



Artigo Periódico publicado em: Escola Brasileira de Psicanálise Freudiana - EBPF

Estudos de Psicanálise | Limeira-SP | N. 58 | p. 13 | agosto/2026

RESUMO: A ansiedade integra o repertório humano de antecipação do perigo e, em intensidade compatível com a situação, favorece vigilância, preparação e proteção. A mesma resposta, entretanto, pode tornar-se fonte de sofrimento quando se mantém sem ameaça atual, perde proporcionalidade, organiza a vida pela evitação e compromete o funcionamento. Este artigo objetiva distinguir essas duas condições por meio de revisão narrativa, qualitativa e interdisciplinar, articulando a metapsicologia freudiana, contribuições pós-freudianas e achados contemporâneos das neurociências. Sustenta-se que o limite entre proteção e adoecimento não pode ser definido apenas pela intensidade do afeto, mas pela relação entre sinal e perigo, pela flexibilidade da resposta, por sua duração, pelo custo corporal e pela restrição imposta à vida do sujeito. A segunda teoria freudiana da angústia permite compreendê-la como sinal produzido pelo eu diante de uma situação de perigo, enquanto a angústia automática remete ao desamparo e ao excesso de excitação não ligado. As neurociências convergem parcialmente com essa formulação ao diferenciar circuitos defensivos, experiência consciente e efeitos da ativação persistente dos sistemas de estresse. Dados recentes indicam que 359 milhões de pessoas viviam com transtornos de ansiedade em 2021 e que apenas cerca de uma em cada quatro recebia tratamento. Conclui-se que cuidar da ansiedade não significa suprimi-la, mas recuperar sua função de sinal, ampliar a capacidade de elaboração e impedir que a defesa se converta em prisão.

Palavras-chave: Ansiedade; Angústia-Sinal; Desamparo; Psicanálise; Neurociências.

Aprovado pelo comitê de ensino-pesquisa em: 06 de agosto de 2026

ANSIEDADE: Quando Ela Protege e Quando Começa a Adoecer?

Dr. Richard Munhoz

Publicado em: EBPF

13 de agosto de 2026



INTRODUÇÃO

A ansiedade ocupa uma posição paradoxal na experiência humana. Ela pode advertir sobre riscos, mobilizar recursos e preparar o organismo para agir; pode também antecipar perigos que não se realizam, colonizar o pensamento, produzir sintomas corporais e estreitar progressivamente a existência. A pergunta clinicamente relevante, portanto, não é se a ansiedade é boa ou ruim. É quando, para quem, diante de qual perigo, com que duração e a que custo ela se manifesta. Uma leitura que a trate apenas como falha a ser silenciada perde sua função protetiva; uma leitura que normalize todo sofrimento, por sua vez, posterga o cuidado quando a vida já está organizada pelo medo.

No uso cotidiano, ansiedade, medo, estresse e angústia aparecem como termos intercambiáveis. Conceitualmente, porém, convém diferenciá-los. O medo tende a possuir objeto reconhecível e ameaça mais delimitada; a ansiedade envolve antecipação de ameaça possível e incerteza; o estresse designa o conjunto de respostas a demandas percebidas como desafiadoras; e a angústia, na tradição psicanalítica, designa um afeto cuja fonte pode não ser imediatamente conhecida pelo sujeito. Essas distinções não constituem fronteiras rígidas, mas protegem a investigação clínica contra dois reducionismos: explicar todo sofrimento por mecanismos biológicos ou, em sentido oposto, ignorar o corpo e o ambiente em nome de uma causalidade exclusivamente intrapsíquica.

O cenário epidemiológico exige rigor. A Organização Mundial da Saúde estima que 4,4% da população mundial vivia com algum transtorno de ansiedade em 2021, aproximadamente 359 milhões de pessoas, tornando esse grupo o mais comum entre os transtornos mentais. Apesar da existência de tratamentos efetivos, somente 27,6% das pessoas que necessitavam recebiam algum cuidado (OMS, 2025). A pandemia de COVID-19 produziu aumento global estimado de 25,6% nos casos de transtornos de ansiedade em 2020, associado, entre outros fatores, à redução da mobilidade e às taxas de infecção (SANTOMAURO et al., 2021). Esses números descrevem transtornos e carga populacional; não autorizam concluir que toda ansiedade seja patológica.

