SAÚDE MENTAL

Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Cuidado na Sociedade Moderna

Capítulo 13

Edição XXIX

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: DEFINIÇÃO, SINTOMAS, DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTO INICAL

BEATRIZ CHIAVERINI CUNNINGHAM[1]
SOPHIA HANO DE OLIVERIA[1]
JULIA INCERTI BREVES[1]
BIANCA ARNESI COTRIM[1]
LAYS DE SOUZA SILVA[1]
THIAGO AUGUSTO BROGIO[1]
SOFIA CUNHA CLARO [1]
ANNA LUIZA DE LACERDA MENDONÇA [1]
GIOVANNA SANTOS DI PRINZIO[1]
ANNA CAROLINA MARTINS FRANÇA[1]
GEOVANNA DE ANDRADE MELO[1]
MARCOS ROBERTO MACIEL NOLETO[1]
VITÓRIA SILVA JARDIM[1]
LUANA PERFIDIO[2]
THAISSA MONSORES BUSSOLINI[2]

[1]Discente - Medicina na Universidade Cidade de São Paulo.
[2]Discente – Medicina Universidade de Mogi das Cruzes.

Palavras-Chave: *Ansiedade; Transtornos de Ansiedade; Psiquiatria.*

DOI: 10.59290/0960210029

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

Os transtornos de ansiedade são distúrbios psiquiátricos caracterizados por medo ou preocupação exacerbados diante de estímulos percebidos como ameaçadores, sejam eles externos ou internos, comprometendo o funcionamento do indivíduo, sem serem consequência do uso de substâncias ou de outra condição médica (CRASKE *et al.*, 2017; DEGEORGE *et al.*, 2022; DSM-5-TR (APA), 2023). Esses transtornos estão entre os distúrbios psiquiátricos mais comuns na população adulta, com aproximadamente 28% dos indivíduos relatando algum episódio ao longo da vida (BERNIK & BRITO, 2021). Os transtornos de ansiedade generalizada (TAG), transtorno do pânico (TP) e transtorno de ansiedade social, também chamado fobia social são os mais frequentemente observados (SZUHANY & SIMON, 2022). Além do medo e da preocupação excessiva, podem ocorrer manifestações físicas, como palpitações, taquicardia, sudorese, tremores, sensação de falta de ar, desconforto abdominal e parestesias, entre outros (BERNIK & BRITO, 2021; OMS 2025).

Existem divergências quanto à proporção de contribuição genética para os transtornos de ansiedade, contudo, estes também estão associados a fatores ambientais, como exposição à violência (principalmente na infância), problemas familiares, doenças crônicas, dificuldades financeiras, uso de substâncias como álcool, perdas significativas e abuso (BERNIK & BRITO, 2021; DEGEORGE *et al*., 2022, STRÖHLE *et al*., 2018;). Estudos indicam que indivíduos do sexo feminino apresentam maior risco de desenvolver algum transtorno de ansiedade em comparação aos do sexo masculino (razão 2:1) (DSM-5-TR (APA), 2023*;* CRASKE *et al.,* 2017,).

O tratamento deve ser individualizado e conduzido por profissional especializado, variando conforme o transtorno e as características do paciente. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é considerada intervenção de primeira linha no tratamento não farmacológico. Em muitos casos, associa-se tratamento medicamentoso, particularmente com inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN) e, em algumas situações, antidepressivos tricíclicos. Outras classes, como benzodiazepínicos e anticonvulsivantes, podem ser utilizadas de forma adjuvante para o controle de sintomas somáticos ou de ansiedade intensa, com cautela quanto ao risco de dependência e efeitos adversos (BERNIK & BRITO, 2021; SZUHANY & SIMON, 2022).

Portanto o intuito do estudo é fornecer embasamento teórico e clínico para o reconhecimento, diagnóstico e manejo adequado dos transtornos de ansiedade mais comuns.

MÉTODO

Esta revisão sistemática foi realizada no período de janeiro à fevereiro de 2026, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, LILACS, SciELO, bibliotecas virtuais e site oficiais do governo e de instituições de referência na área da saúde. Foram utilizados os descritores “ansiedade”, “*anxiety*”, “transtorno de ansiedade”, “*anxiety disorders*”, “transtorno de ansiedade generalizada”, “*generalized anxiety disorder*”, “transtorno de ansiedade social”, “*anxiety disorder*”, “fobia específica” e “*specific phobia*” resultando em aproximadamente 250.000 artigos, os quais foram posteriormente avaliados e selecionados segundo os critérios de inclusão e exclusão preestabelecidos.

