

# 04-08 Apostila Digital: Transtornos de Ansiedade, Sono e Psicofármacos (Benzodiazepínicos, ISRS/IRSN e GABA-A)

---

## Apostila Digital — Transtornos de Ansiedade, Sono e Psicofármacos (baseado na transcrição)

---

*Conteúdo organizado e fundido a partir das três partes fornecidas. Onde a aula ficou ambígua/incompleta, eu sinalizo: "Não consigo responder com os dados fornecidos."*

*Gerado por gpt-5.2.*

---

### 1) Visão geral: por que falar de sono quando o tema é ansiedade?

---

#### O que é / Ideia central

**Benzodiazepínicos (benzos)** entram na aula como **ansiolíticos de ação rápida** (principalmente em **crise aguda**), mas um efeito colateral muito comum é **sonolência**. Daí o "gancho" para discutir **sono** e fármacos usados como **hipnóticos** (incluindo **fármacos Z** e menção a **antagonistas de orexina**, citados como classe na fala).

#### Passo a passo / Explicação didática

##### 1. Ansiedade tem espectro:

- pode ser **normal/adaptativa** (te deixa alerta)
- ou pode virar **transtorno** (persistente, com sofrimento e prejuízo)

##### 2. Fármacos entram conforme o objetivo clínico:

- **agudo** (apagar incêndio) **benzo** (rápido)
- **crônico** (prevenir recorrência) **ISRS/IRSN** (demoram)

### 3. Sono aparece porque sedação pode ser:

- *efeito colateral* indesejado (prejudica prova, trabalho, direção)
- ou *efeito terapêutico* (quando a queixa principal é **insônia**, dentro de um plano)

### Exemplos plausíveis

- Pronto atendimento: paciente com **crise de pânico** + taquicardia + tremor precisa de **alívio rápido**.
- Estudante antes de prova: ansiedade pode ser **normal**; sedar “pra render” pode sair pela culatra.

### Termos técnicos/chave com explicação leiga

- **Ansiolítico**: reduz ansiedade. *Leigo*: “baixa o estado de alerta”.
- **Hipnótico**: induz sono. *Leigo*: “ajuda a dormir”.
- **Crise aguda**: pico súbito/intenso de sintomas. *Leigo*: “ataque forte e rápido”.

### Erros comuns / Dicas

- Confundir “estar ansiosa” com “ter transtorno”.
- Usar **sonolência** como sinônimo de “tratou a causa”: pode mascarar o problema e favorecer **uso inadequado**.

---

## 2) Ansiedade normal vs transtorno: como pensar “pegada DSM”

---

### O que é / Ideia central

Ansiedade é **normal e útil** (prepara para “lutar ou fugir”). Vira **transtorno** quando há:

- **persistência/duração**
- **sofrimento clinicamente significativo**
- **prejuízo funcional** (vida real: estudo, social, autocuidado)

Ideia-força: *não banalizar transtorno mental*.

## Passo a passo / Explicação didática

Quando suspeitar de transtorno, pergunte:

1. **Duração:** está “em excesso” por vários dias/semana(s)?
2. **Sofrimento:** virou desvantagem, derruba a pessoa?
3. **Funcionalidade:** atrapalha prova, trabalho, sair de casa, autocuidado?

Se não há sustentação no tempo e não há prejuízo, pode ser **ansiedade situacional**.

## Exemplos plausíveis

- *Normal:* ansiedade na semana da prova, depois melhora e retoma rotina.
- *Transtorno:* gatilho (ex.: prova) leva a:
  - não conseguir chegar/concluir
  - precisar de ajuda para ir embora
  - ficar dias reclusa, sem autocuidado

## Termos técnicos/chave com explicação leiga

- **Prejuízo funcional:** impacto em trabalho/estudo/social. *Leigo:* “atrapalha a vida”.
- **Sofrimento clinicamente significativo:** sofrimento relevante para saúde. *Leigo:* “não é só nervosismo”.

## Erros comuns / Dicas

- Banalização: chamar qualquer estresse de “transtorno”.
- Viés do ambiente (ex.: curso exigente): dá para **normalizar** sofrimento importante ou **patologizar** reação normal.