No Brasil, o Covitel 2023 encontrou relato de diagnóstico médico de ansiedade em 26,8% dos adultos entrevistados, com valores de 31,6% entre jovens de 18 a 24 anos e 34,2% entre mulheres (BRASIL, 2024). O dado é relevante, mas deve ser apresentado pelo que mede: autorrelato de diagnóstico médico em inquérito telefônico.

Escola Brasileira de Psicanálise Freudiana – EBPF

Rua: Tatuíbi, 285 – Vila Paulista – Limeira-SP

CNPJ: 64.959.622/0001-24 | Site: www.ebpf.com.br | Instagram: [@ebpf.escoladepsicanalise](https://www.instagram.com/ebpf.escoladepsicanalise)



Ele não equivale, automaticamente, à prevalência aferida por entrevista diagnóstica padronizada, nem significa que 26,8% dos brasileiros estivessem, no momento da pesquisa, com um transtorno ativo. A precisão terminológica é parte da ética científica, sobretudo em uma cultura que simultaneamente banaliza a palavra ansiedade e transforma oscilações legítimas da vida em rótulos clínicos.

A tese desenvolvida neste artigo é que a ansiedade protege quando funciona como sinal limitado, proporcional e reversível, permitindo reconhecimento do perigo e escolha de resposta. Ela começa a adoecer quando o sistema de alarme se autonomiza, reage a possibilidades como se fossem fatos, persiste após o fim da ameaça, exige evitação crescente e produz prejuízo significativo. Na psicanálise, essa passagem envolve a relação entre perigo, defesa, desamparo e formação de sintomas. Nas neurociências, envolve a persistência de respostas defensivas, alterações na regulação pré-frontal e a carga alostática. Os dois campos não são equivalentes, mas podem dialogar sem que um seja usado para validar ou dissolver o outro.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo, exploratório, de natureza teórico-bibliográfica, organizado como revisão narrativa. Foram priorizados textos fundadores da psicanálise, especialmente Inibição, sintoma e angústia, de Freud, e O Seminário, livro 10: a angústia, de Lacan; contribuições clínicas pós-freudianas sobre desamparo, continência e medo do colapso; revisões e artigos de referência sobre circuitos defensivos, estresse crônico, evitação e regulação pré-frontal; além de relatórios epidemiológicos da Organização Mundial da Saúde e dados brasileiros divulgados em documento oficial federal. A seleção buscou relevância conceitual, consistência metodológica e capacidade de responder à questão delimitadora: quais critérios permitem reconhecer a transformação de uma resposta protetiva em processo de adoecimento?

A análise foi conduzida por aproximação temática em quatro eixos: função adaptativa do alarme; teoria psicanalítica da angústia; bases neurobiológicas e custos da persistência; indicadores clínicos de sofrimento e prejuízo. Por se tratar de revisão narrativa, o estudo não pretende esgotar a literatura nem estimar efeito terapêutico. Sua contribuição consiste em produzir uma síntese teoricamente argumentada e clinicamente útil. Os dados epidemiológicos foram mantidos em suas categorias



originais, distinguindo estimativa de prevalência, aumento modelado de casos e autorrelato de diagnóstico.

JUSTIFICATIVA

A relevância do tema decorre de uma dupla dificuldade contemporânea. De um lado, cresce a carga dos transtornos de ansiedade e permanece ampla a lacuna de tratamento. De outro, a difusão do vocabulário da saúde mental favorece autodiagnósticos e o uso indiferenciado de termos clínicos. Dizer que alguém “tem ansiedade” pode significar uma reação esperada antes de uma prova, um estado persistente de apreensão, uma crise de pânico, uma experiência de desamparo, uma condição médica ou um transtorno diagnosticável. Sem distinção, corre-se o risco de medicalizar a vida comum ou de minimizar quadros que demandam avaliação e tratamento.

Para a psicanálise, essa discussão possui alcance ético. O sintoma não é apenas um erro a ser removido, mas uma solução defensiva, ainda que custosa, construída diante de conflitos e perigos. Escutá-lo não implica romantizar o sofrimento. Implica investigar que perigo a ansiedade anuncia, de que experiência de desamparo procura proteger o sujeito e qual preço ele paga por essa proteção. A articulação com as neurociências acrescenta a compreensão de que respostas protetivas de curto prazo podem produzir desgaste quando repetidas ou prolongadas. Assim, a pergunta proposta evita tanto a falsa oposição entre mente e corpo quanto a equivalência entre significado psíquico e mecanismo cerebral.