Com o objetivo de refinar a apuração de artigos, foram aplicados filtros que selecionaram publicações entre 2002 e 2025 nos idiomas por-

tuguês e inglês, em revistas e jornais com fator de impacto igual ou superior a 3 que abordavam os temas centrais do presente estudo. Também foram considerados livros disponíveis em PDF e sites oficiais e acreditados. Os critérios de exclusão incluíram artigos duplicados, artigos que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 12 artigos, os quais foram submetidos à leitura detalhada para a coleta de dados, e dois livros. Os resultados foram organizados em subcategorias e apresentados em tabelas e de forma descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Transtorno de ansiedade generalizada

Definida por preocupação crônica (no mínimo 6 meses) e de difícil controle, o transtorno de ansiedade generalizada gera prejuízo no cotidiano do indivíduo (DEGEORGE *et al.,* 2022; DSM-5-TR (APA), 2023; SPYTSKA, 2024). A ansiedade e a preocupação estão associados a 3 ou mais dos seguintes sintomas: inquietação, fatigabilidade, dificuldade em se concentrar, irritabilidade, tensão muscular e perturbações do sono. Sobretudo é comum que pacientes com TAG também apresentem sintomas somáticos como sudorese, náusea e diarreia (DSM-5-TR (APA), 2023) (**Tabela 13.1**).

Tabela 13.1 Critérios diagnósticos para o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição, Texto Revisado (DSM-5-TR) (CID F41.1)

A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (como desempenho escolar ou profissional)
B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação
C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três ou mais dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses). 1. Inquietação ou sensação de estar com os "nervos à flor da pele" 2. Fatigabilidade 3. Dificuldade em concentrar-se ou sensação de "branco" na mente 4. Irritabilidade 5. Tensão muscular 6. Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono ou sono insatisfatório e inquieto) Observação: apenas um item é exigido para crianças
D. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo)
F. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., ansiedade ou preocupação quanto a ter ataques de pânico no transtorno de pânico, avaliação negativa no transtorno de ansiedade social [fobia social], contaminação ou outras obsessões no transtorno obsessivo-compulsivo, separação das figuras de apego no transtorno de ansiedade de separação, lembranças de eventos traumáticos no transtorno de estresse pós-traumático, ganho de peso na anorexia nervosa, queixas físicas no transtorno de sintomas somáticos, percepção de problemas na aparência no transtorno dismórfico corporal, ter uma doença séria no transtorno de ansiedade de doença ou o conteúdo de crenças delirantes na esquizofrenia ou transtorno delirante).
Fonte: DSM-5-TR (APA)

Diversos instrumentos estão disponíveis no auxílio ao diagnóstico do transtorno de ansiedade generalizada, incluindo escalas autoaplicáveis voltadas à avaliação de sintomas como tensão, medo e preocupação. Entre as mais utilizadas destacam-se o "*Beck Anxiety Inventory* (BAI)", a "*Hamilton Anxiety Rating Scale* (HAM-A)", o "*GAD-7*" e o "*Spielberger State-*

Trait Anxiety Inventory (STAI)" (DISSANAYAKA *et al.*, 2015; DEGEORGE *et al*., 2022).

O TAG apresenta dois picos de incidência: um na adolescência tardia/início da idade adulta e outro no final da vida adulta (DEGEORGE *et al.,* 2022; DSM-5-TR (APA),2023). Estima-se que cerca de um terço do risco para o desenvolvimento do transtorno seja de origem genética, enquanto o restante está associado a fatores temperamentais e ambientais, como baixo status socioeconômico, exposição a abuso e negligência na infância, alcoolismo e traços de neuroticismo (BERNIK & BRITO, 2021; DSM-5-TR (APA),2023). Na atenção primária a prevalência do transtorno é entre 7-8% (BERNIK & BRITO, 2021).

Os sintomas do transtorno de ansiedade generalizada podem mimetizar outros diagnósticos clínicos; portanto, é fundamental descartar condições como DPOC, asma, arritmias, hipertireoidismo, além de uso ou abstinência de medicamentos e substâncias, como anfetaminas e canabinóides. Também devem ser considerados outros transtornos de ansiedade, transtornos psicóticos e transtornos bipolares (DEGEORGE *et al.*, 2022).