---

## 3) Automedicação e uso indevido de psicotrópicos (alerta ético e prático)

---

### O que é / Ideia central

A aula faz um alerta direto: uso de medicação sem avaliação (a fala cita exemplo de “Venvanse”) é perigoso e incoerente com a postura esperada de futuros médicos.

## Passo a passo / Explicação didática

1. Psicofármacos (muitos **controlados**) exigem **prescrição e acompanhamento**.
2. Sem avaliação, você não sabe:
  - se é transtorno mesmo
  - qual diagnóstico (“caixa”) é
  - comorbidades e contraindicações
  - risco de **dependência**, efeitos adversos, interações
3. Manejo correto = **diagnóstico + plano** (psicoterapia e/ou fármacos conforme caso).

## Exemplos plausíveis

- “Receita emprestada” para dormir antes de prova pode acordar com **prejuízo cognitivo** (efeito residual).
- Usar ansiolítico em crise sem avaliação pode mascarar condição clínica/psiquiátrica relevante.

## Termos técnicos/chave com explicação leiga

- **Psicotrópico controlado**: exige controle legal. *Leigo*: “precisa de receita especial”.

## Erros comuns / Dicas

- **MUITO IMPORTANTE - PROVA**: não trate “ansiedade” como tudo igual e não **normalize automedicação**.
- “Funcionou pra fulano” não é critério clínico.

---

## 4) “Caixas” de transtornos de ansiedade: o gatilho manda no diagnóstico

---

### O que é / Ideia central

Sintomas físicos/psíquicos se parecem, mas o que diferencia transtornos é a **natureza do medo/ gatilho** (ex.: avaliação social vs objeto específico).

A aula cita como exemplos:

- **TAG (Transtorno de Ansiedade Generalizada)** (descrito como difícil; pode durar muitos dias — na fala chega a citar “um mês”)
- **Transtorno do pânico**
- **Fobias** (barata/agulha/avião)
- **Ansiedade social**
- **Agorafobia**
- **Ansiedade de separação**
- **Mutismo seletivo**

Observação citada: no **DSM-5**, **TOC** e **TEPT** foram separados (não ficam mais dentro do “capítulo” de transtornos de ansiedade, embora compartilhem elementos ansiosos).

### Passo a passo / Explicação didática

Quando alguém diz “tenho ansiedade”, investigue:

1. **Do que exatamente você tem medo?** (gatilho)
2. **Em quais situações?** (contexto)
3. **O que você evita?** (evitação)
4. **Quanto atrapalha sua vida?** (funcionalidade)

### Exemplos plausíveis

- **Fobia de avião:** pouco prejuízo se a pessoa não viaja.
- **Ansiedade social:** grande prejuízo em quem precisa apresentar/atender público.

### Termos técnicos/chave com explicação leiga

- **Gatilho:** estímulo que dispara sintomas. *Leigo:* “o que acende a crise”.
- **Evitação:** fugir do gatilho. *Leigo:* “deixar de fazer coisas pra não sentir”.

### Erros comuns / Dicas

- Diagnosticar só pelo sintoma físico (taquicardia, dispneia) sem **contexto**.
- Esquecer que prejuízo depende da **vida da pessoa** (rotina/profissão).

---

## 5) Medo vs preocupação: dois “motores” da ansiedade + circuitos

---

## O que é / Ideia central

A aula separa ansiedade em:

- **Medo** (ameaça) ↔ **amígdala / sistema límbico**
  - **Preocupação** (ruminação/antecipação) ↔ **alça córtico-estriado-tálamo-cortical**
- 

### 5.1) Amígdala: circuito do medo e a “cascata corporal”

#### O que é / Ideia central

A **amígdala** recebe múltiplas entradas e, quando **hiperativa**, dispara projeções excitatórias para várias áreas, gerando sintomas físicos e cognitivos.

