

BMJ Best Practice

Transtorno da ansiedade social

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Jul 13, 2018

Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Rastreamento	6
Diagnóstico	8
Caso clínico	8
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Fatores de risco	10
Anamnese e exame físico	11
Exames diagnóstico	12
Diagnóstico diferencial	13
Critérios de diagnóstico	15
Tratamento	16
Abordagem passo a passo do tratamento	16
Visão geral do tratamento	21
Opções de tratamento	23
Novidades	42
Acompanhamento	44
Recomendações	44
Complicações	45
Prognóstico	45
Diretrizes	46
Diretrizes de diagnóstico	46
Diretrizes de tratamento	46
Recursos online	48
Nível de evidência	49
Referências	51
Aviso legal	61

Resumo

- ◇ Caracterizado por um medo excessivo de situações sociais e de desempenho, nas quais o indivíduo tem receio de ficar constrangido ou ser avaliado negativamente pelos outros.
- ◇ Um dos transtornos mentais mais comuns e prejudiciais com um alto risco de comorbidades, como ansiedade, transtorno depressivo e transtornos relacionados ao uso/abuso de substâncias.
- ◇ A avaliação é baseada em autorrelato, entrevista clínica e observação comportamental.
- ◇ Inibidores seletivos da recaptação da serotonina, inibidores da recaptação de serotonina-noradrenalina e terapia cognitivo-comportamental são considerados os tratamentos de primeira linha.
- ◇ Tipicamente são necessários o tratamento clínico e o monitoramento em longo prazo, já que os pacientes são propensos à recaída após a descontinuação do tratamento agudo.

Definição

O quadro clínico envolve um medo excessivo de situações sociais ou de desempenho. O indivíduo frequentemente terá medo de ficar constrangido ou se preocupa sobre ser avaliado negativamente pelos outros. A ansiedade antecipatória e a evitação situacional são comuns, e o indivíduo pode enfrentar situações sociais com um alto nível de desconforto. O escopo da ansiedade pode ser concentrado em tipos específicos de situações sociais ou ser generalizado a qualquer encontro social.

Epidemiologia

Está entre os transtornos de ansiedade mais comuns e funcionalmente prejudiciais. Embora possa se desenvolver em qualquer período da vida, a média de idade de início tende a ser durante a terceira infância e adolescência.[1] [2] [3] Nos EUA, as estimativas ao longo da vida variam entre 5% e 12% em estudos de comunidades e até 7% em cenários de atenção primária.[1] [4] [5] A prevalência da ansiedade social na pré-adolescência é de 3.5%, com aumento das taxas em cerca de 14% durante a adolescência.[1] [6] As taxas de transtorno da ansiedade social em outros países ocidentais são similares às dos EUA.[2] A incidência na Europa entre os indivíduos na faixa etária de 10 a 19 anos foi de 0.72%.[7] A distribuição de gêneros geralmente tende a ser igual durante a pré-adolescência, tornando-se cada vez mais comum no sexo feminino que no masculino ao longo da adolescência e idade adulta. Estima-se que 70% a 80% dos indivíduos com transtorno da ansiedade social apresentem ansiedade concomitante com transtornos de humor e transtornos relacionados com substâncias.[8] As variantes culturais da ansiedade social estão presentes nas culturas asiáticas e orientais e podem envolver medos como ofender outras pessoas ou fazer com que os outros fiquem desconfortáveis. Variações transculturais na manifestação da ansiedade devem ser cuidadosamente avaliadas.[9]

Etiologia

Uma combinação de fatores biológicos, familiares, de experiência e culturais contribui para o risco de desenvolver ansiedade social.[10] Em comparação com dados da população geral, os parentes de primeiro grau são até 6 vezes mais predispostos a apresentarem risco de ansiedade social.[11] As taxas de concordância em gêmeos monozigóticos são aproximadamente 24% e, para gêmeos dizigóticos, cerca de 15%.[12] Fatores de temperamento, como inibição comportamental, timidez, introversão e sensibilidade à ansiedade, também foram implicados como fatores de risco para a ansiedade social.[13] Fatores familiares, como controle excessivo dos pais, superproteção e falta de afeto, também podem contribuir para estilos de apego inseguros e para o risco de ansiedade social.[10] Experiências de vida adversas, incluindo transições, humilhação, perdas e pobreza, também podem atuar no desenvolvimento da ansiedade social.[10] Os modelos de condicionamento da ansiedade propõem que vários estímulos sociais possam desenvolver a capacidade de provocar sintomas relacionados à ansiedade. A fuga aprendida e os comportamentos de evitação perpetuam a ansiedade, interferem no desenvolvimento de habilidades e podem causar níveis crescentes de comprometimento funcional e incapacidade com o passar do tempo. De maneira similar, comportamentos de segurança, como entrar em uma situação social com uma companhia confiável, evitar contato visual e ficar na periferia de reuniões sociais, também podem perpetuar os prejuízos relacionados à ansiedade.[14] Pode-se desenvolver uma atenção seletiva a estímulos sociais de avaliação negativa e a estímulos internos que dão suporte à percepção de perigo.[15]

Fisiopatologia

A ansiedade social é caracterizada por excitação autonômica intensificada por estímulos e novidades sociais. O processamento do medo parece ser mediado pela amígdala, com estudos de neuroimagem mostrando ativação exagerada nesta área cortical quando há exposição a novos estímulos faciais.[16] Estudos de neuroimagem mostraram reduzir a atividade nas regiões pré-frontais do cérebro responsáveis pelo processamento do medo, depois de farmacoterapia e psicoterapia.[17] De forma similar, a ativação da amígdala à novidade foi observada entre indivíduos com temperamento de inibição comportamental.[18] Outros modelos fisiopatológicos sugerem que a hiper-reatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal a estímulos ambientais pode estar envolvida no transtorno da ansiedade social.[19] [20] Estudos genômicos estão surgindo e as pesquisas disponíveis sugerem que o cromossomo 16 é uma potencial região candidata para ansiedade social.[21] A ativação no córtex visual de ordem superior por estímulos sociais seletivos parece ser responsável pela importante variação na resposta à terapia comportamental.[22]

Prevenção primária

Isso pode ser uma condição crônica e incapacitante com elementos de medo crônico e inibição comportamental na criança. O reconhecimento precoce e a detecção de prejuízos durante a infância, aliado à adesão ao tratamento baseado em evidências em um período precoce da vida, podem estabelecer a trajetória para que ansiedade social persista na idade adulta. Intervenções educacionais-comportamentais direcionadas a crianças mais velhas/adolescentes, pais, funcionários da escola e profissionais da saúde mostraram reduzir as taxas de incidência de síndrome para a ansiedade social no acompanhamento de 1 ano em comparação à condição controle.[24]

O betabloqueador propranolol demonstrou eficácia no uso em dose única para situações isoladas de ansiedade social, como ansiedade de desempenho, mas não há suporte para o uso de rotina em ensaios clínicos.[25] [26] Ele não é recomendado no transtorno da ansiedade social generalizada, já que ensaios clínicos controlados repetidos não demonstraram vantagem em relação ao placebo.[27] [28] [29] [30] [31]

Rastreamento

Questionários de autoavaliação breves (por exemplo, Transtorno de Ansiedade Generalizada 7 [GAD-7],[38] Escala de Liebowitz para Ansiedade Social (LSAS),[39] e Mini-Inventário de Fobia Social (Mini-SPIN)) [40] podem ser usados para rastrear a presença de sintomas significativos de ansiedade na atenção primária.

Medidas de autoavaliação mais específicas para o transtorno da ansiedade social foram desenvolvidas, embora sua administração possa levar mais tempo que os instrumentos de rastreamento da ansiedade generalizada citados acima.

As medidas de autoavaliação devem servir como um indicador para perguntas de uma entrevista de acompanhamento adicional para avaliar as principais características do transtorno da ansiedade social (por exemplo, medo excessivo de ser avaliado negativamente ou de ficar constrangido em situações sociais, e a extensão da evitação decorrente da ansiedade). Elas também podem ser usadas repetidamente ao longo do tempo para servir como um indicador da resposta ao tratamento.

A ansiedade social é altamente comórbida com a depressão; portanto, também deve ser considerada uma medida de rastreamento breve para a depressão, como o Questionário sobre a saúde do(a) paciente-9 (PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9).[8]

Escala de Liebowitz para Ansiedade Social (LSAS)

A LSAS é uma medida de autorrelato com 24 itens para os sintomas da ansiedade social.[39] Os respondentes classificam o grau de ansiedade e a extensão que evitam situações relacionadas ao desempenho e de interação social. Um escore da LSAS de 80-120 indica transtorno grave, de 60-80 indica transtorno moderado e 40-60 indica transtorno leve.[28]

Mini-Inventário de Fobia Social (Mini-SPIN)

O Mini-SPIN é uma breve medida com 3 itens para o rastreamento de sintomas da ansiedade social generalizada. Sua brevidade e especificidade o tornam adequado para a administração na atenção primária.[40] Um ponto de corte de 6 ou superior indica uma triagem positiva para transtorno da ansiedade social.

PHQ-9

O PHQ-9 é uma medida com 9 itens que pode ser usada como uma ferramenta de diagnóstico e manejo para a depressão.[41] Ele classifica os sintomas atuais em uma escala de 0 (nenhum sintoma) a 3 (sintomas diários). Pontuações do PHQ-9 de 0-4 estão na faixa normal; pontuações de 5-9 indicam sintomas depressivos na faixa leve; pontuações de 10-14 indicam sintomas depressivos na faixa moderada; pontuações de 15-19 indicam sintomas depressivos na faixa moderada a grave; pontuações de 20 ou

superiores indicam sintomas depressivos na faixa grave. O PHQ-9 foi validado para o uso no ambiente da atenção primária.

Transtorno de Ansiedade Generalizada 7 (TAG-7)

O TAG-7 é uma breve medida para rastreamento que avalia a ansiedade na atenção primária. Sete itens são pontuados em uma escala de 0 a 3, com uma pontuação total de 8 ou mais indicando um provável transtorno de ansiedade.[5] [38]

Ele pode ser usado para avaliar a presença de transtorno de ansiedade generalizada comórbida no planejamento do tratamento.

- 0-4: normal; reaplicar no futuro para o monitoramento.
- 5-9: sintomas leves de ansiedade; continuar a monitorar no acompanhamento.
- 10 a 14: sintomas moderados de ansiedade; possível presença de transtorno de ansiedade comórbida.
- 15 a 21: sintomas graves de ansiedade; presença provável de transtorno de ansiedade comórbida.