A terapia combinada entre tratamento farmacológico e psicoterapia é considerada altamente eficaz no transtorno de ansiedade generalizada, especialmente em pacientes com sintomas moderados a graves (BERNIK & BRITO, 2021; SZUHANY & SIMON,, 2022).

O tratamento farmacológico de primeira linha inclui os inibidores seletivos da recaptação de serotonina e os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (BERNIK & BRITO, 2021). Entre os ISRS, a sertralina e o escitalopram estão associados a melhores desfechos, considerando tanto a remissão quanto às taxas de eventos adversos (SZUHANY & SIMON, 2022). Como opções de segunda linha, incluem-se os antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, clomipramina, imipramina e nortriptilina), a quetiapina, antipsicótico de segunda geração, e a pregabalina, um anticonvulsivante (BERNIK & BRITO, 2021; SZUHANY & SIMON, 2022).

As medicações costumam atingir a dose minimamente efetiva entre 4 e 8 semanas e, após a resposta terapêutica, recomenda-se a manutenção do fármaco por pelo menos um ano, em razão da natureza crônico e do risco de recidiva do TAG (SZUHANY & SIMON, 2022; DEGEORGE *et al.*, 2022). Para alívio mais rápido dos sintomas ansiosos, benzodiazepínicos podem ser utilizados de forma adjuvante e por tempo limitado, devido ao risco de dependência, e sua relação dose-resposta associada a tolerância (BERNIK & BRITO, 2021; SZUHANY & SIMON, 2022; DEGEORGE *et al.,*2022).

TRANSTORNO DE PÂNICO

O transtorno do pânico (TP) é definido pela presença de ataques de pânico (AP) recorrentes, caracterizados pela ocorrência de no mínimo quatro sintomas físicos, seguidos por pelo menos 30 dias de preocupação persistente com novos ataques ou por mudança comportamental significativa relacionada à possibilidade de novos episódios (DSM-5-TR (APA), 2023; SPYTSKA, 2024). Entre as apresentações físicas que compõem os critérios diagnósticos estão: sudorese, tontura, tremores, dispnéia, náusea, parestesia, dor ou desconforto torácico, medo de morrer e, mais comumente, palpitações. Além disso, outros sintomas, como cefaléia, tinnitus e choro incontrolável também podem ocorrer, embora não façam parte dos critérios formais (DEGEORGE *et al.,*2022) (**Tabela 13.2**).

Tabela 13.2 Critérios diagnósticos para o transtorno de pânico (TP) segundo o DSM-5-TR (CID F41.0)

A. Ataques de pânico recorrentes e inesperados. Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo intenso ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro (ou mais) dos seguintes sintomas: 1. Palpitações, coração acelerado, taquicardia. 2. Sudorese. 3. Tremores ou abalos. 4. Sensações de falta de ar ou sufocamento. 5. Sensações de asfixia. 6. Dor ou desconforto torácico. 7. Náusea ou desconforto abdominal. 8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio. 9. Calafrios ou ondas de calor. 10. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento). 11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo). 12. Medo de perder o controle ou "enlouquecer". 13. Medo de morrer. Observação 1: O surto abrupto pode ocorrer a partir de um estado calmo ou de um estado ansioso. Observação 2: Podem ser vistos sintomas específicos da cultura (p. ex., tinido, dor na nuca, cefaleia, gritos ou choro incontrolável). Esses sintomas não devem contar como um dos quatro sintomas exigidos.
B. Pelo menos um dos ataques foi seguido de um mês (ou mais) de uma ou de ambas as seguintes características: 1. Apreensão ou preocupação persistente acerca de ataques de pânico adicionais ou sobre suas consequências (p. ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, "enlouquecer"). 2. Uma mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionada aos ataques (p. ex., comportamentos que têm por finalidade evitar ter ataques de pânico, como a esquiva de exercícios ou situações desconhecidas).
C. A perturbação não é consequência dos efeitos psicológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo, doenças cardiopulmonares).
D. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., os ataques de pânico não ocorrem apenas em resposta a situações sociais temidas, como no transtorno de ansiedade social; em resposta a objetos ou situações fóbicas circunscritas, como na fobia específica; em resposta a obsessões, como no transtorno obsessivo-compulsivo; em resposta à evocação de eventos traumáticos, como no transtorno de estresse pós-traumático; ou em resposta à separação de figuras de apego, como no transtorno de ansiedade de separação).