#### Passo a passo / Explicação didática

1. Estímulo ameaçador (real ou interpretado)
2. **Amígdala hiperativa**
3. Projeções para:
  - **Córtex** “mente acelerada”, hiperplanejamento, execução ruim
  - **Substância cinzenta central** lutar/fugir, impulso de evitar
  - **Núcleo parabraquial** (relacionado à respiração, citado) FR muda, sensação de “ar não entra”
  - **Hipocampo** memórias fortes/traumáticas emergem
  - **Hipotálamo** \*\*\*\***cortisol** (efeitos metabólicos + **imunossupressão** citada)

#### Exemplos plausíveis

- **Pânico**: “falta de ar” + taquicardia + medo de morrer ciclo: sinto falta de ar pânico hiperventilo pioro a sensação.
- **TAG com hiperalerta**: pessoa “no 220”, exausta, foco ruim.

#### Termos técnicos/chave com explicação leiga

- **Sistema límbico**: rede emocional. *Leigo*: “circuito da emoção”.
- **Amígdala**: detecção de ameaça. *Leigo*: “alarme de incêndio”.
- **Hipocampo**: memória contextual. *Leigo*: “arquivo de memórias”.
- **Hipotálamo / cortisol**: resposta hormonal ao estresse. *Leigo*: “modo estresse do corpo”.

## Erros comuns / Dicas

- Dizer “é só psicológico”: há circuito **neuroendócrino** real por trás.
  - Confundir alterações por estresse/cortisol com outras doenças (a aula compara processos para não misturar mecanismos).
- 

## 5.2) Alça córtico–estriado–tálamo–cortical: o loop da preocupação

### O que é / Ideia central

Circuito em **loop** associado à **ruminação**: pensamento que “roda” e não desliga.

### Passo a passo / Explicação didática

Fluxo:

- **CórtexEstriadoTálamo\*\*\*\*Córtex...** (loop)

A aula diferencia:

- preocupação **normal** (resolve e passa)

vs

- preocupação **excessiva/desproporcional** (rouba sono e funcionalidade)

### Exemplos plausíveis

- Normal: “vou pagar minhas contas?” planeja, ajusta, resolve.
- Patológica: “se eu não fizer perfeito, acabou minha vida” ruma, perde sono, trava.

### Termos técnicos/chave com explicação leiga

- **Estriado**: seleção de ações/hábitos. *Leigo*: “central de rotinas”.
- **Tálamo**: retransmissão de sinais. *Leigo*: “central de distribuição”.
- **Ruminação**: pensamento repetitivo. *Leigo*: “a mente não desliga”.

## Erros comuns / Dicas

- Tentar resolver ruminação só com “força de vontade”.
  - Ignorar proporcionalidade: o ponto é *o quanto e de quê*.
-

## 6) Neuroquímica da ansiedade: “aceleradores” vs “freios”

---

### O que é / Ideia central

Modelo didático da aula:

- **Aceleradores (excitatórios):** noradrenalina, dopamina, glutamato
- **Freios (inibitórios/moduladores):** GABA e serotonina (*dependente do receptor*)

Na ansiedade: **excitação > inibição** “cérebro acelerado”.

### Passo a passo / Explicação didática

1. Normal: equilíbrio excitação ↔ inibição.
2. Transtorno de ansiedade: excitatórios sobem demais (amígdala/circuitos associados).
3. **GABA** tenta frear, mas “não dá conta”.
4. **Serotonina** pode:
  - frear (em certos receptores)
  - ou excitar (em outros)

### Exemplos plausíveis

- Corpo acelerado + mente acelerada = leitura compatível com excesso de excitatórios.
- Ataque de pânico: alarme muito alto (amígdala) + freio insuficiente.

### Termos técnicos/chave com explicação leiga

- **GABA:** principal inibitório. *Leigo:* “freio”.
- **Glutamato:** principal excitatório. *Leigo:* “acelerador”.
- **Hiperpolarização:** torna mais difícil disparar. *Leigo:* “deixa o neurônio travado”.
- **Receptor ionotrópico:** canal rápido.
- **Receptor metabotrópico:** modulador via proteína G, mais lento.

### Erros comuns / Dicas

- “Aumentar dose de GABA”: **GABA não é fármaco**; você aumenta **ação GABAérgica**.