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

A HADS é uma ferramenta de rastreamento por autoavaliação para a ansiedade generalizada e depressão composta de um questionário com 14 afirmações, 7 relacionadas à ansiedade generalizada e 7 à depressão. Cada afirmação é classificada em uma escala de 4 pontos (0-3), permitindo um intervalo de pontos de 0-21 para a ansiedade generalizada e de 0-21 para a depressão. Dependendo do escore exato obtido, cada estado do humor pode ser dividido em 4 categorias: normal, leve, moderado e grave.[42] [43]

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de 53 anos de idade apresenta ansiedade social de longa duração, desde sua infância. Ela sempre fica tímida e constrangida ao lado de outras pessoas e acredita que nunca sabe o que dizer ou como agir. Ela nunca namorou, e relata poucos amigos ao longo de sua vida. Ela trabalha como programadora de computador, de modo que não precisa interagir com outras pessoas presencialmente. Ela deixou passar oportunidades de promoção no trabalho, já que elas exigiriam uma função mais interativa com outras pessoas. Ela frequentemente se sente fisicamente tensa, nervosa, nauseada e ruborizada, mesmo durante interações casuais. Depois dessas situações, ela frequentemente relembra esses eventos de uma maneira extremamente autocrítica. Ela passa a maior parte do tempo sozinha e não tem habilidades sociais. Algumas vezes, é descrita pelos outros como "estranha" ou "solitária". Ela evita quase todas as situações sociais.

Caso clínico #2

Um estudante do sexo masculino no primeiro ano na universidade relata estresse crescente. Apesar de historicamente ter se saído bem nos estudos e de parecer bastante extrovertido, a transição para a universidade foi difícil e suas notas têm decaído. Ele tem medo de atrair atenção para si mesmo nas aulas fazendo "perguntas estúpidas" e tem evitado encontrar seus professores e assistentes. Ele apresenta uma dificuldade particular em seminários e apresentações, nos quais há menos oportunidade de se esconder que em um anfiteatro para palestras. Ele sente sua boca ficar seca e seu coração disparar até mesmo quando só pensa em tentar obter ajuda. Ele se tornou mais recluso, está começando a se sentir mais deprimido e recentemente começou a faltar aulas.

Outras apresentações

Muitos indivíduos com ansiedade social frequentemente irão relatar sensações semelhantes ao pânico provocadas pela antecipação, ou pela experiência real, de situações temidas. Em relação a outros transtornos de ansiedade, a ansiedade social está associada a um alto risco de transtorno depressivo comórbido e transtornos relacionados a substâncias. Em apresentações mais graves, a ansiedade social frequentemente é de longa duração e o indivíduo pode estar evitando quase todos os encontros sociais, tornando a adesão ao tratamento difícil. As apresentações de ansiedade social na infância podem incluir inibição comportamental, choro, acessos de raiva, recusa da escola e ansiedade da separação dos cuidadores, as quais seriam consideradas anormais no desenvolvimento.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Assim como em outros transtornos de ansiedade, os indivíduos com ansiedade social frequentemente protelam por longos períodos a procura por atendimento médico e psiquiátrico.^{[32] [33]} O diagnóstico baseia-se na história autorrelatada do paciente, em entrevista clínica e na observação de comportamento. Em geral, não são necessários achados objetivos baseados no exame físico ou em exames laboratoriais.

História

Todos os pacientes devem satisfazer os seguintes critérios de diagnósticos para o transtorno da ansiedade social:[34]

- Medo ou ansiedade acentuada em uma ou mais situações sociais ou de desempenho, nas quais a pessoa é exposta a uma possível avaliação por outros.
- Medo de que irão agir (ou apresentar sintomas de ansiedade) de uma maneira que seja humilhante, constrangedora ou que serão rejeitados por outros.
- A exposição à situação social temida quase invariavelmente provoca ansiedade ou um ataque de pânico. O medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real da situação.
- Situações sociais ou de desempenho temidas são evitadas ou enfrentadas com ansiedade ou sofrimento intenso.
- O medo ou a evitação interferem de maneira significativa na rotina, no funcionamento ocupacional ou nas atividades sociais normais da pessoa.
- A duração dos sintomas deve ser de pelo menos 6 meses (tanto em crianças quanto em adultos).
- O medo ou a evitação não são decorrentes de efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou quadro clínico geral, e não são mais bem explicados por nenhum outro transtorno mental.
- Se alguma condição médica geral ou outro transtorno mental estiver presente, o transtorno da ansiedade social não está relacionado a eles.

Embora o transtorno da ansiedade social tenda a ter início durante a terceira infância e adolescência, é comum uma história de inibição comportamental, timidez, introversão e ansiedade de separação na infância. Os indivíduos ansiosos tipicamente relatarão que enfrentam a sua ansiedade adotando um comportamento de evitação, buscando segurança em companhias confiáveis ou usando substâncias, as quais provavelmente contribuem para manter os prejuízos ao longo do tempo. O comprometimento funcional nos domínios pessoal, social e ocupacional é comum. A depressão e a ansiedade social estão fortemente correlacionadas. Os casos que apresentam a depressão como a preocupação primária devem ser rastreados para uma história de ansiedade social. É comum uma história de fobias e/ou de ansiedade de separação antes do início da ansiedade social.

As seguintes questões curtas de rastreamento durante a entrevista clínica podem auxiliar no reconhecimento de estímulos, sintomas e comportamentos da ansiedade social:

- Você se sente ansioso ou desconfortável quando está com outras pessoas?
- Situações sociais fazem com que você fique ansioso ou nervoso?
- Você se preocupa em ficar constrangido ou ser criticado por outros?
- De que maneiras essa ansiedade interferiu na sua vida? Você evita situações por causa de sua ansiedade?
- Você precisa usar álcool ou outras substâncias para se sentir confortável em situações sociais?

Tipicamente, os pacientes relatam um processamento pós-evento no qual têm a tendência de relembrar os encontros sociais de uma maneira negativa e autocrítica. Eles também podem apresentar vieses de atenção, por meio dos quais dão atenção maior a estímulos de ameaças com avaliação negativa e uma menor atenção a estímulos benignos ou positivos.

Em crianças, a ansiedade social pode se manifestar como choro, acessos de raiva, "paralisia" ou apego a objetos (clinging), quando certas situações sociais não podem ser evitadas. Os pais podem revelar qualquer história de timidez, introversão, inibição ou apego com insegurança na infância. Nem sempre as crianças reconhecem seus medos como irracionais. A avaliação pode ser posteriormente ampliada

por meio de entrevistas com informantes-chaves com membros da família, com relação aos fatores de desenvolvimento e temperamento.

Exame físico

O exame físico tipicamente não revela achados objetivos em um paciente com transtorno da ansiedade social. Entretanto, os indivíduos podem ficar visivelmente ansiosos, nervosos ou constrangidos ao discutirem sua ansiedade. Além disso, o contato visual pode ser baixo e podem exibir outros sinais de dificuldades em habilidades sociais (por exemplo, postura fechada, tom de fala comedido, dificuldades de iniciar conversas). Os indivíduos podem apresentar sintomas que sugerem atividade elevada do sistema nervoso simpático (por exemplo, taquicardia, hiperventilação, sudorese, rubor).

Exames laboratoriais

Tipicamente, não são indicados. Entretanto, para níveis de intensos e persistentes de ansiedade, os médicos podem considerar a realização de um exame de rotina do perfil sanguíneo e de testes da função tireoidiana para descartar fatores biológicos que possam contribuir para o quadro clínico (por exemplo, hipertireoidismo). A análise toxicológica também pode ser indicada, já que o uso de álcool, maconha e nicotina pode ser desproporcionalmente alto entre indivíduos com ansiedade social.

Fatores de risco

Fortes

comorbidade psiquiátrica (por exemplo, transtornos de ansiedade, humor e abuso de substâncias)

- O transtorno da ansiedade social é altamente comórbido com outros transtornos de ansiedade, humor e abuso de substâncias.[8]

genética

- Em comparação com dados da população geral, os parentes de primeiro grau são até 6 vezes mais predispostos a apresentarem risco de ansiedade social.[11]

fatores de temperamento

- Esses fatores, especialmente a inibição comportamental em crianças, estão associados a um maior risco de ansiedade social na idade adulta.[13]

estilo de criação

- Postula-se a existência de uma relação bidirecional entre os estilos de criação e a ansiedade na infância. Os estilos de criação, como críticas, superproteção, controle excessivo e falta de afeto, podem criar um estilo de apego inseguro, o qual pode conferir maior risco de desenvolvimento da ansiedade social.[10] Da mesma forma, crianças com temperamento introvertido e ansioso podem moldar e alterar o estilo de criação, fazendo com que os pais se tornem superprotetores e excessivamente controladores.

transtorno psicológico

- Transtornos de ansiedade na primeira infância, especialmente a ansiedade de separação e outras fobias, estão associados a um risco elevado de ansiedade social na idade adulta.[23]

estressores da vida

- Transições, perdas, bullying e episódios de constrangimento podem contribuir para o risco de ansiedade social.[10]

fatores ambientais

- Eventos marcantes na vida, incluindo transições, estresse, perdas, bullying e episódios de constrangimento, podem contribuir para o risco de ansiedade social.[10]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico**presença de fatores de risco (comum)**

- Os principais fatores de risco que estão fortemente associados ao transtorno da ansiedade social incluem outros transtornos de ansiedade, de humor e abuso de substâncias, além de uma história familiar positiva.[8]

ansiedade antecipatória e preocupação (comum)

- Preocupação excessiva sobre ser avaliado ou criticado negativamente por outros. Medo de ficar constrangido ou preocupação de que os sintomas da ansiedade estejam visíveis a outros.

taquicardia (comum)

- Atividade aumentada do sistema nervoso simpático que é observável, ou percebida como observável, por outros.

hiperventilação (comum)

- Atividade aumentada do sistema nervoso simpático que é observável, ou percebida como observável, por outros.

sudorese (comum)

- Atividade aumentada do sistema nervoso simpático que é observável, ou percebida como observável, por outros.

rubor (comum)

- Atividade aumentada do sistema nervoso simpático que é observável, ou percebida como observável, por outros.

tensão muscular (comum)

- Atividade aumentada do sistema nervoso simpático que é observável, ou percebida como observável, por outros.