Fonte: DSM-5-TR (APA)

Os ataques de pânico consistem em surtos súbitos de medo ou desconforto intenso, que atingem um pico em poucos minutos e podem ocorrer durante estados de ansiedade ou de calma, incluindo episódios noturnos, nos quais o indivíduo desperta do sono (DSM-5-TR (APA), 2023; SPYTSKA, 2024).

No Brasil, o transtorno de pânico ocorre em cerca de 3-8% dos pacientes atendidos na atenção primária, com uma idade média de início entre 20 e 24 anos (BERNIK & BRITO, 2021; SPYTSKA, 2024).

Existem diversas teorias que explicam a origem do TP, desde uma vulnerabilidade genética associada à função diminuída do receptor benzodiazepínico, até a teoria do "alarme falso de sufocação". A teoria do alarme falso de sufocação propõe que no transtorno do pânico, um sistema neural que monitora níveis de dióxido de carbono torna-se hipersensível, interpretando erroneamente pequenas mudanças fisiológicas como ameaças de sufocação, o que ativa um alarme de emergência e desencadeia sintomas de pânico (GUAN & CAO, 2024; SPYTSKA 2024).

Para a avaliação da gravidade dos sintomas e, consequentemente, do impacto funcional do transtorno do pânico, pode-se utilizar a *Panic Disorder Severity Scale* (PDSS). A escala pode ser aplicada a partir dos 13 anos, tanto pelo profissional de saúde quanto pelo próprio paciente, na forma de autoavaliação. Ela avalia a frequên-

cia e a intensidade dos ataques de pânico, a ansiedade antecipatória, os comportamentos de evitação e o prejuízo funcional. Dessa forma, sendo útil tanto como auxílio diagnóstico quanto para o acompanhamento da resposta ao tratamento (HOUCK *et al*., 2002; WUYEK *et al*. 2011). Além de outros transtornos de ansiedade as seguintes condições também devem ser considerados como diagnósticos diferenciais; hipotireoidismo, arritmias, hiperparatireoidismo, epilepsia, asma, DPOC e uso de substâncias ilícitas (BERNIK & BRITO, 2021; DEGEORGE *et al.,* 2022).

O tratamento de transtorno de pânico é semelhante ao do transtorno de ansiedade generalizada. Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina e os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina são considerados tratamentos de primeira linha e após o controle da fase aguda, recomenda-se a manutenção da medicação na dose terapêutica eficaz por 6 a 12 meses, com o objetivo de evitar a recidiva dos sintomas. Os antidepressivos tricíclicos também podem ser utilizados no tratamento do TP porém são considerados como segunda linha devido seus efeitos adversos. Para o manejo das crises agudas, os benzodiazepínicos podem ser utilizados, preferencialmente por curtos períodos devido ao alto risco de dependência. Como tratamento não medicamentoso no TP, recomenda-se a terapia cognitivo-comportamental (STRÖHLE *et al.*, 2018; BERNIK & BRITO, 2021; DEGEORGE *et al.,* 2022; SZUHANY & SIMON, 2022; GUAN & CAO, 2024). Além disso, mudanças no estilo de vida, como a prática regular de atividade física moderada, também podem contribuir para a redução dos sintomas e melhora funcional do paciente (STRÖHLE *et al.*, 2018).

FOBIA ESPECÍFICA

A fobia específica (FB) é caracterizada por medo intenso, persistente (mínimo de seis meses) e desproporcional de um objeto ou situação específica, como insetos ou locais fechados, que resulta em evitação ativa e prejuízo funcional (BERNIK & BRITO, 2021). As FB são subdivididas nas seguintes categorias: animais, ambiente natural, sangue-injeção-ferimentos, situacional e outros podendo haver mais de um estímulo fóbico (DSM-5-TR (APA), 2023) (**Tabela 13.3**).

A fobia específica apresenta idade média de início entre os 7 aos 11 anos de idade, sendo mais prevalente durante a adolescência e tem fatores de risco semelhantes aos outros transtornos de ansiedade. Entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de fobia específica estão: ter um parente de primeiro grau com fobia específica, histórico de superproteção parental, experiências de abuso físico ou sexual, perdas significativas e a presença de traços de neuroticismo (STRÖHLE *et al*, 2018; BERNIK & BRITO, 2021; *DSM-5-TR (APA), 2023*).