- “Inibir demais” também dá problema: dose/efeito é equilíbrio.
- 

## 7) Serotonina na amígdala: o paradoxo 5-HT1A (freio) vs 5-HT3A (acelerador)

---

### O que é / Ideia central

A serotonina tem **muitos receptores** (a aula cita “mais de 10”). Na **amígdala**, destaque para:

- **5-HT1A** (metabotrópico; **inibitório via Gi**) “trava o pânico”
- **5-HT3A** (ionotrópico; **excitatório, rápido**) pode piorar excitação

A aula sugere que em ansiedade haveria **redução de expressão de 5-HT1A** (por **downregulation/internalização**), sobrando proporcionalmente mais efeito **5-HT3A**.

### Passo a passo / Explicação didática

1. Serotonina é liberada e se liga ao que está **disponível** (não “escolhe”).
2. Se predomina **5-HT1A**efeito inibitório.
3. Se predomina **5-HT3A**efeito excitatório.
4. **5-HT3A** favorece liberação de excitatórios (citados):
  - **glutamato**
  - **dopamina**
  - **noradrenalina**
5. Resultado: efeito ansiogênico “em combo”.

### Exemplos plausíveis

- Estresse repetido neuroplasticidade menos freio (5-HT1A) gatilhos ficam mais “explosivos”.

### Termos técnicos/chave com explicação leiga

- **5-HT1A**: receptor serotoninérgico inibitório. *Leigo*: “porta do freio”.
- **5-HT3A**: receptor serotoninérgico excitatório (canal). *Leigo*: “porta do acelerador”.

- **Downregulation/internalização:** menos receptores na membrana. *Leigo:* “o freio some do painel”.

### Erros comuns / Dicas

- “Serotonina é sempre boa”: depende do receptor.
- MUITO IMPORTANTE - PROVA: *mesma molécula (serotonina), mesma região (amígdala), efeitos opostos (5-HT1A vs 5-HT3A).*

---

## 8) Benzodiazepínicos: por que servem na crise aguda (e por que não são crônicos)

---

### O que é / Ideia central

**Benzodiazepínicos:** ansiolíticos que **umentam a ação do GABA** e atuam rápido.

A aula é firme:

- benzo **não** é tratamento crônico do transtorno de ansiedade
- risco de **tolerância** e **dependência**
- na fala: **não prescrever por mais de 4 semanas**
- se iniciou, precisa **desmame (taper)**; **não** parar abruptamente

### Passo a passo / Explicação didática

1. **Cenário ideal de uso:** crise/emergência e curto prazo.
2. **Problema do uso prolongado:** tolerância + dependência + piora do controle.
3. **Se precisar retirar:** fazer **redução gradual**.

### Exemplos plausíveis

- Pronto-socorro: crise intensa benzo pode abortar escalada do pânico.
- Paciente em uso “há meses” e para do nada piora importante (na fala tratado como erro grave).

### Termos técnicos/chave com explicação leiga

- **Tolerância:** precisa de dose maior. *Leigo:* “acostuma”.
- **Dependência:** difícil parar; retirada piora. *Leigo:* “vira necessário”.
- **Desmame (taper):** retirada lenta. *Leigo:* “tirar aos poucos”.

## Erros comuns / Dicas

- MUITO IMPORTANTE - PROVA: benzo **não** é crônico; na aula: **máximo ~4 semanas**.
- Parar abruptamente após uso: erro grave (a aula cita risco de piora importante; menciona convulsão no contexto de retirar inibição).
- Usar benzo para "performance" (prova): sedação e prejuízo cognitivo podem atrapalhar.

---

## 9) Mecanismo no GABA-A: subunidades $\alpha 1$ (sono) vs $\alpha 2$ (ansiolítico)

---

### O que é / Ideia central

A aula explica que o receptor **GABA-A** é um **canal iônico**: quando **GABA** liga, entra  $\text{Cl}^-$ , hiperpolariza e inibe.

Benzos são **moduladores alostéricos positivos**: **não** abrem o canal sozinhos; **dependem do GABA** e aumentam a **frequência** de abertura.

Efeito clínico varia conforme subunidade/região (citadas):

- $\alpha 1$  mais **hipnótico/sedativo** (sono/vigília; aula citou **hipotálamo**)
- $\alpha 2$  mais **ansiolítico** (circuitos de medo: **amígdala, hipocampo, córtex, tálamo, estriado** foram citados)

### Passo a passo / Explicação didática

1. GABA liga no **GABA-A** abre canal  $\text{Cl}^-$  entraneurônio "freia".
2. Benzo liga em sítio alostérico:
  - precisa de GABA presente
  - aumenta **frequência** de abertura
3. Como benzo não "escolhe"  $\alpha 1$  vs  $\alpha 2$ , efeitos podem combinar **sedação + ansiólise**.