OBJETIVO GERAL

Analisar, em perspectiva psicanalítica e interdisciplinar, os critérios que distinguem a ansiedade como resposta protetiva da ansiedade que se converte em sofrimento clínico e adoecimento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar a função adaptativa da ansiedade e seu vínculo com a antecipação do perigo;

Escola Brasileira de Psicanálise Freudiana – EBPF

Rua: Tatuíbi, 285 – Vila Paulista – Limeira-SP

CNPJ: 64.959.622/0001-24 | Site: www.ebpf.com.br | Instagram: [@ebpf.escoladepsicanalise](https://www.instagram.com/ebpf.escoladepsicanalise)



- Examinar a segunda teoria freudiana da angústia, com ênfase na angústia-sinal, na angústia automática e no desamparo;
- Relacionar essas formulações, sem reduzi-las entre si, a evidências sobre circuitos defensivos, regulação e carga alostática;
- Contextualizar a magnitude epidemiológica mundial e brasileira;
- Propor indicadores clínicos de proporcionalidade, persistência, flexibilidade, evitação e prejuízo funcional.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A ansiedade protetiva começa por uma operação de antecipação. Diante de indícios de ameaça, o organismo aumenta a vigilância, direciona a atenção, altera o tônus autonômico e prepara possibilidades de aproximação, luta, fuga ou imobilização. Em intensidade moderada e duração limitada, essas mudanças ampliam a probabilidade de sobrevivência e de adaptação. O estudante que sente apreensão antes de uma prova pode revisar o conteúdo; o trabalhador que percebe um risco pode interromper uma operação; quem reconhece sinais corporais de doença pode procurar atendimento. O afeto torna-se informação e ação. Seu valor não reside no conforto, mas na possibilidade de orientar o sujeito diante da incerteza.

A proteção, contudo, não depende apenas de haver ativação. Depende de discriminação. Um alarme útil precisa ser sensível o bastante para detectar risco e específico o bastante para não soar diante de qualquer estímulo. Abend et al. (2023) propõem compreender sintomas ansiosos como expressão aberrante de respostas defensivas potencialmente adaptativas: o problema pode ocorrer na seleção da resposta, em sua intensidade, duração ou correspondência com a ameaça. Kenwood, Kalin e Barbas (2022) mostram que a ansiedade patológica envolve redes distribuídas, incluindo regiões pré-frontais que participam da avaliação contextual e da regulação de respostas defensivas. Não existe, portanto, um único “centro da ansiedade”, nem uma amígdala que, isoladamente, explique a experiência subjetiva.

LeDoux e Pine (2016) distinguem circuitos de sobrevivência, responsáveis por respostas defensivas observáveis, dos sistemas que sustentam a experiência consciente de medo e ansiedade. Essa distinção é decisiva. Taquicardia, sudorese e esquivas podem ser registradas, mas não esgotam aquilo que o sujeito sente, fantasia e



significa. Da mesma forma, o relato consciente não descreve diretamente o funcionamento de um circuito neural. A experiência ansiosa emerge de múltiplos processos e de uma história singular. A convergência possível com a psicanálise está em recusar a redução do afeto a um reflexo simples; a diferença permanece porque a psicanálise investiga conflito, desejo, defesa e sentido, enquanto a neurociência descreve mecanismos e correlações em outros níveis de análise.

Freud reformulou profundamente sua teoria ao longo da obra. Em sua primeira concepção, a angústia era pensada sobretudo como transformação de libido não descarregada. Em 1926, com a segunda teoria, ela passa a ser produzida pelo eu como sinal diante de uma situação de perigo e torna-se motivo da defesa, não mero resultado da repressão. A mudança desloca a pergunta: em vez de indagar apenas de onde vem a energia da angústia, pergunta-se qual perigo o eu antecipa e que defesa mobiliza. Freud sintetiza essa formulação ao afirmar que “a ansiedade é a reação à situação de perigo” (FREUD, 1959, p. 166, tradução nossa).