Outros fatores de diagnóstico**processamento pós-evento (comum)**

- Tendência de relembrar os encontros sociais de uma maneira negativa e autocrítica.

vieses de atenção (comum)

- Atenção maior a estímulos de ameaças com avaliação negativa e uma menor atenção a estímulos benignos ou positivos.

deficits de habilidades sociais (comum)

- Pouco contato visual, postura fechada, tom de fala comedido e dificuldades de iniciar conversas podem ser comuns.

choro, acessos de raiva ou "paralisia" (comum)

- Manifestações na infância de sofrimento associados à ansiedade social.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
diagnóstico clínico <ul style="list-style-type: none"> • Em geral, não são necessários achados objetivos baseados no exame físico ou em exames laboratoriais. 	baseado na história autorrelatada do paciente, em entrevista clínica e na observação de comportamento

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
glicose sanguínea <ul style="list-style-type: none"> • Exames laboratoriais ou estudos de imagem tipicamente não são indicados para o transtorno da ansiedade social. • Pode ser indicada em quadros clínicos graves para descartar a hipoglicemia como fator que contribui para o quadro clínico. 	pode ser normal ou anormal
hormônio estimulante da tireoide sérico <ul style="list-style-type: none"> • Exames laboratoriais ou estudos de imagem tipicamente não são indicados para o transtorno da ansiedade social. • Pode ser indicado em quadros clínicos graves para descartar o hipertireoidismo como fator contribuinte. 	pode ser normal ou anormal
análise toxicológica (urina e sangue) <ul style="list-style-type: none"> • Uma análise toxicológica pode determinar se álcool ou substâncias ilícitas estão contribuindo para o quadro clínico. • Nessa situação, a análise toxicológica tipicamente envolve o rastreamento de álcool na urina e no sangue, mas também pode incluir o rastreamento de substâncias ilícitas. 	pode ser positiva se o álcool ou drogas ilícitas forem fatores contribuintes

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Fobias	<ul style="list-style-type: none"> Medo excessivo ou irreal de situações ou objetos específicos, em vez de medo de ficar constrangido ou ser avaliado negativamente. A ansiedade é estimulada pela exposição real ou esperada a estímulos fóbicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica estruturada.
Transtorno de pânico	<ul style="list-style-type: none"> Alta ansiedade antecipatória em várias situações sociais. Ataques de pânico inesperados e recorrentes na ausência de estímulos fóbicos. Os pacientes podem interpretar seus sintomas físicos intensos como ameaçadores ou perigosos. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica estruturada.
Agorafobia	<ul style="list-style-type: none"> Medo de situações sociais das quais a saída parece ser difícil ou pode não haver ajuda disponível caso eles se tornem incapacitados pela sua ansiedade. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica estruturada.
Transtorno de ansiedade generalizada	<ul style="list-style-type: none"> A ansiedade tem uma natureza mais difusa, caracterizada por preocupação pervasiva em diversos domínios como saúde, relações, finanças e trabalho/escola. A ansiedade não é especificamente estimulada por situações sociais ou medo de avaliações negativas. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica estruturada.
Transtorno do estresse pós-traumático	<ul style="list-style-type: none"> Inicia-se após um fator estressor com potencial risco de vida. Outros sintomas diferenciais incluem anestesia emocional e nova revivência do trauma. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica estruturada.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Transtorno de ansiedade de separação	<ul style="list-style-type: none"> As sensações de ansiedade são estimuladas pela separação percebida ou real dos membros familiares, e não por medo de ser criticado ou avaliado negativamente pelos outros. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica estruturada.
Transtorno da personalidade esquiva (TPE)	<ul style="list-style-type: none"> Padrão pervasivo de inibição social, sentimento de inadequação e hipersensibilidade à avaliações negativas. O TPE também pode ser diferenciado por meio de evitação não social, incluindo a evitação de situações novas e de afeto positivo.[35] Cerca de 36% dos casos de ansiedade social são comórbidos com o TPE, de forma que alguns autores discutem se o TPE é uma forma mais extrema e grave do transtorno da ansiedade social generalizada.[36] [37] 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica estruturada.
Transtorno de comunicação social (pragmático)	<ul style="list-style-type: none"> Dificuldades persistentes datadas do período de desenvolvimento de comunicação verbal ou não verbal inapropriada que não é explicada por habilidade cognitiva baixa. Pode apresentar dificuldades no entendimento de relacionamentos sociais, incluindo respostas inapropriadas durante interações sociais. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica estruturada.
Abuso de substâncias	<ul style="list-style-type: none"> Sensações de pânico e ansiedade são causadas por efeitos fisiológicos diretos do abuso de substâncias ou como resultado da abstinência de tal substância. 	<ul style="list-style-type: none"> Exame de sangue e urina para substâncias ilícitas.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Hipertireoidismo	<ul style="list-style-type: none"> Os pacientes podem apresentar perda de peso inexplicada, palpitações, tremores, fraqueza muscular ou protrusão inexplicada dos olhos. 	<ul style="list-style-type: none"> O hormônio estimulante da tireoide sérico se mostra baixo em casos de hipertireoidismo.
Abuso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> Os sintomas induzidos pelo álcool apresentam início com o uso do álcool e recrudescência depois que o álcool foi metabolizado. 	<ul style="list-style-type: none"> Exame de urina e de sangue para o álcool.

Critérios de diagnóstico

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5)[34]

- Medo ou ansiedade acentuada em uma ou mais situações sociais ou de desempenho, nas quais a pessoa é exposta a uma possível avaliação por outros.
- Medo de que irão agir (ou apresentar sintomas de ansiedade) de uma maneira que seja humilhante, constrangedora ou que serão rejeitados por outros.
- A exposição à situação social temida quase invariavelmente provoca ansiedade ou um ataque de pânico. O medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real da situação.
- Situações sociais ou de desempenho temidas são evitadas ou enfrentadas com ansiedade ou sofrimento intenso.
- O medo ou a evitação interferem de maneira significativa na rotina, no funcionamento ocupacional ou nas atividades sociais normais da pessoa.
- Para crianças e adultos, a duração dos sintomas deve ser de pelo menos 6 meses.
- O medo ou a evitação não são decorrentes de efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou quadro clínico geral, e não são mais bem explicados por nenhum outro transtorno mental.
- Se alguma condição médica geral ou outro transtorno mental estiver presente, o transtorno da ansiedade social não está relacionado a eles.

O diagnóstico pode ser descrito adicionalmente como "apenas de desempenho" se a ansiedade se manifestar especificamente em atividades como falar ou apresentar-se em público em um grau no qual exista um comprometimento funcional acentuado (por exemplo, interferindo na capacidade de trabalhar).

Em crianças:

- A ansiedade deve ocorrer em situações de interação com colegas, e não apenas com adultos
- A ansiedade também pode ser expressada por choro, acessos de raiva, "congelamento" ou retraimento em situações sociais com pessoas desconhecidas.

Abordagem passo a passo do tratamento

Os objetivos primários do tratamento são:

- Reduzir a ansiedade vivenciada em situações sociais
- Melhorar a tolerância ao desconforto em situações sociais
- Reduzir os comportamentos de evitação e busca de segurança
- Melhorar a capacidade funcional
- Reduzir a ansiedade antecipatória
- Tratar as comorbidades clínicas.

A orientação do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) no Reino Unido recomenda terapia cognitivo-comportamental (TCC) individual como a opção de tratamento de primeira linha para o transtorno da ansiedade social.[44] A orientação do NICE recomenda farmacoterapia como uma opção de segunda linha em decorrência da adesão terapêutica variável, do desgaste do tratamento, dos efeitos colaterais e do potencial para sintomas de descontinuação.

Ao discutir as opções de tratamento, o médico deve considerar a história de tratamento pregressa, as preferências do paciente, os transtornos concomitantes e custo-efetividade. Um corpo de evidências substancial dá suporte aos antidepressivos serotoninérgicos ou à TCC como opções de tratamento de primeira linha para o transtorno da ansiedade social.[2] [45] 1[A]Evidence Apesar de algumas evidências sugerirem que as taxas de recidiva possam ser atenuadas em grupos que recebem certo grau de TCC combinada à farmacoterapia, a superioridade dessa terapia combinada em relação à monoterapia não foi estabelecida.[2] [47] [48]

Para crianças e adolescentes, a TCC e as intervenções familiares são preferidas como intervenções de primeira linha em relação à farmacoterapia isolada.[49] Caso as populações mais jovens apresentem uma resposta inferior à ideal em relação às intervenções comportamentais, então pode-se considerar a terapia combinada de inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS) com TCC. Evidências sugerem que a combinação de TCC e sertralina pode ser superior à TCC ou à sertralina isoladas em pacientes de 7 a 17 anos de idade com transtornos de ansiedade.[50] [51]

A comorbidade com outros transtornos de ansiedade, humor ou relacionados ao abuso de substâncias é comum na ansiedade social e pode complicar a resposta às intervenções padrão.

Tratamento psicológico

A preferência e motivação do paciente são extremamente importantes na escolha da modalidade do tratamento. Para os pacientes que escolhem o tratamento psicológico, a TCC demonstrou ser um tratamento eficaz para o transtorno da ansiedade social em crianças, adolescentes e adultos.[2] [48] [52] [53] [54] [55] [56] [57] 2[A]Evidence A TCC é considerada como intervenção de primeira linha para crianças e adolescentes com transtorno da ansiedade social.[49] Recomenda-se encaminhamento a um profissional da saúde especializado em TCC independente da intensidade fóbica.

A TCC é uma abordagem baseada em habilidades projetada para modificar pensamentos disfuncionais, comportamentos de evitação e contingências ambientais que estão mantendo ou exacerbando os sintomas e os prejuízos. O tratamento pode ser administrado em cenários individuais ou em grupos. Entretanto, algumas evidências sugerem que as intervenções individuais apresentam tamanhos de efeito maiores que as modalidades em grupo.[58] O tratamento deve durar pelo menos 12 semanas. Os

ganhos observados com a TCC parecem ser mantidos durante 6 a 12 meses no acompanhamento após a finalização do tratamento.[28]

Pode ser indicado o treinamento adicional em técnicas de relaxamento a fim de controlar os sintomas físicos, embora os componentes primários da terapia devam envolver a exposição sistemática e a reestruturação cognitiva.[53] A terapia de exposição envolve o aumento gradual da tolerância dos pacientes a situações anteriormente evitadas (por exemplo, iniciar conversas, apresentar um trabalho). O objetivo é fazer com que o paciente se mantenha em uma situação temida por um período de tempo longo o suficiente para permitir que o medo diminua, sem tentar escapar da situação ou engajar em comportamento de evitação nem depender de pistas indicativas de segurança (por exemplo, álcool). Exposições repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis estão associadas a desfechos ideais. A exposição também fornece a oportunidade de desafiar crenças negativas e praticar as habilidades sociais. Em alguns casos, a exposição gradual, repetitiva e controlada a sensações físicas relevantes e desconfortáveis (por exemplo, taquicardia, sudorese, rubor) pode, com o tempo, diminuir as crenças temidas e aumentar a tolerância a essas situações. A reestruturação cognitiva envolve um aprendizado sistemático de como desafiar as crenças negativas que perpetuam os comprometimentos funcionais e padrões de evitação. Algumas evidências sugerem que a reestruturação cognitiva pode ser um componente até mais importante para o tratamento da ansiedade social que a exposição.[59]

O treinamento de habilidades sociais não é considerado eficaz como uma intervenção isolada para o transtorno da ansiedade social. Em vez disso, elementos dessa abordagem (por exemplo, contato visual, iniciar conversar rápidas) são tipicamente incorporados dentro de um programa de TCC.[53] Entretanto, o treinamento das habilidades sociais e o comprometimento dos pais no tratamento podem ser particularmente importantes em crianças mais novas. Os manuais de autoajuda baseados em princípios da TCC podem ser uma opção de tratamento de escolha e custo-efetiva para alguns pacientes. As estratégias de tratamento também podem incluir os membros familiares para ajudar a maximizar a consistência do paciente às intervenções recomendadas.