### Exemplos plausíveis

- Crise + insônia: benzo ajuda pelos dois eixos ( $\alpha 2$  +  $\alpha 1$ ).
- Paciente "só queria dormir": benzo pode sedar, mas risco de virar uso repetido "de rotina".

## Termos técnicos/chave com explicação leiga

- **GABA-A**: receptor-canal de  $\text{Cl}^-$ . *Leigo*: “porta do freio”.
- **Cloreto ( $\text{Cl}^-$ )**: ajuda a frear disparo neuronal. *Leigo*: “puxa para o modo silencioso”.
- **Modulador alostérico positivo (PAM)**: potencializa o GABA. *Leigo*: “melhora o freio sem ser o freio”.

## Erros comuns / Dicas

- “Benzo abre o canal sozinho”: **não**; depende do GABA.
- “Benzo escolhe receptor”: a aula diz que **não escolhe** (vai no que estiver disponível).
- MUITO IMPORTANTE - PROVA:  $\alpha 1$  = sono vs  $\alpha 2$  = ansiolítico (justificativa fisiológica).

---

## 10) Fármacos Z: por que ajudam a dormir, mas não são bons para ansiedade

---

### O que é / Ideia central

A aula diz que **fármacos Z** se ligam no **mesmo sítio** dos benzos, porém são mais seletivos por **GABA-A  $\alpha 1$**  efeito principal: **sono**.

Por isso, **não** são bons para tratar ansiedade (faltaria o componente  $\alpha 2$  com força ansiolítica).

### Passo a passo / Explicação didática

- Benzo:  $\alpha 1$  +  $\alpha 2$  sedação + ansiólise
- Z-drug: mais  $\alpha 1$  sedação/sono, pouco efeito no núcleo ansioso

### Exemplos plausíveis

- Ansiedade diurna: hipnótico à noite pode “apagar”, mas não trata ruminação/medo no dia.

## Termos técnicos/chave com explicação leiga

- **Fármacos Z**: hipnóticos não-benzodiazepínicos. *Leigo*: “remédio de dormir”.
- **Seletividade  $\alpha 1$** : *mais botão do sono do que botão da ansiedade*.

## Erros comuns / Dicas

- Usar Z-drug como se fosse ansiolítico de crise: tende a falhar no objetivo.
  - A aula menciona interferência em fases do sono, mas o trecho ficou ambíguo ("fase L1 e L2"). **Não consigo detalhar fases específicas com os dados fornecidos.**
- 

## 11) Benzo vs barbitúrico no GABA-A: frequência vs tempo

---

### O que é / Ideia central

Comparação funcional citada:

- **Benzodiazepínicos:** aumentam **frequência** de abertura do canal
- **Barbitúricos:** aumentam **tempo (duração)** que o canal fica aberto

Isso altera intensidade/risco de depressão do SNC (lógica da aula).

### Passo a passo / Explicação didática

1. **Alostérico** = liga fora do sítio do GABA.
2. **Positivo** = potencializa o efeito do GABA.
3. Diferença-chave:
  - benzo: abre-fecha mais vezes
  - barbitúrico: fica aberto por mais tempo

### Exemplos plausíveis

- Analogia porta:
- benzo: a porta gira mais vezes por minuto
- barbitúrico: a porta fica escancarada por mais tempo

### Termos técnicos/chave com explicação leiga

- **Frequência vs duração:** duas formas de aumentar a entrada de Cl<sup>-</sup>.