A distinção entre angústia automática e angústia-sinal organiza esse modelo. A primeira ocorre quando o aparelho psíquico é inundado por uma quantidade de excitação que não consegue ligar ou dominar. A segunda reproduz, em intensidade atenuada, algo do afeto para advertir o eu e acionar defesas antes que a situação traumática se instale. Nas palavras de Freud:

O determinante fundamental da ansiedade automática é a ocorrência de uma situação traumática; e a essência desta é uma experiência de desamparo por parte do eu diante de um acúmulo de excitação, seja de origem externa, seja interna, com o qual ele não consegue lidar. A ansiedade “como sinal” é a resposta do eu à ameaça da ocorrência de uma situação traumática. Tal ameaça constitui uma situação de perigo (FREUD, 1959, p. 166).

A angústia-sinal é, nesse sentido, protetiva: o eu administra uma pequena dose de desprazer para evitar ser surpreendido por uma experiência maior de desorganização. O sinal permite preparar, fugir, inibir, recalcar, pedir ajuda ou transformar a situação. Sua eficiência depende de o afeto permanecer sinal, isto é, conservar diferença entre anúncio e catástrofe. Quando o sinal adquire a intensidade da situação traumática, deixa de orientar e passa a reproduzir o desamparo que deveria prevenir. A crise de pânico exemplifica clinicamente esse colapso da diferença:



sensações corporais são vividas como indício de morte, loucura ou perda absoluta de controle, e o próprio alarme torna-se o perigo temido.

Os perigos mudam ao longo do desenvolvimento. Freud relaciona a angústia a experiências de separação, perda do objeto, perda do amor, castração e condenação pelo supereu. O que ameaça o adulto nem sempre é o acontecimento manifesto. Uma avaliação profissional pode reativar o perigo de perder o amor e o reconhecimento; uma demora na resposta de alguém pode adquirir o valor psíquico de abandono; uma falha pode ser vivida como condenação interna. Por isso, proporcionalidade não pode ser avaliada somente pela aparência externa do evento. Uma reação aparentemente excessiva pode tornar-se inteligível quando relacionada à história e às fantasias inconscientes do sujeito, embora essa inteligibilidade não elimine seu potencial de adoecimento.

O conceito de desamparo, *Hilflosigkeit*, oferece uma ponte importante. O ser humano nasce biologicamente dependente e necessita do outro para regular excitação, satisfazer necessidades e conferir sentido à experiência. A vulnerabilidade não desaparece com a maturidade; é reorganizada por recursos internos, vínculos e instituições. Situações de perda, violência, doença, precariedade e ruptura podem ultrapassar esses recursos. Quando a ansiedade anuncia que algo excede a capacidade de elaboração, ela preserva uma verdade sobre os limites do eu. Quando, porém, qualquer incerteza é tratada como prenúncio de desintegração, a vida passa a ser administrada para impedir o reencontro com o desamparo.

Lacan radicaliza a questão ao sustentar que a angústia “não é sem objeto” (LACAN, 2005, p. 101). A fórmula não significa que seu objeto seja simples ou conscientemente identificável. Indica que a angústia se relaciona ao objeto a, ao desejo do Outro e à perturbação da falta que estrutura o desejo. Enquanto o medo pode localizar uma ameaça, a angústia frequentemente surge quando o sujeito não sabe que lugar ocupa para o Outro ou quando aquilo que deveria faltar se apresenta de modo invasivo. Clinicamente, isso impede reduzir toda ansiedade a erro cognitivo sobre probabilidades. Há experiências nas quais o afeto assinala uma questão sobre desejo, separação e posição subjetiva que não se resolve apenas com garantias.

As defesas que a ansiedade convoca também possuem dupla face. Evitar uma rua perigosa é prudente; abandonar todas as ruas por medo de uma crise restringe a existência. Preparar-se para uma apresentação é funcional; revisar indefinidamente



para impedir qualquer possibilidade de falha transforma preparação em compulsão. Buscar apoio é protetivo; depender de reafirmações contínuas impede que o sujeito experimente sua própria capacidade. A defesa oferece alívio imediato e pode, justamente por funcionar no curto prazo, consolidar o adoecimento. Vervliet e Raes (2013) mostram que a evitação impede experiências corretivas e mantém expectativas de ameaça. Labrenz et al. (2022) destacam que a evitação é adaptativa diante de perigo agudo, mas seu caráter persistente e excessivo participa da fisiopatologia de transtornos de ansiedade e condições relacionadas ao estresse.