A resposta exacerbada ao estímulo fóbico, característica desse transtorno de ansiedade, tem sido associada a alterações consistentes na ativação da amígdala, do córtex cingulado anterior, do tálamo e da ínsula. Contudo, a resposta fisiológica ao estímulo varia conforme o subtipo de fobia. Indivíduos com fobia específica do tipo sangue-injeção-ferimentos frequentemente apresentam resposta de desmaio, enquanto aqueles com fobias específicas dos tipos situacional, animal e de ambiente natural tendem a apresentar aumento da excitabilidade do sistema nervoso simpático (DSM-5-TR (APA), 2023).

O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) deve ser considerado como diagnóstico diferencial especialmente se a fobia se desenvolver após um evento traumático envolvendo o estímulo fóbico. Além dos transtornos de ansiedade, os transtornos psicóticos e os transtornos alimentares também devem ser considera-

dos no diagnóstico diferencial (BERNIK & BRITO, 2021; DSM-5-TR (APA), 2023*)*.

O tratamento de primeira linha das fobias específicas é a terapia cognitivo-comportamental, especialmente por meio de técnicas de exposição. Já o tratamento farmacológico não é eficaz para a fobia específica isolada, mas pode ser utilizado como adjuvante quando há comorbidades, como outros transtornos de ansiedade (CRASKE *et al.*, 2017; STRÖHLE *et al*., 2018; BERNIK & BRITO, 2021).

Tabela 13.3 Critérios diagnósticos para fobia específica segundo o DSM-5-TR

A. Medo ou ansiedade acentuados acerca de um objeto ou situação (p. ex., voar, alturas, animais, tomar uma injeção, ver sangue). Observação: Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso por choro, ataques de raiva, imobilidade ou comportamento de agarrar-se.
B. O objeto ou situação fóbica quase invariavelmente provoca uma resposta imediata de medo ou ansiedade
C. O objeto ou situação fóbica é ativamente evitado ou suportado com intensa ansiedade ou sofrimento
D. O medo ou ansiedade é desproporcional em relação ao perigo real imposto pelo objeto ou situação específica e ao contexto sociocultural.
E. O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente com duração mínima de seis meses.
F. O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo
G. A perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental, incluindo medo, ansiedade e esquiva de situações associadas a sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes (como na agorafobia); objetos ou situações relacionados a obsessões (como no transtorno obsessivo-compulsivo); evocação de eventos traumáticos (como no transtorno de estresse pós-traumático); separação de casa ou de figuras de apego (como no transtorno de ansiedade de separação); ou situações sociais (como no transtorno de ansiedade social). Especificar se: Código baseado no estímulo fóbico: • F40.218 Animal (p. ex., aranhas, insetos, cães). • F40.228 Ambiente natural (p. ex., alturas, tempestades, água). • F40.23x Sangue-injeção-ferimentos (p. ex., agulhas, procedimentos médicos invasivos). • Nota para codificação: Escolher o código específico da CID-10-MC como segue: F40.230 medo de sangue; F40.231 medo de injeções e transfusões; F40.232 medo de outros cuidados médicos; ou F40.233 medo de ferimentos. • F40.248 Situacional (p. ex., aviões, elevadores, locais fechados). • F40.298 Outro (p. ex., situações que podem levar à asfixia ou vômitos; em crianças, p. ex., sons altos ou personagens vestidos com trajes de fantasia). Nota para codificação: Quando está presente mais de um estímulo fóbico, codificar todos os códigos da CID-10-MC que se aplicam (p. ex., para medo de cobras e de voar, F40.218 fobia específica, animal e F40.248 fobia específica, situacional).

Fonte: DSM-5-TR (APA)

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL

O transtorno de ansiedade social (TAS) se caracteriza por ansiedade ou medo intenso e desproporcional em situações sociais nas quais o indivíduo teme ser avaliado ou julgado por outros (LEIGH & CLARK, 2018; BERNIK & BRITO, 2021; DSM-5-TR (APA), 2023). Os pacientes que sofrem do transtorno se preocu-

pam em ser rejeitados, avaliados negativamente ou até ofender outras pessoas se agirem de certa forma ou demonstrarem sintomas de ansiedade como tropeçar nas palavras, tremer, transpirar ou ruborizar (LEIGH & CLARK, 2018; BERNIK & BRITO, 2021). Além disso, a automedicação para alívio dos sintomas ansiosos é frequentemente observado (DSM-5-TR (APA), 2023) (**Tabela 13.4**).