## Erros comuns / Dicas

- MUITO IMPORTANTE - PROVA: **benzo** = ↑ frequência; **barbitúrico** = ↑ duração.
  - Achar que “quanto mais inibir, melhor”: pode deprimir demais o SNC.
- 

## 12) Tratamento farmacológico: agudo vs crônico e “ponte” com benzo

---

### O que é / Ideia central

No transtorno de ansiedade, existe um “buraco” terapêutico:

- fármaco de **uso crônico** (a aula cita **ISRS/IRSN**) demora ~4–6 semanas para efeito ansiolítico relevante
- benzo age rápido e pode ser usado como **ponte** no início, com **desmame** progressivo

### Passo a passo / Explicação didática

1. Consulta inicial:

- iniciar **ISRS/IRSN** (crônico)
- associar **benzo** temporariamente (agudo)

2. Semanas iniciais:

- crônico ainda não fez efeito benzo controla crise/insônia/tensão

3. Quando o crônico “engrena”:

- começar **desmame do benzo** (a fala sugere iniciar no meio do período)

4. Justificativa citada:

- mecanismos diferentes (ISRS/IRSN não atuam no mesmo sítio do **GABA-A** como o benzo)

### Exemplos plausíveis

- Paciente com ansiedade importante e insônia: inicia ISRS; usa benzo curto prazo à noite; quando melhora basal aparece, reduz benzo gradualmente.

### Termos técnicos/chave com explicação leiga

- **Tratamento agudo**: “apagar o incêndio”.

- **Tratamento crônico:** “prevenir incêndio”.
- **Latência terapêutica (4–6 semanas):** demora para fazer efeito.

### Erros comuns / Dicas

- **MUITO IMPORTANTE - PROVA:** **ISRS/IRSN demoram ~4–6 semanas;** benzo é *ponte*, não solução definitiva.
  - Parar benzo abruptamente durante a ponte: aumenta risco de rebote/retirada.
- 

## 13) ISRS vs IRSN e comorbidades: noradrenalina pode atrapalhar

---

### O que é / Ideia central

A aula destaca raciocínio de escolha:

- **ISRS:** atua mais em serotonina
- **IRSN:** atua em serotonina e **noradrenalina**

Como noradrenalina é “acelerador”, pode piorar **taquicardia** em alguns contextos, então com **comorbidade cardíaca** isso pesa na decisão.

### Passo a passo / Explicação didática

1. Objetivo: melhorar “freios” (serotonina como modulador relevante).
2. Se o paciente tem cardiopatia/palpitações marcantes:
  - ponderar se aumentar noradrenalina é ruim
  - considerar preferir estratégia com menos efeito noradrenérgico (na lógica exposta)

### Exemplos plausíveis

- Ansiedade + palpitações importantes: avaliar risco de piora autonômica ao escolher IRSN.

### Termos técnicos/chave com explicação leiga

- **ISRS:** “sobe serotonina”.
- **IRSN:** “sobe serotonina e noradrenalina”.
- **Noradrenalina:** *acelerador* (alerta/FC).

## Erros comuns / Dicas

- Escolher sem olhar comorbidades.
  - A aula comenta nomes de fármacos, mas alguns trechos ficaram ruidosos. **Não consigo garantir todos os nomes com os dados fornecidos.**
- 

## 14) Ansiedade x TDAH: dificuldade de concentração, comorbidade e risco de iatrogenia

---

### O que é / Ideia central

A aula alerta: “dificuldade de atenção” pode ser:

- **ansiedade**
- **TDAH**
- **ambos** (comorbidade)

Risco terapêutico descrito: **estimulante** para “foco” + **benzo** para “dormir” manejo confuso e potencialmente prejudicial.

### Passo a passo / Explicação didática

1. Sintoma que confunde: **baixa concentração**.
2. Diferenciais:
  - ansiedade (ruminação + insônia + hiperalerta)
  - TDAH
3. Se coexistem:
  - estimulante pode piorar **hiperexcitação**
  - benzo crônico “para compensar” aumenta risco de dependência
4. A aula reforça: diagnóstico pode levar tempo; não é “consulta de 10 min”.

### Exemplos plausíveis

- Paciente ansioso dormindo mal começa estimulante piora taquicardia/ruminação; depois adiciona benzo ciclo ruim.
- “TDAH” rotulado por desatenção situacional de ansiedade tratamento desalinhado.

## Termos técnicos/chave com explicação leiga

- **Comorbidade:** duas condições ao mesmo tempo.
- **Iatrogenia:** dano por conduta inadequada.
- **Estimulante:** aumenta atividade de sistemas que podem piorar hiperalerta.