A formação de sintomas pode ser compreendida como compromisso. O sintoma reduz ou desloca um perigo psíquico, mas cobra em liberdade, energia e sofrimento. A pessoa que evita reuniões reduz momentaneamente a angústia de exposição, mas confirma que não conseguiria suportá-las; quem checa repetidamente o corpo obtém segundos de certeza, mas amplia a atenção a qualquer sensação; quem controla vínculos para não ser abandonado pode produzir conflitos que ameaçam o próprio vínculo. A ansiedade adoece não apenas porque dói, mas porque recruta soluções que se repetem, empobrecem a simbolização e transformam possibilidade em destino.

Bion (1962) contribui ao descrever a função de continência e transformação de elementos emocionais brutos. Quando experiências podem ser recebidas, nomeadas e pensadas, a excitação deixa de exigir descarga imediata. A capacidade de pensar não elimina a angústia; cria espaço entre sensação e ação. Winnicott (1994), ao discutir o medo do colapso, mostra que certos temores futuros podem organizar-se em torno de uma agonia primitiva já vivida, mas ainda não experienciada psiquicamente como passado. Nesses casos, a antecipação incessante procura impedir a repetição de algo que não pôde ser integrado. O tratamento não consiste em convencer rapidamente o paciente de que “nada acontecerá”, mas em criar condições para que aquilo que antes só podia ser evacuado ou evitado adquira representação e temporalidade.

As neurociências do estresse ajudam a compreender o custo dessa persistência. McEwen (2007) denomina alostase o processo pelo qual o organismo alcança estabilidade por meio da mudança. Hormônios e mediadores do estresse protegem no curto prazo, redistribuindo energia e ajustando sistemas fisiológicos. Quando a ativação é repetida, prolongada ou não se encerra adequadamente, surge carga alostática: desgaste cumulativo que pode afetar sono, imunidade, metabolismo, sistema cardiovascular, cognição e plasticidade neural. Em formulação sintética, “os mediadores



do estresse podem produzir tanto efeitos protetivos quanto danosos” (McEWEN, 2007, p. 873, tradução nossa). O mesmo mecanismo que prepara para sobreviver não foi feito para permanecer continuamente acionado.

Essa perspectiva esclarece por que a duração e a recuperação são tão importantes quanto a intensidade. Uma reação intensa e breve diante de perigo real pode ser saudável; uma apreensão moderada, mas diária, pode impor custo elevado. O organismo precisa ativar e desativar, mobilizar e restaurar. A ansiedade começa a adoecer quando não há retorno suficiente à linha de base, quando o sono se fragmenta, a musculatura permanece tensa, a atenção busca ameaças e o futuro é vivido como emergência permanente. Isso não significa que o adoecimento seja “apenas cortisol” ou consequência direta de um marcador isolado. Carga alostática é um modelo sistêmico e probabilístico, atravessado por história, condições sociais, vínculos, predisposições e recursos de cuidado.

A contemporaneidade fornece condições férteis para a ativação contínua. Instabilidade econômica, violência, precarização do trabalho, hiperconectividade, exposição permanente à avaliação e circulação acelerada de ameaças produzem perigos reais e imaginados. Individualizar inteiramente a ansiedade pode ocultar ambientes adoecedores; atribuí-la apenas ao social pode apagar conflito e singularidade. A clínica precisa sustentar ambas as perguntas: o que, no mundo, ameaça efetivamente este sujeito e o que, em sua história, confere a essa ameaça seu valor particular? Nem toda vigilância é distorção quando há violência; nem toda sobrecarga se resolve com técnicas individuais de autorregulação quando as exigências permanecem abusivas.

Diante desse conjunto, cinco critérios articulados ajudam a reconhecer a passagem da proteção ao adoecimento. O primeiro é a proporcionalidade contextual: a resposta corresponde à probabilidade e à gravidade da ameaça, consideradas a história e as condições reais? O segundo é a temporalidade: a ansiedade diminui depois do evento ou permanece sem atualização? O terceiro é a flexibilidade: o sujeito consegue variar estratégias ou repete uma única defesa? O quarto é o custo: há sofrimento intenso, sintomas físicos persistentes ou exaustão? O quinto é a liberdade funcional: a pessoa continua capaz de estudar, trabalhar, vincular-se, descansar e escolher, ou organiza a vida para não sentir ansiedade? Nenhum critério isolado estabelece diagnóstico; juntos, orientam avaliação clínica cuidadosa.