Abordagem de base populacional

O estudo CALM (Coordinated Anxiety Learning and Management) é um ensaio clínico randomizado e controlado, multicêntrico em grande escala que avalia a eficácia e a efetividade de intervenções baseadas em evidências (TCC e/ou farmacoterapia) para transtornos de ansiedade múltiplos na atenção primária. Em relação aos cuidados habituais, os pacientes envolvidos no modelo do CALM de cuidados colaborativos apresentaram redução significativa dos sintomas de ansiedade, dos comprometimentos funcionais e uma melhor qualidade de atendimento.[60] O CALM mostrou ser superior ao tratamento usual do transtorno da ansiedade social no intervalo de acompanhamento de 6 meses.[61] O programa IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) foi projetado para aumentar a disponibilidade de abordagens baseadas em evidências para o tratamento de doenças da saúde mental em coordenação com o National Health Service (NHS), incluindo a ansiedade. Pesquisas relacionadas aos efeitos específicos dos serviços do IAPT sobre a ansiedade social estarão disponíveis em breve.[62]

Terapia farmacológica

Para os pacientes que escolhem o tratamento farmacológico, as intervenções que demonstraram eficácia no tratamento do transtorno da ansiedade social incluem: ISRSs, inibidores da recaptação de serotonina-noradrenalina (IRSNs), inibidores da monoaminoxidase (IMAOs), alguns anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina) e benzodiazepínicos.[45] [56] [63] [64] 3[A]Evidence Diretrizes de prática também sugerem que pacientes recebendo farmacoterapia para ansiedade devem ser instruídos sobre os princípios da

terapia de exposição para gradualmente encarar seus medos.[48] Um eletrocardiograma (ECG) pode ser realizado como uma base para extensão do QT antes do tratamento com inibidor seletivo de recaptação de serotonina/inibidor da recaptação de serotonina-noradrenalina (ISRS/IRSN).

Antidepressivos serotoninérgicos

- Farmacoterapia de primeira linha devido à robusta base de evidências, ao melhor perfil de efeitos adversos, à eficácia na depressão comórbida e à falta de predisposição ao abuso.[66] [67]
- Mais de 20 ensaios clínicos randomizados e controlados dão suporte à eficácia dos ISRSs, tendo a sertralina, a paroxetina e o escitalopram os dados mais robustos.[65] [68] [69] 4[A]Evidence
- A fluoxetina apresenta evidências menos consistentes, mas também é uma opção eficaz.[2] [70]
- O IRSN venlafaxina também é eficaz,[71] 5[B]Evidence embora alguns autores sugiram que o bloqueio da recaptação noradrenérgica pode não ser necessário para uma resposta.[2] Recomenda-se paciência, já que 25% dos indivíduos que não respondem até a semana 8 irão responder até a semana 12.[72]
- Depois da resposta, o tratamento por até 12 meses ou mais é recomendado para prevenir recidiva.[73] [74] [75] 6[A]Evidence
- A maioria dos efeitos adversos limita-se ao período de titulação da dose e deve ser discutida com o paciente antecipadamente, além do monitoramento rigoroso para garantir a adesão terapêutica à medicação.
- Em crianças e adolescentes com uma resposta inferior à ideal em relação às intervenções comportamentais, pode-se considerar a terapia combinada de ISRS com TCC. Evidências sugerem que a combinação de TCC e sertralina pode ser superior à TCC ou à sertralina isoladas em uma amostra mista de pacientes entre 7 e 17 anos de idade.[50]

Benzodiazepínicos

- O tratamento do transtorno da ansiedade social é complicado pela alta taxa de abuso de substâncias comórbidas,[76] [77] o que pode aumentar o risco de abuso ou dependência de benzodiazepínicos.[69] Entretanto, os pacientes com uma história de intolerância ou de baixo índice de resposta aos ISRSs podem ser considerados para a monoterapia com benzodiazepínicos como um tratamento de segunda linha se não apresentarem uma história de abuso de substâncias.
- O benzodiazepínico de alta potência clonazepam mostrou eficácia no tratamento do transtorno da ansiedade social ao longo de 10 semanas.[78] [79] [80] 7[B]Evidence O alprazolam demonstrou eficácia somente em ensaios clínicos abertos.[69] [81]
- Os pacientes devem ser monitorados, já que a dependência fisiológica pode ocorrer mesmo em curtos períodos, como de 2 a 4 semanas. A descontinuidade abrupta ou esquemas acelerados de redução podem aumentar o risco de sintomas de abstinência (por exemplo, tontura, irritação, náuseas, sudorese, tremores, ansiedade causada por efeito rebote e convulsões). Agentes de ação mais prolongada (por exemplo, o clonazepam) podem ser preferíveis para minimizar a ansiedade do efeito rebote entre as doses.
- Podem ser usados em conjunção com antidepressivos para manifestações mais intensas de ansiedade, mas seu uso deve ser monitorado rigorosamente e em curto prazo, em decorrência de seu potencial de abuso. Ensaios clínicos envolvendo crianças e adolescentes dão suporte à eficácia da fluoxetina associada aos benzodiazepínicos, os quais geralmente não são recomendados para essa faixa etária.[55] [46]

IMAOs

- A fenelzina demonstrou eficácia em ensaios clínicos randomizados e controlados.[27] [82] 8[B]Evidence Entretanto, efeitos adversos significativos e risco de crise hipertensiva que exige restrições alimentares rigorosas (por exemplo, ausência de tiramina) complicam seu uso.[69]
- Os IMAOs reversíveis como a moclobemida melhoraram os efeitos adversos e os perfis de segurança, mas as evidências de sua eficácia são inconsistentes e sua disponibilidade é limitada em alguns países.[83] [84] [85] [86] [87] [88] Portanto, eles são considerados como um tratamento de terceira linha.
- O período de tratamento deve ser de pelo menos 12 semanas.[28]

Anticonvulsivantes

- Tanto a gabapentina 9[B]Evidence quanto a pregabalina 10[B]Evidence demonstraram eficácia como monoterapia para o transtorno da ansiedade social.[69] [89] [90] [91] [92] [93]
- Devido ao baixo potencial de abuso, esses agentes à base de ácido gama-aminobutírico podem ser alternativas úteis como tratamento de terceira linha quando os benzodiazepínicos são contraindicados.[66]
- O período de tratamento deve ser de pelo menos 12 semanas.[28]

Outros antidepressivos

- Não existem ensaios clínicos controlados sobre antidepressivos tricíclicos no transtorno da ansiedade social.[69] A clomipramina demonstrou eficácia em um estudo aberto.[94] Entretanto, a imipramina se mostrou ineficaz e mal tolerada.[95]
- A mirtazapina mostrou-se eficaz para a ansiedade social em um estudo controlado.[96] 11[B]Evidence

Propranolol

- O betabloqueador propranolol demonstrou eficácia no uso em dose única para situações isoladas de ansiedade social, como ansiedade de desempenho, mas não há suporte para o uso de rotina em ensaios clínicos.[25] [26]
- Ele não é recomendado no transtorno da ansiedade social generalizada, já que ensaios clínicos controlados repetidos não demonstraram vantagem em relação ao placebo.[27] [28] [29] [30] [31]

Pacientes com comorbidades

Com depressão

- Todos os pacientes com ansiedade social devem ser examinados quanto a depressão, já que esta pode estar presente em >45% dos casos.[76] [77]
- Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs)[97] e o IRSN venlafaxina são recomendados como tratamentos de primeira linha para ambos os transtornos.[64] [66]
- A TCC também é um tratamento eficaz para a depressão, e os sintomas depressivos geralmente melhoram ao longo da TCC para o transtorno da ansiedade social.[97] [98]
- Os IMAOs (por exemplo, a fenelzina) podem ser usados como uma opção de tratamento de segunda linha.
- Pode ser indicado o encaminhamento a um profissional da saúde mental especializado no tratamento de ansiedade e depressão.

Com ansiedade

- Até 60% dos pacientes com transtorno da ansiedade social também apresentarão outro transtorno de ansiedade comórbida, como transtorno de pânico ou transtorno de ansiedade generalizada.[76] [77]
- Os ISRSs e o IRSN venlafaxina são recomendados como tratamentos de primeira linha para transtornos de ansiedade, incluindo o transtorno da ansiedade social.[64] [66] [69]
- Os pacientes com ansiedade social que apresentam uma história de intolerância ou baixo índice de resposta a antidepressivos, ou que apresentam sintomas de pânico comórbido significativo, podem ser considerados para a monoterapia com benzodiazepínicos se não apresentarem uma história de abuso de substâncias.[69]
- A TCC também é um tratamento eficaz para diversos transtornos de ansiedade, cujos princípios comuns para a redução do medo são a exposição e a reestruturação cognitiva.[28]
- Os IMAOs (por exemplo, a fenelzina) podem ser usados como uma opção de tratamento de segunda linha.
- Recomenda-se o encaminhamento a um profissional da saúde mental especializado no tratamento de transtornos de ansiedade.

Com transtorno bipolar

- Indica-se o início de medicamento estabilizador do humor. O lítio ou o ácido valproico geralmente são considerados como estabilizadores do humor de primeira linha. A escolha se baseia nas características do transtorno bipolar e em uma avaliação de risco/benefício do medicamento.[97] Em 2018, a European Medicines Agency recomendou que o valproato e seus análogos sejam contraindicados no transtorno bipolar durante a gravidez, em razão do risco de malformações congênitas e de problemas de desenvolvimento no lactente/criança.[99] Nos EUA, a prática padrão é a de que o valproato e seus análogos só sejam prescritos para o tratamento de episódios maníacos associados ao transtorno bipolar durante a gravidez se outros medicamentos alternativos não forem aceitáveis ou não forem eficazes. Tanto na Europa quanto nos EUA, o valproato e seus análogos não devem ser usados em pacientes do sexo feminino em idade fértil, a menos que exista um programa de prevenção da gravidez e certas condições sejam atendidas.[99]
- Os pacientes que recebem lítio precisam realizar exames de sangue de rotina para monitorar os níveis séricos sanguíneos terapêuticos e evitar o risco de toxicidade.
- Deve-se ter cautela ao iniciar um antidepressivo em uma pessoa com transtorno bipolar, pois pode desencadear mania.
- A TCC também pode ser eficaz, embora sua eficácia na mania não seja clara.[28]
- Os pacientes com transtorno bipolar comórbido são bons candidatos aos benzodiazepínicos, caso não apresentem uma história de abuso de substâncias.
- Recomenda-se encaminhamento a um psiquiatra para avaliação adicional e tratamento.