## Erros comuns / Dicas

- **MUITO IMPORTANTE - PROVA: não fechar diagnóstico correndo.**
- “Combo” sem revisar hipótese: foco com estimulante + sono com benzo sem tratar ansiedade de base.

---

# 15) Pregabalina/Gabapentina: menção de utilidade quando há dor associada

---

## O que é / Ideia central

A aula cita **pregabalina** e **gabapentina** como possíveis opções em alguns quadros de ansiedade, especialmente quando há **dor** associada (pela utilidade também em analgesia).

## Passo a passo / Explicação didática

- Se há ansiedade + dor relevante, considerar opções que ajudem nos dois eixos pode melhorar qualidade de vida (raciocínio mencionado, não como “primeira escolha universal”).

## Exemplos plausíveis

- Ansiedade + dor crônica importante: avaliar estratégia que contemple ambos.

## Termos técnicos/chave com explicação leiga

- **Comorbidade dor:** ansiedade junto com dor importante.

## Erros comuns / Dicas

- A transcrição menciona “primeira/segunda/terceira escolha” em trecho confuso. **Não consigo afirmar essa hierarquia com os dados fornecidos.**
-

# Fase 2 — Consolidação Final

---

## 1) O que você não pode esquecer

---

- Ansiedade pode ser **normal e útil**; vira transtorno com **duração + sofrimento + prejuízo funcional**.
- “Ansiedade” não é diagnóstico único: TAG, pânico, fobias, ansiedade social, agorafobia etc. Diferencial = **gatilho/natureza do medo**.
- Dois motores:
- **Medo** ↔ **amígdala** (projeções para córtex/hipotálamo/hipocampo etc.)
- **Preocupação** ↔ **alça córtico-estriado-tálamo-cortical** (ruminação)
- Neuroquímica: **\*\*excitatórios (NA/DA/glutamato)\*\*** vs **freios (GABA/serotonina)** insuficientes.
- MUITO IMPORTANTE - PROVA: serotonina é **paradoxal** na amígdala:
- **5-HT1A** (inibitório) vs **5-HT3A** (excitatório)
- MUITO IMPORTANTE - PROVA: **benzo** é **agudo/curto**, risco de tolerância/dependência, na aula: **máximo ~4 semanas + desmame** (não parar abruptamente).
- MUITO IMPORTANTE - PROVA: **ISRS/IRSN** demoram **~4-6 semanas**; benzo pode ser **ponte**.
- MUITO IMPORTANTE - PROVA: **GABA-A  $\alpha$ 1** = **sedação/sono** vs  **$\alpha$ 2** = **ansiolítico**; **Z-drugs** = mais  **$\alpha$ 1**.
- MUITO IMPORTANTE - PROVA: **benzo** ↑ **frequência** de abertura do canal; **barbitúrico** ↑ **duração**.

## 2) Glossário médico

---

- **Amígdala**: estrutura límbica de ameaça/medo; hiperatividade gera sintomas autonômicos e cognitivos.
- **Sistema límbico**: rede de emoção/motivação/resposta ao estresse.
- **Hipocampo**: memória contextual; em ansiedade pode trazer memórias com força.

- **Hipotálamo:** integra respostas autonômicas/endócrinas; participa do eixo do estresse (**cortisol**).
- **Cortisol:** hormônio do estresse; em excesso pode alterar metabolismo e imunidade (imunossupressão citada).
- **Alça córtico-estriado-tálamo-cortical:** loop associado à preocupação/ruminação (conforme aula).
- **Prejuízo funcional:** queda no desempenho de atividades (estudo, trabalho, social, autocuidado).
- **GABA:** principal neurotransmissor inibitório (“freio”).
- **GABA-A:** receptor ionotrópico (canal de  $Cl^-$ ) que promove inibição.
- **Modulador alostérico positivo (PAM):** liga em sítio diferente e potencializa o efeito do neurotransmissor.
- **5-HT1A / 5-HT3A:** receptores serotoninérgicos com efeitos opostos na amígdala (inibitório vs excitatório, conforme aula).
- **Tolerância / dependência:** fenômenos de adaptação e necessidade de uso, relevantes em benzos.
- **Desmame (taper):** retirada gradual para reduzir retirada/rebote.