Pode-se acrescentar um sexto critério: a capacidade de simbolização. Quando o sujeito consegue dizer “estou ansioso porque...”, reconhecer ambiguidades e pensar alternativas, o afeto já participa de uma cadeia de representações. Quando há apenas certeza catastrófica, sensação corporal sem palavras ou descarga imediata, a função de sinal está fragilizada. A análise oferece um espaço no qual a ansiedade pode deixar de ser apenas acontecimento corporal ou ordem de evitação e tornar-se pergunta. De que perigo se trata? O que seria perdido? De quem é a exigência? Que desejo aparece como ameaça? Que proteção antiga continua operando num presente diferente?

O diagnóstico, quando necessário, deve considerar duração, intensidade, sofrimento, prejuízo e diagnósticos diferenciais. Condições clínicas, efeitos de substâncias e medicamentos, privação de sono, alterações endócrinas e cardiovasculares podem produzir ou agravar sintomas ansiosos. A presença de dor torácica, síncope, falta de ar intensa, alteração neurológica, risco de suicídio ou mudança abrupta requer avaliação apropriada, inclusive médica. A escuta psicanalítica não substitui investigação orgânica; tampouco a identificação de um mecanismo corporal elimina a dimensão subjetiva. O cuidado interdisciplinar é particularmente importante quando há crises recorrentes, comorbidades, uso problemático de substâncias ou grande prejuízo funcional.

Do ponto de vista terapêutico, o objetivo não deve ser prometer ausência de ansiedade. Uma existência sem qualquer alarme seria biologicamente perigosa e psiquicamente empobrecida. O trabalho consiste em restaurar gradações: diferenciar perigo de possibilidade, passado de presente, desejo próprio de demanda do Outro, desconforto de catástrofe. A psicanálise procura ampliar a possibilidade de associação, reconhecer fantasias, flexibilizar defesas e transformar repetição em experiência pensável. Intervenções baseadas em exposição, quando indicadas e conduzidas de modo competente, podem reduzir evitação e favorecer novas aprendizagens. Recursos farmacológicos podem ser necessários em alguns casos, mediante avaliação médica. A escolha depende da singularidade, gravidade, preferência, acesso e resposta do paciente, não de disputa ideológica entre abordagens.

A prevenção também requer mais que conselhos individuais. Ambientes familiares, escolares e laborais podem aumentar previsibilidade, apoio, participação e segurança sem prometer controle total. Políticas públicas devem ampliar acesso a cuidado qualificado, pois a lacuna mundial de tratamento permanece expressiva (WHO,



2025). Ao mesmo tempo, comunicação responsável deve evitar frases como “o Brasil é o país mais ansioso do mundo” sem indicar ano, fonte, medida e incerteza. Estatísticas podem mobilizar cuidado, mas também produzir identificação apressada e sensação de inevitabilidade. Ciência e clínica compartilham aqui uma tarefa: nomear a magnitude sem transformar sujeitos em números ou emoções em diagnósticos automáticos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ansiedade protege quando conserva a qualidade de sinal: anuncia um perigo, mobiliza recursos, admite avaliação da realidade e cede quando a situação se modifica. Ela começa a adoecer quando o anúncio se torna presença contínua da catástrofe, quando a defesa passa a produzir o perigo que tenta evitar e quando o sujeito perde liberdade para trabalhar, amar, descansar, aprender e desejar. O limite não é uma quantidade universal de sintomas, mas uma configuração formada por desproporção, persistência, rigidez, custo, prejuízo e empobrecimento da simbolização.

A segunda teoria freudiana permanece fecunda porque não opõe simplesmente ansiedade normal e patológica. Ela permite pensar um mesmo afeto em duas posições: como pequena antecipação que protege contra o desamparo e como irrupção automática que o repete. Lacan impede imaginar uma angústia vazia de relação com o desejo e o objeto; Bion e Winnicott mostram que pensar e integrar a experiência dependem de condições relacionais. As neurociências, por sua vez, demonstram que sistemas defensivos e mediadores do estresse são adaptativos no curto prazo, mas podem produzir desgaste quando sua ativação se torna persistente. A aproximação entre os campos é produtiva quando preserva diferenças de método e objeto.

