ana Regina G. L. *et al.* Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 22 (2000): 20-23. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3791.pdf>> Acesso em: 12 jun. 2015.

D'EL REY, Gustavo J. Fonseca; MONTIEL, José Maria. Fobia de sangue-injeção-ferimentos: revisão bibliográfica. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v.5, n.2, 2001. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/saude/article/view/1121/984>> Acesso em: 21 jun. 2015.

ENGSTER, Diovana Tais Link. **Transtorno de ansiedade generalizada**. 2013. Disponível em: <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2383/TCC%20corrigido.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

GRAZZIANO, Eliane da Silva; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Nível de Ansiedade de Clientes Submetidos a Cineangiogramas e de seus Acompanhantes. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n.2, 2004. p.168-74. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a04.pdf>> Acesso em: 7 jul. 2015.

HALES, Robert E.; YUDOFKY, Stuart C.; GABBARD, Glen O. **Tratado de psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

KNAPP, Paulo. **Terapia cognitivo comportamental na prática**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p.249.

LEVITAN, Michelle; RANGÉ, Bernard; NARDI, Antonio E. Habilidades sociais na agorafobia e fobia social. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 24.1 (2008): 95-100. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n1/a11v24n1.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

LOPES, Antonio Carlos. **Diagnóstico e tratamento**. V.2, Barueri, SP: Manole, 2006. p.1965.

MCMULLIN, Rian E. **Manual de técnicas em terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

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: 16 jun. 2015.

RANGÉ, Bernard R. Psicoterapias **Cognitivo-comportamentais**: um diálogo com a psiquiatria. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.299-310.

REMOR, Eduardo Augusto. **Tratamento psicológico do medo de viajar de avião, a partir do modelo cognitivo**: caso clínico. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000. Disponível em: <[http://www.gruponitro.com.br/atendimento-a-profissionais/%23/pdfs/artigos/medo\\_e\\_ansiedade/tratamento\\_psicologico\\_do\\_medo\\_de\\_viajar\\_de\\_aviao.pdf](http://www.gruponitro.com.br/atendimento-a-profissionais/%23/pdfs/artigos/medo_e_ansiedade/tratamento_psicologico_do_medo_de_viajar_de_aviao.pdf)>. Acesso em: 21 jun. 2015.

ROSARIO-CAMPOS, Maria Conceição do & MERCADANTE, Marcos T. Transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 22 (2000): 16-19. Disponível em: <<http://www>>.

scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1516444620000006000005&pid=S1516444620000006000005&pdf\_path=rbp/v22s2/3790.pdf&lang=pt>. Acesso em : 16 jun. 2015.

SILVA, Ana Beatriz B. **Mentes ansiosas: medo e ansiedade além dos limites**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011. Cap.4.

TERRA, Mauro Barbosa; GARCEZ, Joana Presser; NOLL, Betina. Fobia específica: um estudo transversal com 103 pacientes tratados em ambulatório. **Rev. psiquiatr. clín.**, v.34, n.2, 2007. p.68-73. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n2/02.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2015.

TORRES, Carolina Machado. **Fatores de risco para transtornos de ansiedade na epilepsia do lobo temporal**. 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/26137/000757143.pdf?sequence=1>> Acesso em: 14 jul. 2015.

VORKAPIC, Camila Ferreira; RANGÉ, Bernard. Os benefícios do yoga nos transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v.7, n.1, 2011. p.50-54. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v7n1/v7n1a09.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2105.

WAUKE, Ana Paula T.; COSTA, Rosa Maria EM; CARVALHO, Luis Alfredo V. de. Vesup: O uso de ambientes virtuais no tratamento de fobias urbanas. **IX Congresso Brasileiro de Informática em Saúde**, Ribeirao Preto, SP, Brasil. 2004. Disponível em: <<http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2004/trabalhos/arquivos/585.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

---

**Data do recebimento:** 17 de setembro de 2015

**Data da avaliação:** 17 de setembro de 2015

**Data de aceite:** 19 de setembro de 2015

---

1. Graduanda do Curso de Psicologia do Centro Universitário Tiradentes – UNIT. E-mail: afermoseli@hotmail.com
2. Graduando do Curso de Psicologia do Centro Universitário Tiradentes – UNIT. E-mail: afermoseli@hotmail.com
3. Graduanda do Curso de Psicologia do Centro Universitário Tiradentes – UNIT. E-mail: aryle.tayna@gmail.com
4. Graduanda do Curso de Psicologia do Centro Universitário Tiradentes – UNIT. E-mail: afermoseli@hotmail.com
5. Graduanda do Curso de Psicologia do Centro Universitário Tiradentes – UNIT. E-mail: afermoseli@hotmail.com
6. Professor do Curso de Psicologia do Centro Universitário Tiradentes – UNIT. E-mail: afermoseli@hotmail.com