---

## Fase 3 — Estrutura para Doenças (quando aplicável)

---

### Transtornos de Ansiedade (visão geral conforme a aula)

---

#### Definição da Doença

Conjunto de quadros em que **medo e/ou preocupação** são **excessivos**, persistentes e associados a **sofrimento e/ou prejuízo funcional**.

Critérios formais (DSM/CID), tempos mínimos e contagem de sintomas por diagnóstico: **Não consigo responder com os dados fornecidos.**

#### Epidemiologia

**Não consigo responder com os dados fornecidos.**

#### Fatores de Risco

A aula menciona gatilhos/estressores e **neuroplasticidade** como pano de fundo, mas não lista fatores de risco formalmente.

**Não consigo responder com os dados fornecidos** além disso.

## Fisiopatologia ou Etiopatogenia

- **Circuitos:**
  - **Medo:** **amígdala** hiperativa com projeções para córtex, hipocampo, hipotálamo etc.
  - **Preocupação:** **alça córtico-estriado-tálamo-cortical** em loop (ruminação)
- **Neuroquímica (modelo “acelerador vs freio”):**
  - excitatórios: **noradrenalina, dopamina, glutamato**
  - freios: **GABA** insuficiente; **serotonina** depende do receptor
- **Paradoxo serotoninérgico na amígdala:**
  - **5-HT1A** (inibitório) reduzido por downregulation/internalização (sugestão da aula)
  - **5-HT3A** (excitatório) pode dominar e favorecer excitação

## Como fazer o Diagnóstico

Conforme a fala:

- avaliar **duração, sofrimento, prejuízo funcional**
- definir a “caixa” pelo **gatilho** e padrão de **evitação**
- ter cautela: pode levar tempo para fechar diagnóstico

Instrumentos, critérios diagnósticos completos e algoritmo formal: **Não consigo responder com os dados fornecidos.**

## Qual o Tratamento (conforme a aula)

- **Agudo/crise:**
  - **benzodiazepínicos** como recurso de ação rápida
- **Crônico:**
  - **ISRS/IRSN** citados; latência de **~4-6 semanas**
  - estratégia de **ponte:** benzo no início iniciar crônico quando crônico fizer efeito, **desmamar benzo**

- **Segurança com benzo:**
    - não usar cronicamente
    - na fala: **não passar de 4 semanas**
    - **não suspender abruptamente; fazer taper**
  - **Escolha ISRS vs IRSN:**
    - ponderar comorbidades, especialmente **cardíacas** (IRSN aumenta noradrenalina, pode piorar taquicardia em alguns)
  - **Cenários com dor:**
    - menção a **pregabalina/gabapentina** quando dor é comorbidade relevante
- 

## Fase 4 — Revisão Visual (diagramas/fluxos)

---

### Diagrama 1 — Medo: amígdala “espalhando” sintomas

---

Estímulo ameaçador\*\*\*\*Amígdala hiperativa projeções:

- **Córtex:** mente acelerada / hiperplanejamento / execução ruim
- **Substância cinzenta central:** lutar/fugir / evitação
- **Núcleo parabraquial:** respiração altera / sensação de “ar não entra”
- **Hipocampo:** memórias fortes emergem
- **Hipotálamo:** cortisol efeitos metabólicos + imunidade

### Diagrama 2 — Preocupação: loop de ruminação

---

Córtex Estriado Tálamo\*\*\*\*Córtex... (loop)

### Diagrama 3 — Estratégia terapêutica: agudo vs crônico

---

Diagnóstico de transtorno iniciar **ISRS/IRSN** (latência ~4-6 semanas)

**Ponte:** usar **benzo** curto prazo para controlar sintomas

Quando crônico fizer efeito **desmamar benzo** (*não parar abruptamente*)

## Tabela rápida — GABA-A e sedação vs ansiólise

---

- **Benzo:** PAM no **GABA-A** (depende de GABA) ↑ **frequência** de abertura
  - **Subunidade  $\alpha 1$**  mais **sono/sedação**
  - **Subunidade  $\alpha 2$**  mais **ansiolítico**
  - **Z-drugs** mais  **$\alpha 1$**  bons para **sono**, fracos para **ansiedade**
-