História de abuso ou dependência de substâncias

- Entre os pacientes com transtorno da ansiedade social, 40% podem apresentar história de abuso ou dependência de substâncias.[76] [77] O abuso de substâncias pode funcionar para controlar os sintomas e os deficits de habilidade da ansiedade social.
- Caso haja suspeita, os pacientes devem ser submetidos a um rastreamento para abuso de substâncias no momento do diagnóstico. Recomenda-se uma abordagem com entrevista motivacional, a qual é similar à TCC, como uma oportunidade de estruturar a justificativa para o abuso da substância de uma maneira sem julgamentos e a fim de explorar o desejo e a disposição do paciente de mudar.[100]

- Para pacientes que iniciaram medidas para diminuir o abuso de substâncias, pode ser razoável o tratamento concomitante com um ISRS ou venlafaxina. Os benzodiazepínicos devem ser evitados devido à predisposição de abuso.
- É recomendado o encaminhamento a um tratamento formal contra o abuso de substâncias.

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Em curso		(resumo)
adultos: sem comorbidade		
	1a	terapia cognitivo-comportamental (TCC)
	1a	inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS) ou inibidor da recaptação de serotonina-noradrenalina (IRSN)
	adjunto	benzodiazepínico
	2a	benzodiazepínico
	3a	inibidor da monoaminoxidase (IMAO)
	3a	gabapentina ou pregabalina
	4a	antidepressivos alternativos
adultos: com comorbidades		
■ com depressão	1a	inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS) ou inibidor da recaptação de serotonina-noradrenalina (IRSN)
	mais	terapia cognitivo-comportamental (TCC)
	2a	inibidor da monoaminoxidase (IMAO)
	mais	terapia cognitivo-comportamental (TCC)
■ com ansiedade	1a	inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS) ou inibidor da recaptação de serotonina-noradrenalina (IRSN)
	mais	terapia cognitivo-comportamental (TCC)
	2a	benzodiazepínico
	mais	terapia cognitivo-comportamental (TCC)
	2a	inibidor da monoaminoxidase (IMAO)
	mais	terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Em curso		(resumo)
■ com transtorno bipolar	1a	estabilizador do humor
	mais	antidepressivos
	mais	terapia cognitivo-comportamental (TCC)
	adjunto	benzodiazepínico
■ com uma história de abuso ou dependência de substâncias	1a	tratamento de desintoxicação ou contra dependência química
	mais	terapia cognitivo-comportamental (TCC)
	adjunto	inibidor seletivo de recaptção de serotonina (ISRS) ou inibidor da recaptção de serotonina-noradrenalina (IRSN)
crianças e adolescentes		
	1a	terapia cognitivo-comportamental (TCC)
	1a	inibidor seletivo de recaptção de serotonina (ISRS) associado a terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Em curso

adultos: sem comorbidade

1a **terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

» Eficaz em crianças, adolescentes e adultos.[2] [52] [53] [54] [55] [56] 2[A]Evidence

» Recomenda-se o encaminhamento a um profissional da saúde mental especializado em TCC como tratamento de primeira linha.[45]

» O treinamento de habilidades sociais e o envolvimento dos pais na terapia podem ser particularmente importantes em crianças mais novas.

» O tratamento deve durar pelo menos 12 semanas.

» Os ganhos observados com a TCC parecem ser mantidos durante 6 a 12 meses no acompanhamento após a finalização do tratamento.[28]

1a **inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS) ou inibidor da recaptação de serotonina-noradrenalina (IRSN)**

Opções primárias

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

OU

» **paroxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

OU

» **escitalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

Em curso

OU

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 37.5 a 75 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

Opções secundárias

» **fluoxetina**: 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

OU

» **citalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

OU

» **duloxetina**: 30 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 30 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

» Para os pacientes que preferem a terapia farmacológica os IRSRs ou os IRSNs são as terapias de primeira linha.[64] [45]

» Mais de 20 ensaios clínicos randomizados e controlados dão suporte à eficácia dos IRSRs.[67] [65] [68] [69] 4[A]Evidence

» A fluoxetina também é uma opção eficaz.[2] [70]

» O IRSN venlafaxina também é eficaz.[67] [71] 5[B]Evidence

» O período de tratamento deve ser de pelo menos 12 semanas.[72]

» Depois da resposta, o tratamento por até 12 meses ou mais é recomendado para prevenir recidiva.[73] [74] [75] 6[A]Evidence

» A maioria dos efeitos adversos limita-se ao período de titulação da dose e deve ser discutida com o paciente antecipadamente, além do monitoramento rigoroso para garantir a adesão terapêutica à medicação.

Em curso

adjunto benzodiazepínico

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **clonazepam**: 0.25 mg por via oral duas vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 0.25 a 0.5 mg/dia a cada 3 dias de acordo com a resposta, máximo de 4 mg/dia

Opções secundárias

» **alprazolam**: 0.25 a 0.5 mg por via oral (liberação imediata) três vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 1 mg/dia a cada 3-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 6 mg/dia

» Podem ser usados em conjunto com agentes serotoninérgicos para manifestações de ansiedade mais intensas ou resistentes a tratamento, mas seu uso deve ser monitorado rigorosamente, em decorrência de seu potencial de abuso.[101]

» Agentes de ação mais prolongada (por exemplo, o clonazepam) podem ser preferíveis para minimizar a ansiedade do efeito rebote entre as doses.

2a benzodiazepínico**Opções primárias**

» **clonazepam**: 0.25 mg por via oral duas vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 0.25 a 0.5 mg/dia a cada 3 dias de acordo com a resposta, máximo de 4 mg/dia

Opções secundárias

» **alprazolam**: 0.25 a 0.5 mg por via oral (liberação imediata) três vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 1 mg/dia a cada 3-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 6 mg/dia

» Pacientes com uma história de intolerância ou de baixo índice de resposta aos ISRSs podem ser considerados para a monoterapia com benzodiazepínicos como um tratamento de segunda linha se não apresentarem uma história de abuso de substâncias.

Em curso

- » O clonazepam mostrou eficácia no tratamento do transtorno da ansiedade social ao longo de 10 semanas.[\[78\]](#) [\[79\]](#) [\[80\]](#) [7\[B\]Evidence](#)
- » O alprazolam demonstrou eficácia somente em ensaios clínicos abertos.[\[69\]](#) [\[81\]](#)
- » Os pacientes devem ser monitorados, já que a dependência fisiológica pode ocorrer em períodos tão curtos quanto 2 a 4 semanas.
- » A descontinuação abrupta ou esquemas acelerados de redução podem aumentar o risco de sintomas de abstinência.
- » Agentes de ação mais prolongada (por exemplo, o clonazepam) podem ser preferíveis para minimizar a ansiedade do efeito rebote entre as doses.

3a inibidor da monoaminoxidase (IMAO)**Opções primárias**

- » [fenelzina](#): 15 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, ajustar a dose de acordo com a resposta, máximo de 90 mg/dia

OU

- » [moclobemida](#): 300 mg por via oral uma vez ao dia por três dias, seguidos por 300 mg duas vezes ao dia no quarto dia e daí em diante

- » A fenelzina demonstrou eficácia em ensaios clínicos randomizados e controlados.[\[27\]](#) [\[82\]](#) [8\[B\]Evidence](#)
- » Efeitos adversos significativos e risco de crise hipertensiva que exige restrições alimentares rigorosas (por exemplo, ausência de tiramina) complicam seu uso.[\[69\]](#)
- » Os IMAOs reversíveis como a moclobemida melhoraram os efeitos adversos e os perfis de segurança, e são eficazes, mas sua disponibilidade é limitada em alguns países.[\[83\]](#) [\[84\]](#) [\[85\]](#) [\[86\]](#) [\[87\]](#) [\[88\]](#)
- » O período de tratamento deve ser de pelo menos 12 semanas.[\[28\]](#)

3a gabapentina ou pregabalina**Opções primárias**

- » [gabapentina](#): 300 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 300 mg/dia a cada 2-3 dias

Em curso

de acordo com a resposta, máximo de 3600 mg/dia

OU

» **pregabalina**: 150 mg/dia por via oral administrados em 2-3 doses fracionadas inicialmente, aumentar em incrementos de 150 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 600 mg/dia

» Tanto a gabapentina^{9[B]Evidence} quanto a pregabalina^{10[B]Evidence} demonstraram eficácia como monoterapia para o transtorno da ansiedade social.^{[69] [89] [90] [91] [92]}

» Devido ao baixo potencial de abuso, esses agentes podem ser alternativas úteis como tratamento de terceira linha quando os benzodiazepínicos são contraindicados.^[66]

» O período de tratamento deve ser de pelo menos 12 semanas.^[28]

4a

antidepressivos alternativos

Opções primárias

» **clomipramina**: 12.5 a 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 250 mg/dia

OU

» **mirtazapina**: 15 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar em incrementos de 15 mg/dia a cada 1-2 semanas de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia

» A clomipramina demonstrou eficácia em um estudo aberto.^[94]

» A mirtazapina mostrou-se eficaz para a ansiedade social em um estudo controlado.^{[96] 11[B]Evidence}

» O período de tratamento deve ser de pelo menos 12 semanas.^[28]

adultos: com comorbidades

■ **com depressão**

1a

inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS) ou inibidor da recaptação de serotonina-noradrenalina (IRSN)

Em curso

Opções primárias

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

OU

» **paroxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

OU

» **escitalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

OU

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 37.5 a 75 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

Opções secundárias

» **fluoxetina**: 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

OU

» **citalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

OU

» **duloxetina**: 30 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 30 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

» Todos os pacientes com ansiedade social devem ser examinados quanto a depressão,

Em curso

já que esta pode estar presente em >45% dos casos.[76] [77]

» Os ISRSs e o IRSN venlafaxina são recomendados como tratamentos de primeira linha para ambos os transtornos.[64] [66]

» O período de tratamento deve ser de pelo menos 12 semanas.[72] 6[A]Evidence

» Pode ser indicado o encaminhamento a um profissional da saúde mental especializado no tratamento de ansiedade e depressão.

mais

terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A TCC também é um tratamento eficaz para a depressão, e os sintomas depressivos geralmente melhoram ao longo da TCC para o transtorno da ansiedade social.[98]

» Recomenda-se o encaminhamento a um profissional de saúde mental especializado em TCC.