Tabela 13.4 Critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade social segundo o DSM-5-TR (CID F40.1)

A. Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. Exemplos incluem interações sociais (p. ex., manter uma conversa, encontrar pessoas que não são familiares), ser observado (p. ex., comendo ou bebendo) e situações de desempenho diante de outros (p. ex., proferir palestras). Nota: Em crianças, a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvem seus pares, e não apenas em interações com adultos.
B. O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente (i.e., será humilhante ou constrangedor; provocará a rejeição ou ofenderá a outros).
C. As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade. Observação: Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso chorando, com ataques de raiva, imobilidade, comportamento de agarrar-se, encolhendo-se ou fracassando em falar em situações sociais.
D. As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade.
E. O medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social e o contexto sociocultural.
F. O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses.
G. O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
H. O medo, ansiedade ou esquiva não é consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica
I. O medo, ansiedade ou esquiva não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental, como transtorno de pânico, transtorno dismórfico corporal ou transtorno do espectro autista.
J. Se outra condição médica (p. ex., doença de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimaduras ou ferimentos) está presente, o medo, ansiedade ou esquiva é claramente não relacionado ou é excessivo Especificar se: Somente desempenho: Se o medo está restrito à fala ou ao desempenhar em público.
Fonte: DSM-5-TR (APA)

Do ponto de vista epidemiológico, o TAS está entre os transtornos psiquiátricos mais prevalentes, apresentando taxas ao longo da vida entre 12% e 13% e início relativamente precoce, com idade média de 13 anos (BANDELOW & MICHAELIS, 2015; LEIGH & CLARK, 2018; BERNIK & BRITO, 2021). A hereditariedade constitui um fator de risco significativo, uma vez que indivíduos com parentes de primeiro grau diagnosticados com TAS apresentam de 2 a 6 vezes mais chances de desenvolver o transtorno. No entanto, a propensão ao transtorno de ansiedade social resulta de uma interação complexa entre fatores genéticos e experiências ambientais. Entre estes, destacam-se experiências sociais negativas, como *bullying* e maus-tratos, que podem aumentar a probabilidade da condição (BERNIK & BRITO, 2021; DSM-5-TR (APA), 2023).

Antes de fechar o diagnóstico de transtorno de ansiedade social é essencial descartar as seguintes condições: transtorno do espectro autista, transtorno delirante, transtorno dismórfico corporal, transtorno depressivo maior, mutismo seletivo, fobias específicas, TAG, transtorno de ansiedade de separação, transtorno de oposição desafiante, transtorno de personalidade evitativa, transtorno delirante persistente, esquizofrenia, TP e agorafobia. Ressalta-se que algumas dessas condições podem coexistir com o trans-

torno de ansiedade social, sendo possível o diagnóstico concomitante (BERNIK & BRITO, 2021; DSM-5-TR (APA), 2023). Além disso, a timidez, considerada um traço de personalidade, deve ser avaliada no diagnóstico diferencial, especialmente quando o impacto no funcionamento social ou profissional não satisfaz os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição, Texto Revisado (BERNIK E BRITO, 2021; DSM-5-TR (APA), 2023).

A decisão entre tratamento medicamentoso e não medicamentoso para indivíduos com TAS deve levar em conta as preferências do próprio paciente, uma vez que a psicoterapia pode ser desconfortável por envolver a exposição a situações que geram ansiedade. A curto prazo, a terapia cognitivo-comportamental e o tratamento medicamentoso apresentam efeitos semelhantes; no entanto, os efeitos da psicoterapia tendem a ser mais duradouros (BERNIK & BRITO, 2021). Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina e os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina são considerados primeira linha no tratamento farmacológico, sendo recomendada, após a estabilização dos sintomas, a manutenção da terapêutica por 3 a 6 meses para prevenir a sua recorrência (BERNIK & BRITO, 2021). O uso de benzodiazepínicos, betabloqueadores e anticonvulsivantes (gabapentina e pregabalina) como terapia adjuvante é eficaz, mas deve ser cuidadosamente monitorado devido aos riscos associados. Na ansiedade de desempenho, o propranolol ou outros betabloqueadores podem ser administrados cerca de 1 hora antes de apresentações para reduzir sintomas como tremor, sudorese e taquicardia (BERNIK & BRITO, 2021; ARCHER *et al*., 2025) (**Tabela 13.5**).