Os dados mundiais e brasileiros confirmam a relevância sanitária do problema, mas exigem leitura criteriosa. Transtorno diagnosticável, sofrimento autorreferido e ansiedade cotidiana não são sinônimos. Patologizar todo desconforto retira do sujeito a confiança em sua capacidade de atravessar incertezas; normalizar todo sofrimento o abandona quando o alarme já se tornou prisão. Entre esses extremos, o cuidado começa por escutar a função da ansiedade, avaliar seus efeitos e construir condições para que ela volte a informar sem governar. Curar, nesse horizonte, não é abolir o sinal, mas devolver-lhe medida, palavra e possibilidade de transformação.



REFERÊNCIAS

- ABEND, Rany et al.** Understanding anxiety symptoms as aberrant defensive responding: the potential role of response selection and evaluation. *Biological Psychiatry Global Open Science*, [s. l.], v. 3, n. 4, p. 690-698, 2023. DOI: 10.1016/j.bpsgos.2023.05.008.
- BION, Wilfred R.** Learning from experience. London: Heinemann, 1962.
- BRASIL. Ministério da Agricultura e Pecuária.** Estudo Técnico Preliminar n. 35/2024: Projeto Saúde do Servidor. Brasília, DF: MAPA, 2024.
- FREUD, Sigmund.** Inhibitions, symptoms and anxiety. In: STRACHEY, James (ed.). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: The Hogarth Press, 1959. v. 20, p. 75-175. Trabalho original publicado em 1926.
- KENWOOD, Matthew M.; KALIN, Ned H.; BARBAS, Helen.** The prefrontal cortex, pathological anxiety, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, [s. l.], v. 47, p. 260-275, 2022. DOI: 10.1038/s41386-021-01109-z.
- LABRENZ, Friederike et al.** The good, the bad, and the ugly: chances, challenges, and clinical implications of avoidance research in psychosomatic medicine. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, [s. l.], v. 136, art. 104625, 2022. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2022.104625.
- LACAN, Jacques.** O seminário, livro 10: a angústia. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- LEDOUX, Joseph E.; PINE, Daniel S.** Using neuroscience to help understand fear and anxiety: a two-system framework. *American Journal of Psychiatry*, [s. l.], v. 173, n. 11, p. 1083-1093, 2016. DOI: 10.1176/appi.ajp.2016.16030353.
- MCEWEN, Bruce S.** Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological Reviews*, [s. l.], v. 87, n. 3, p. 873-904, 2007. DOI: 10.1152/physrev.00041.2006.
- SANTOMAURO, Damian F. et al.** Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, London, v. 398, n. 10312, p. 1700-1712, 2021. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7.



VERVLIET, Bram; RAES, Filip. Criteria of validity in experimental psychopathology: application to models of anxiety and depression. *Psychological Medicine*, Cambridge, v. 43, n. 11, p. 2241-2244, 2013. DOI: 10.1017/S0033291712002267.

WINNICOTT, Donald W. Fear of breakdown. In: WINNICOTT, Clare; SHEPHERD, Ray; DAVIS, Madeleine (ed.). *Psycho-analytic explorations*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1994. p. 87-95. Trabalho original escrito em 1963.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Anxiety disorders. Geneva: WHO, 8 Sept. 2025.

SOBRE O AUTOR:

Dr. Richard Munhoz é Psicanalista Clínico, Infantil e Didata, Especialista em Análise e Interpretação do Desenho, Especialista em Sandplay Thérapy, Psicopedagogo Clínico e Institucional, Neuropsicopedagogo Clínico e Hospitalar, Mestre e Doutor em Ciências Médicas. Autor de duas obras ambas publicadas pela (Wak Editora). Atualmente exerce a função de Psicanalista empresarial.

ENDEREÇO POR CORRESPONDÊNCIA:

Rua: Tatuíbi, 285 – Vila Paulista, Limeira - São Paulo-SP
Cep: 13.484-050
E-mail: ebpf.ned@gmail.com