» O treinamento de habilidades sociais e o envolvimento dos pais na terapia podem ser particularmente importantes em crianças mais novas.

» O tratamento deve durar pelo menos 12 semanas.

» Os ganhos observados com a TCC parecem ser mantidos durante 6 a 12 meses no acompanhamento após a finalização do tratamento.[28]

2a

inibidor da monoaminoxidase (IMAO)

Opções primárias

» **fenelzina**: 15 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, ajustar a dose de acordo com a resposta, máximo de 90 mg/dia

OU

» **moclobemida**: 300 mg por via oral uma vez ao dia por três dias, seguidos por 300 mg duas vezes ao dia no quarto dia e daí em diante

» Pode ser usado como opção de tratamento de segunda linha.

Em curso

» A fenelzina demonstrou eficácia em ensaios clínicos randomizados e controlados.[27] [82] 8[B]Evidence

» Efeitos adversos significativos e risco de crise hipertensiva que exige restrições alimentares rigorosas (por exemplo, ausência de tiramina) complicam seu uso.[69]

» Os IMAOs reversíveis como a moclobemida melhoraram os efeitos adversos e os perfis de segurança, e são eficazes, mas sua disponibilidade é limitada em alguns países.[83] [84] [85] [86] [87] [88]

» O período de tratamento deve ser de pelo menos 12 semanas.[28]

mais **terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A TCC também é um tratamento eficaz para a depressão, e os sintomas depressivos geralmente melhoram ao longo da TCC para o transtorno da ansiedade social.[98]

» Recomenda-se o encaminhamento a um profissional de saúde mental especializado em TCC.

» O treinamento de habilidades sociais e o envolvimento dos pais na terapia podem ser particularmente importantes em crianças mais novas.

» O tratamento deve durar pelo menos 12 semanas.

» Os ganhos observados com a TCC parecem ser mantidos durante 6 a 12 meses no acompanhamento após a finalização do tratamento.[28]

■ com ansiedade

1a **inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS) ou inibidor da recaptação de serotonina-noradrenalina (IRSN)**

Opções primárias

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

OU

Em curso

» **paroxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

OU

» **escitalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

OU

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 37.5 a 75 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

Opções secundárias

» **fluoxetina**: 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

OU

» **citalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

OU

» **duloxetina**: 30 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 30 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

» Até 60% dos pacientes com transtorno da ansiedade social também apresentarão outro transtorno de ansiedade comórbida, como transtorno de pânico ou transtorno de ansiedade generalizada.[76] [77]

» Os ISRSs e o IRSN venlafaxina são recomendados como tratamentos de primeira linha para transtornos de ansiedade, incluindo o transtorno da ansiedade social.[64] [66] [69]

Em curso

mais

» O período de tratamento deve ser de pelo menos 12 semanas.[\[72\]](#) [6\[A\]](#)[Evidence](#)

» Recomenda-se o encaminhamento a um profissional da saúde mental especializado no tratamento de transtornos de ansiedade.

terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A TCC é um tratamento eficaz para diversos transtornos de ansiedade, cujos princípios comuns para a redução do medo são a exposição e a reestruturação cognitiva.[\[28\]](#)

» Recomenda-se o encaminhamento a um profissional de saúde mental especializado em TCC.

» O treinamento de habilidades sociais e o envolvimento dos pais na terapia podem ser particularmente importantes em crianças mais novas.

» O tratamento deve durar pelo menos 12 semanas.

» Os ganhos observados com a TCC parecem ser mantidos durante 6 a 12 meses no acompanhamento após a finalização do tratamento.[\[28\]](#)

2a

benzodiazepínico**Opções primárias**

» **clonazepam**: 0.25 mg por via oral duas vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 0.25 a 0.5 mg/dia a cada 3 dias de acordo com a resposta, máximo de 4 mg/dia

Opções secundárias

» **alprazolam**: 0.25 a 0.5 mg por via oral (liberação imediata) três vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 1 mg/dia a cada 3-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 6 mg/dia

» Os pacientes com ansiedade social que apresentam uma história de intolerância ou baixo índice de resposta a antidepressivos, ou que apresentam sintomas de pânico comórbido significativo, podem ser considerados para a monoterapia com benzodiazepínicos se não apresentarem uma história de abuso de substâncias.[\[69\]](#) [\[101\]](#)

Em curso

» O clonazepam mostrou eficácia no tratamento do transtorno da ansiedade social ao longo de 10 semanas.[78] [79] [80] 7[B]Evidence

» O alprazolam demonstrou eficácia somente em ensaios clínicos abertos.[69] [81]

» Os pacientes devem ser monitorados, já que a dependência fisiológica pode ocorrer em períodos tão curtos quanto 2 a 4 semanas.

» A descontinuação abrupta ou esquemas acelerados de redução podem aumentar o risco de sintomas de abstinência.

» Agentes de ação mais prolongada (por exemplo, o clonazepam) podem ser preferíveis para minimizar a ansiedade do efeito rebote entre as doses.

mais **terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A TCC é um tratamento eficaz para diversos transtornos de ansiedade, cujos princípios comuns para a redução do medo são a exposição e a reestruturação cognitiva.[28]

» Recomenda-se o encaminhamento a um profissional de saúde mental especializado em TCC.

» O treinamento de habilidades sociais e o envolvimento dos pais na terapia podem ser particularmente importantes em crianças mais novas.

» O tratamento deve durar pelo menos 12 semanas.

» Os ganhos observados com a TCC parecem ser mantidos durante 6 a 12 meses no acompanhamento após a finalização do tratamento.[28]

2a **inibidor da monoaminoxidase (IMAO)**

Opções primárias

» **fenelzina**: 15 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, ajustar a dose de acordo com a resposta, máximo de 90 mg/dia

OU

» **moclobemida**: 300 mg por via oral uma vez ao dia por três dias, seguidos por 300 mg

Em curso

duas vezes ao dia no quarto dia e daí em diante

» Pode ser usado como opção de tratamento de segunda linha.

» A fenelzina demonstrou eficácia em ensaios clínicos randomizados e controlados.[27] [82] 8[B]Evidence

» Efeitos adversos significativos e risco de crise hipertensiva que exige restrições alimentares rigorosas (por exemplo, ausência de tiramina) complicam seu uso.[69]

» Os IMAOs reversíveis como a moclobemida melhoraram os efeitos adversos e os perfis de segurança, e são eficazes, mas sua disponibilidade é limitada em alguns países.[83] [84] [85] [86] [87] [88]

» O período de tratamento deve ser de pelo menos 12 semanas.[28]

mais terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A TCC é um tratamento eficaz para diversos transtornos de ansiedade, cujos princípios comuns para a redução do medo são a exposição e a reestruturação cognitiva.[28]

» Recomenda-se o encaminhamento a um profissional de saúde mental especializado em TCC.

» O treinamento de habilidades sociais e o envolvimento dos pais na terapia podem ser particularmente importantes em crianças mais novas.

» O tratamento deve durar pelo menos 12 semanas.

» Os ganhos observados com a TCC parecem ser mantidos durante 6 a 12 meses no acompanhamento após a finalização do tratamento.[28]

com transtorno bipolar

1a

estabilizador do humor

Opções primárias

» **Lítio:** 300 mg por via oral duas vezes ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta e com nível sérico do medicamento, máximo de 1800 mg/dia
A biodisponibilidade pode ser diferente para cada marca.

Em curso

OU

» **ácido valproico**: 250 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta e com o nível sérico do medicamento, máximo de 1300 mg/dia

» O lítio e o ácido valproico geralmente são considerados como estabilizadores do humor de primeira linha.

» O lítio é tóxico em níveis mais altos (>1.5 mmol/L [>1.5 mEq/L]). Pacientes idosos podem responder com doses mais baixas. Os níveis séricos precisam ser monitorados rotineiramente para garantir níveis sanguíneos terapêuticos (0.6-1.2 mmol/L [0.6-1.2 mEq/L]) e evitar o risco de toxicidade.

» O ácido valproico também é tóxico em níveis mais altos (>1213 micromoles/L [>175 microgramas/mL]). Pacientes idosos podem responder com doses mais baixas. Os níveis séricos precisam ser monitorados rotineiramente para garantir níveis sanguíneos terapêuticos (346-866 micromoles/L [50-125 microgramas/mL]) e evitar o risco de toxicidade.

» Em 2018, a European Medicines Agency recomendou que o valproato e seus análogos sejam contraindicados no transtorno bipolar durante a gravidez, em razão do risco de malformações congênitas e de problemas de desenvolvimento no lactente/criança.[99] Nos EUA, a prática padrão é a de que o valproato e seus análogos só sejam prescritos para o tratamento de episódios maníacos associados ao transtorno bipolar durante a gravidez se outros medicamentos alternativos não forem aceitáveis ou não forem eficazes. Tanto na Europa quanto nos EUA, o valproato e seus análogos não devem ser usados em pacientes do sexo feminino em idade fértil, a menos que exista um programa de prevenção da gravidez e certas condições sejam atendidas.[99]

» Recomenda-se encaminhamento a um psiquiatra para avaliação adicional e tratamento.

mais

antidepressivos

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos

Em curso

de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

OU

» **paroxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

OU

» **escitalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

OU

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 37.5 a 75 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

Opções secundárias

» **fluoxetina**: 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

OU

» **citalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

OU

» **duloxetina**: 30 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 30 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

Opções terciárias

» **fenelzina**: 15 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, ajustar a dose de acordo com a resposta, máximo de 90 mg/dia

Em curso

- » Um inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS), a venlafaxina (um inibidor da recaptação de serotonina-noradrenalina (IRSN)) ou o inibidor da monoaminoxidase fenelzina^[8]^[B]^{Evidence} podem ser usados.
- » Deve-se ter cautela ao iniciar um antidepressivo em uma pessoa com transtorno bipolar, pois pode desencadear mania.
- » O período de tratamento deve ser de pelo menos 12 semanas.^[72] ⁶^[A]^{Evidence}
- » Recomenda-se encaminhamento a um psiquiatra para avaliação adicional e tratamento.

mais

terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

- » A TCC pode ser efetiva, embora sua eficácia na mania não seja clara.^[28]
- » Recomenda-se o encaminhamento a um profissional de saúde mental especializado em TCC.
- » O treinamento de habilidades sociais e o envolvimento dos pais na terapia podem ser particularmente importantes em crianças mais novas.
- » O tratamento deve durar pelo menos 12 semanas.
- » Os ganhos observados com a TCC parecem ser mantidos durante 6 a 12 meses no acompanhamento após a finalização do tratamento.^[28]

adjunto

benzodiazepínico

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

- » **clonazepam**: 0.25 mg por via oral duas vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 0.25 a 0.5 mg/dia a cada 3 dias de acordo com a resposta, máximo de 4 mg/dia

Opções secundárias

- » **alprazolam**: 0.25 a 0.5 mg por via oral (liberação imediata) três vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 1 mg/dia a cada 3-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 6 mg/dia

Em curso

■ com uma história de abuso ou dependência de substâncias

1a

» Os benzodiazepínicos, como o clonazepam, podem ser usados em conjunção com agentes serotoninérgicos para manifestações mais intensas de ansiedade, mas seu uso deve ser monitorado rigorosamente e em curto prazo, em decorrência de seu potencial de abuso.