Tabela 13.5 Exemplos dos farmacos

Inibidores seletivos da recaptação da serotonina	Escitalopram Fluoxetina Fluvoxamina (para TP) Paroxetina Sertralina
Inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina:	Duloxetina (para TAG) Venlafaxina
Antidepressivos tricíclicos:	Amitriptilina Imipramina Nortriptilina Pregabalina Quetiapina
Benzodiazepinicos:	Alprazolam Clonazepam Diazepam Lorazepam
Anti-convulsivos:	Gabapentina Pregabalina
Betabloqueadores:	Propranolol Atenolol Pindolol Nadolol Betaxolol

Fonte: BERNIK & BRITO, 2021; ARCHER *et al*., 2025

CONCLUSÃO

Os transtornos de ansiedade representam um importante problema de saúde pública, dada sua elevada prevalência e impacto significativo na funcionalidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados (SZUHANY & SIMON, 2022). A identificação precoce e o diagnóstico adequado são fundamentais para prevenir a cronificação dos sintomas e reduzir prejuízos sociais e ocupacionais. Com a implementação de estratégias terapêuticas individualizadas, torna-se possível oferecer um cuidado contínuo, integrado e centrado no paciente, favorecendo melhor adesão ao tratamento, acompanhamento da evolução clínica e maiores chances de remissão e recuperação funcional a longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR: texto revisado. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

ARCHER, C. *et al*. Beta-blockers for the treatment of anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, v. 368, p. 90-99, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.09.068.

BANDELOW, B. & MICHAELIS, S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues in Clinical Neuroscience, v. 17, n. 3, p. 327–335, 2015. DOI: 10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow.

BERNIK, M. A. & BRITO, A. F. M. Transtornos de ansiedade. In: BERNIK, M. A. (org.). Clínica psiquiátrica: guia prático. 2. ed. São Paulo: cap. 18, p. 199–217, Manole, 2021.

CRASKE, M. G. *et al*. Anxiety disorders. Nature Reviews Disease Primers, v. 3, 17024, 2017. DOI: 10.1038/nrdp.2017.24.

DEGEORGE, K. C. *et al*. Generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. American Family Physician, v. 106, n. 2, p. 143–150, 2022. DOI: 10.1002/cpp.703.

DISSANAYAKA, N. N. *et al*. Anxiety rating scales in Parkinson's disease: a critical review updating recent literature. International Psychogeriatrics, v. 27, n. 11, p. 1777–1784, 2015. DOI: 10.1017/S1041610215000885.

GUAN, X. & CAO, P. Brain mechanisms underlying panic attack and panic disorder. Neuroscience Bulletin, v. 40, n. 6, p. 795–814, 2024. DOI: 10.1007/s12264-023-01088-9.

HOUCK, P. R. *et al*. Reliability of the self-report version of the panic disorder severity scale. Depression and Anxiety, v. 15, n. 4, p. 183–185, 2002. DOI: 10.1002/da.10049.

LEIGH, E. & CLARK, D. M. Understanding social anxiety disorder in adolescents and improving treatment outcomes: applying the cognitive model of Clark and Wells (1995). Clinical Child and Family Psychology Review, v. 21, n. 3, p. 388–414, 2018. DOI: 10.1007/s10567-018-0258-5.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Anxiety disorders. Fact sheet. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders. Acesso em: 16 fev. 2026.

SPYTSKA, L. Anxiety and depressive personality disorders in the modern world. Neuroscience Bulletin, v. 40, 2024. DOI: 10.1002/cpp.703.

STRÖHLE, A. *et al* The diagnosis and treatment of anxiety disorders. Deutsches Ärzteblatt International, v. 115, n. 37, p. 611–620, 2018. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0611.

SZUHANY, K. L. & SIMON, N. M. Anxiety disorders: a review. JAMA, v. 328, n. 24, p. 2431–2445, 2022. DOI: 10.1001/jama.2022.22744.

WUYEK, L. A. *et al*. Psychometric properties of the panic disorder severity scale: clinician-administered and self-report versions. Clinical Psychology & Psychotherapy, v. 18, n. 6, p. 487–495, 2011. DOI: 10.1002/cpp.703.