» Agentes de ação mais prolongada (por exemplo, o clonazepam) podem ser preferíveis para minimizar a ansiedade do efeito rebote entre as doses.

tratamento de desintoxicação ou contra dependência química

» Entre os pacientes com transtorno da ansiedade social, 40% podem apresentar história de abuso ou dependência de substâncias.[76] [77]

» É recomendado o encaminhamento a um tratamento formal contra o abuso de substâncias.

mais

terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Recomenda-se uma abordagem com entrevista motivacional, a qual compartilha características comuns com a TCC, como uma oportunidade de estruturar a justificativa para o abuso da substância de uma maneira sem julgamentos e a fim de explorar o desejo e a disposição do paciente de mudar.[100]

» Recomenda-se encaminhamento a um profissional da saúde especializado em TCC, independente da intensidade fóbica.

» O tratamento deve durar pelo menos 12 semanas.

» Os ganhos observados com a TCC parecem ser mantidos durante 6 a 12 meses no acompanhamento após a finalização do tratamento.[28]

adjunto

inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS) ou inibidor da recaptação de serotonina-noradrenalina (IRSN)

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **sertralina:** 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos

Em curso

de 25-50 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

OU

» **paroxetina**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

OU

» **escitalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada 4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

OU

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 37.5 a 75 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

Opções secundárias

» **fluoxetina**: 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10-20 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

OU

» **citalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 7 dias de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

OU

» **duloxetina**: 30 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 30 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

» Para pacientes que iniciaram medidas para diminuir o abuso de substâncias, pode ser razoável o tratamento concomitante com um ISRS ou com o IRSN venlafaxina.

» O período de tratamento deve ser de pelo menos 12 semanas.[72] 6[A]Evidence

Em curso

» É recomendado o encaminhamento a um tratamento formal contra o abuso de substâncias.

crianças e adolescentes

1a terapia cognitivo-comportamental (TCC)

» Para crianças e adolescentes, a TCC e as intervenções familiares são preferidas como intervenções de primeira linha em relação à farmacoterapia isolada.[49]

» Recomenda-se o encaminhamento a um profissional de saúde mental especializado em TCC.

» O treinamento de habilidades sociais e o envolvimento dos pais na terapia podem ser particularmente importantes em crianças mais novas.

» O tratamento deve durar pelo menos 12 semanas.

» Os ganhos observados com a TCC parecem ser mantidos durante 6 a 12 meses no acompanhamento após a finalização do tratamento.[28]

1a inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS) associado a terapia cognitivo-comportamental (TCC)**Opções primárias**

» **sertralina**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

-ou-

» **fluoxetina**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

--E--

» **TCC**

» Se os pacientes apresentam uma resposta inferior à ideal em relação às intervenções comportamentais, pode-se considerar a terapia combinada de ISRS com TCC. Evidências sugerem que a combinação de TCC e sertralina pode ser superior à TCC ou à sertralina isoladas em uma amostra mista de pacientes entre 7 e 17 anos de idade.[50] [51]

» Os médicos são aconselhados a monitorar rigorosamente os pacientes tratados com ISRSs em relação a alterações emocionais e comportamentais que possam indicar potencial para dano, incluindo pensamentos suicidas e

Em curso

início ou agravamento de eventos adversos do tipo agitação.

» Recomenda-se o encaminhamento a um profissional de saúde mental especializado em TCC.

» O treinamento de habilidades sociais e o envolvimento dos pais na terapia podem ser particularmente importantes em crianças mais novas.

» O tratamento deve durar pelo menos 12 semanas.

» Os ganhos observados com a TCC parecem ser mantidos durante 6 a 12 meses no acompanhamento após a finalização do tratamento.^[28]

Novidades

Antipsicóticos atípicos

Os antipsicóticos atípicos (por exemplo, olanzapina, quetiapina, aripiprazol) requerem estudos adicionais. Pequenos ensaios clínicos randomizados e controlados sugerem um possível papel no transtorno da ansiedade social.[102] [103] [104] Os efeitos adversos de ganho de peso e síndrome metabólica podem limitar a utilidade em alguns pacientes.

Buspirona

Apesar de alguns autores apoiarem o uso de buspirona para potencializar outras estratégias de tratamento,[105] a eficácia como monoterapia para o transtorno da ansiedade social não foi demonstrada em ensaios clínicos controlados.[69] [105]

Cicloserina

Este é um agonista parcial do N-metil-D-aspartato. Baixas doses podem ser usadas para intensificar a eficácia de tratamentos baseados em exposição para a ansiedade social por meio da consolidação de memória.[106] Um ensaio clínico randomizado multicêntrico comparando o aumento da cicloserina e do placebo na terapia cognitivo-comportamental (TCC) para a ansiedade social revelou taxas de resposta e remissão similares entre as condições, apesar de aqueles que receberam cicloserina terem exibido uma taxa de melhora 24% a 33% mais rápida na gravidade dos sintomas e nas taxas de remissão durante a fase ativa do tratamento.[107] Como as evidências em relação à cicloserina nos transtornos de ansiedade (incluindo o transtorno da ansiedade social) são inconsistentes, são necessários ensaios clínicos randomizados adicionais.

Intervenções de atenção primária

Intervenções como escolha do paciente para TCC, farmacoterapia ou tratamentos combinados oferecidas na atenção primária demonstraram desfechos superiores ao tratamento usual na redução dos sintomas de ansiedade e depressão, na diminuição do comprometimento funcional e na melhora da qualidade de vida, em até 18 meses de acompanhamento.[60]

Psicoterapia interpessoal

Este tratamento eficaz para a depressão também se mostrou promissor como uma intervenção psicológica para o transtorno da ansiedade social.[108]

Psicoterapia cognitivo-comportamental (TCC) com base na internet

Os princípios do tratamento baseados em evidências da TCC estão disponíveis por meio da internet. A internet pode ajudar a estender a intervenção a pacientes que não teriam outra forma de acesso ao tratamento com um clínico especialista em TCC. As intervenções com base na internet também podem reduzir de maneira significativa a depressão comórbida e os sintomas da ansiedade generalizada entre pacientes com ansiedade social.[109] [110] Estudos de desfecho sugerem que a TCC com base na internet pode produzir respostas positivas ao tratamento a uma taxa comparável a das intervenções presenciais e individuais[110] e em grupo da TCC.[111] Uma investigação com indivíduos socialmente ansiosos observou que grandes efeitos foram mantidos na Escala de Liebowitz para Ansiedade Social 5 anos depois de completar a TCC com base na internet.[112] Uma revisão sistemática considerou a TCC com base na Internet para o transtorno da ansiedade social como sendo um tratamento bem estabelecido.[113] Outras revisões sistemáticas sugerem que a TCC por Internet não guiada pode produzir achados comparáveis aos da TCC por Internet com suporte de um terapeuta.[114] [114] São necessários ensaios clínicos randomizados com desfecho em longo prazo que comparem as modalidades com base na Internet aos programas individuais e em grupos empiricamente estabelecidos.[115] [116] [117]

Terapia de interpretação-modificação

Considera-se que o viés de atenção direcionado à ameaça esteja associado à manutenção da ansiedade social. O treinamento de indivíduos com alto nível de ansiedade social para interpretar estímulos sociais ambíguos como benignos provou reduzir os vieses de atenção para estímulos de ameaça social.[118]

Terapia de exposição à realidade virtual

A exposição à realidade virtual utiliza tecnologia de computação avançada para auxiliar na criação de estímulos e situações de fobias, como cenários de falar em público. Estudos preliminares sugerem um possível benefício da terapia de exposição à realidade virtual, embora sejam necessários ensaios clínicos randomizados adicionais.[119]

Abordagens transdiagnósticas

A terapia transdiagnóstica envolve adotar uma abordagem cognitivo-comportamental para o tratamento da ansiedade, independente de diagnósticos específicos. Pesquisas recentes dão suporte à eficácia da terapia transdiagnóstica para a ansiedade social.[110] [120]

Aumento da atividade física

Os desfechos sintomáticos para a TCC no transtorno da ansiedade social podem ser melhorados com o aumento da atividade aeróbia e anaeróbia.[121]

Recomendações

Monitoramento

A natureza crônica da ansiedade social e dos prejuízos associados, incluindo o risco de abuso de substâncias, deve ser monitorada em longo prazo na situação da clínica geral. O tratamento eficaz pode exigir um encaminhamento a um psiquiatra e a um profissional da saúde mental especializado na terapia cognitivo-comportamental (TCC) para cuidado colaborativo ideal.

As taxas de recidiva podem ser comuns após a descontinuação do medicamento.^[28] Os benefícios da TCC tendem a durar mais tempo que os da farmacoterapia. Deve-se manter a farmacoterapia por 12 a 24 meses, e muitos pacientes necessitam de terapia contínua em longo prazo para obter benefícios completos e prevenir a recidiva.^[28]

Instruções ao paciente

Os pacientes devem ser orientados sobre as opções de tratamento baseado em evidências, especialmente sobre a eficácia e a efetividade da farmacoterapia e da terapia cognitivo-comportamental (TCC). Os pacientes podem beneficiar de materiais educativos com base na internet. [\[Anxiety Disorders Association of America: social anxiety disorder\]](#) [\[National Institute of Mental Health: anxiety disorders\]](#) [\[FearFighter \(web-based CBT program\)\]](#) [\[Anxieties.com \(web-based CBT program and resources\)\]](#) As opções de tratamento podem incluir intervenções de autoajuda, intervenções auxiliadas por computador ou por terapeuta. Deve-se tentar normalizar o sofrimento do paciente e sua ambivalência pela busca de tratamento. O profissional da saúde deve discutir como a ansiedade, o comportamento de evitação e outras comorbidades clínicas podem contribuir para o comprometimento funcional. Estratégias de melhora motivacional, a resolução de problemas que impedem a avaliação do cuidado e o acompanhamento oportuno com recomendações de tratamento podem melhorar a adesão terapêutica do paciente ao tratamento. O profissional da saúde deve considerar as preferências do paciente, sua disponibilidade e custo-efetividade ao decidir as opções de tratamento.

No caso das mulheres em idade fértil, o tratamento com valproato não deve ser iniciado, a menos que tratamentos alternativos não sejam adequados; as mulheres em idade fértil devem seguir um programa de prevenção da gravidez durante o tratamento com medicamentos com valproato. Para os países da União Europeia (UE), a European Medicines Agency declara que tal programa deve incluir:^[99]

- uma avaliação do potencial da paciente para engravidar;
- testes de gravidez antes de iniciar e durante o tratamento, conforme necessário;
- aconselhamento sobre os riscos do tratamento com valproato e a necessidade de contracepção eficaz durante todo o tratamento;
- uma revisão do tratamento em curso por um especialista pelo menos uma vez ao ano; e
- um formulário de reconhecimento dos riscos ao qual pacientes e prescritores terão acesso em cada uma dessas revisões anuais para confirmar que o aconselhamento apropriado foi dado e compreendido.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
síndrome de abstinência serotoninérgica	curto prazo	média
<p>A descontinuação abrupta de agentes serotoninérgicos com meia-vida mais curta (por exemplo, a paroxetina) pode causar sintomas agudos de abstinência (por exemplo, tontura, irritabilidade, náuseas e ansiedade causada por efeito rebote).</p> <p>Recomenda-se que o paciente retome o tratamento com o agente e cumpra um esquema lento e gradual de redução, sob supervisão médica rigorosa.</p>		
abuso de substâncias	variável	média
<p>O abuso de substâncias pode se desenvolver como uma forma de controlar os sintomas da ansiedade e os deficits de habilidades sociais.</p> <p>Pode-se indicar o encaminhamento a programas de tratamento contra o abuso de substâncias.</p>		
risco de suicídio com o tratamento com inibidor seletivo de recaptação de serotonina	variável	baixa
<p>Existe um aumento do risco quanto à probabilidade de suicídio em crianças, adolescentes e adultos jovens com transtorno depressivo maior ou outros transtornos psiquiátricos, especialmente durante os primeiros meses de tratamento com antidepressivos versus placebo.^[123]</p>		

Prognóstico

O transtorno da ansiedade social está entre os transtornos mentais mais comuns e incapacitantes. Ele pode ser crônico, e o acesso ao tratamento geralmente é protelado ou evitado. Cerca de 70% a 80% dos casos apresentam uma história ao longo da vida de ansiedade concomitante, depressão e/ou transtornos relacionados ao abuso de substâncias. O manejo efetivo requer detecção precoce, educação e a recomendação de farmacoterapia baseada em evidências e/ou terapia cognitivo-comportamental (TCC). O tratamento em longo prazo geralmente é recomendado devido ao potencial de recidiva. A recidiva pode ocorrer em 30% a 50% dos pacientes após a descontinuação dos medicamentos.^{[65] [68] [69]} As taxas de recidiva podem ser atenuadas naqueles que receberam elementos da TCC.^[122] Além disso, parece que a probabilidade de recidiva pode ser reduzida após sessões de reforço periódico da TCC.

A falha na resposta ao tratamento inicial exige a reconsideração do diagnóstico e a avaliação de outras condições clínicas que possam contribuir para o quadro clínico. Os pacientes resistentes ao tratamento devem ser encaminhados a um profissional de saúde mental com experiência no tratamento de transtornos de ansiedade. A ambivalência na aceitação de um encaminhamento psiquiátrico deve ser discutida com os pacientes, os quais devem receber informações corretivas e amplificação motivacional quando indicado.

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2013

Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2011

América do Norte

Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5)

Publicado por: American Psychiatric Association

Última publicação em:
2013

Anxiety and depression in children and youth: diagnosis and treatment

Publicado por: British Columbia Medical Association

Última publicação em:
2010

Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders

Publicado por: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

Última publicação em:
2007

Management of anxiety disorders

Publicado por: Canadian Psychiatric Association

Última publicação em:
2006

Diretrizes de tratamento

Europa

Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder

Publicado por: British Association for Psychopharmacology

Última publicação em:
2014

Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2013

Europa

Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2013

Internacional

Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care

Publicado por: World Federation of Societies of Biological Psychiatry

Última publicação em:
2012

WFSBP guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders: first revision

Publicado por: World Federation of Societies of Biological Psychiatry

Última publicação em:
2008

América do Norte

Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress, and obsessive-compulsive disorders

Publicado por: Anxiety Disorders Association of Canada

Última publicação em:
2014

Recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid anxiety disorders

Publicado por: Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments

Última publicação em:
2012

Anxiety and depression in children and youth: diagnosis and treatment

Publicado por: British Columbia Medical Association

Última publicação em:
2010

Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders

Publicado por: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

Última publicação em:
2007

Management of anxiety disorders

Publicado por: Canadian Psychiatric Association

Última publicação em:
2006

Recursos online

1. [Anxiety Disorders Association of America: social anxiety disorder](#) (*external link*)
2. [National Institute of Mental Health: anxiety disorders](#) (*external link*)
3. [FearFighter \(web-based CBT program\)](#) (*external link*)
4. [Anxieties.com \(web-based CBT program and resources\)](#) (*external link*)

Nível de evidência

1. Comparação de medidas pré- e pós-tratamento dos sintomas da ansiedade social, ansiedade generalizada, competência social e debilidade: há evidências de alta qualidade de que tanto a terapia cognitivo-comportamental (TCC) quanto os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) são eficazes no tratamento de crianças com transtorno da ansiedade social.[\[46\]](#)
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.
2. Melhora nos escores da escala de classificação: há evidências de alta qualidade de que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é eficaz no tratamento da fobia social.[\[53\]](#) [\[54\]](#)
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.
3. Melhoras nos escores totais da Escala de Liebowitz para Ansiedade Social (LSAS): há evidências de alta qualidade de que a fenelzina, o clonazepam, a gabapentina e os inibidores seletivos de recaptação de serotonina são eficazes no tratamento do transtorno da ansiedade social.[\[65\]](#)
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.
4. Melhoras nos escores da Escala de Impressão Clínica Global (CGI - Clinical Global Impressions): há evidências de alta qualidade de que os inibidores seletivos da recaptação da serotonina e inibidores da recaptação de serotonina-noradrenalina são eficazes no tratamento do transtorno da ansiedade social.[\[68\]](#)
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.
5. Melhoras nos escores totais da Escala de Liebowitz para Ansiedade Social (LSAS): há evidências de qualidade moderada de que tanto a venlafaxina quanto a paroxetina são eficazes no tratamento do transtorno da ansiedade social em 12 semanas.[\[71\]](#)
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
6. Prevenção da recidiva: há evidências de alta qualidade de que os pacientes com transtorno da ansiedade social que respondem à paroxetina, ao escitalopram e à sertralina em 12 semanas continuam a melhorar ao longo de um período subsequente de 12 semanas (ou seja, 24 semanas).[\[73\]](#) [\[74\]](#) [\[75\]](#)
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

7. Melhoras nos escores da escala de classificação: há evidências de qualidade moderada de que o clonazepam é eficaz e bem tolerado no tratamento do transtorno da ansiedade social em 10 semanas.[\[78\]](#)
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
-
8. Análises de avaliadores independentes: há evidências de qualidade moderada de que a fenelzina é mais efetiva que o atenolol ou placebo no tratamento do transtorno da ansiedade social em 8 e 16 semanas.[\[27\]](#)
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
-
9. Melhoras nos sintomas da fobia social: há evidências de qualidade moderada de que a gabapentina é eficaz no tratamento do transtorno da ansiedade social em 14 semanas.[\[89\]](#)
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
-
10. Melhoras nos escores totais da Escala de Liebowitz para Ansiedade Social (LSAS): há evidências de qualidade moderada de que a pregabalina é eficaz no tratamento do transtorno da ansiedade social em 11 semanas.[\[90\]](#)
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
-
11. Melhoras nos escores totais do Inventário de Fobia Social e na Escala de Liebowitz para Ansiedade Social (LSAS): há evidências de qualidade moderada de que a mirtazapina é eficaz no tratamento do transtorno da ansiedade social em 10 semanas.[\[96\]](#)
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
-

Artigos principais

- Stein MB, Stein DJ. Social anxiety disorder. Lancet. 2008 Mar 29;371(9618):1115-25. [Resumo](#)
- Grant BF, Hasin DS, Blanco C, et al. The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry. 2005;66:1351-1361. [Resumo](#)
- Brook CA, Schmidt LA. Social anxiety disorder: a review of environmental risk factors. Neuropsychiatr Dis Treat. 2008;4:123-143. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines: management of anxiety disorders. Can J Psychiatry. 2006 Jul;51(8 suppl 2):9S-91S. [Resumo](#)
- National Institute for Health and Care Excellence. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. May 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Segool NK, Carlson JS. Efficacy of cognitive-behavioral and pharmacologic treatments for children with social anxiety. Depress Anxiety. 2008;25(7):620-31. [Resumo](#)
- Ponniah K, Hollon SD. Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: a qualitative review of randomized controlled trials. Psychol Med. 2008 Jan;38(1):3-14. [Resumo](#)
- Rowa K, Antony MM. Psychological treatments for social phobia. Can J Psychiatry. 2005 May;50(6):308-16. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Beidel DC, Ferrell C, Alfano CA, et al. The treatment of childhood social anxiety disorder. Psychiatr Clin North Am. 2001 Dec;24(4):831-46. [Resumo](#)
- Ougrin D. Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2011 Dec 20;11:200. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, et al. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. JAMA. 2010 May 19;303(19):1921-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Williams T, Hattingh CJ, Kariuki CM, et al. Pharmacotherapy for social anxiety disorder (SAnD). Cochrane Database Sys Rev. 2017;(10):CD001206. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Ipser JC, Kariuki CM, Stein DJ. Pharmacotherapy for social anxiety disorder: a systematic review. Expert Rev Neurother. 2008 Feb;8(2):235-57. [Resumo](#)
- Roy-Byrne PP, Cowley DS. Pharmacological treatments for panic disorder, generalized anxiety disorder, specific phobia, and social anxiety disorder. In: Nathan P, Gorman JM, eds. A guide to treatments that work. 3rd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2007:337-66.

- Schaffer A, McIntosh D, Goldstein BI, et al. The CANMAT task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid anxiety disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 2012 Feb;24(1):6-22. [Resumo](#)

Referências

- Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593-602. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Stein MB, Stein DJ. Social anxiety disorder. *Lancet*. 2008 Mar 29;371(9618):1115-25. [Resumo](#)
- Cairney J, McCabe L, Veldhuizen S, et al. Epidemiology of social phobia in later life. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15:224-233. [Resumo](#)
- Grant BF, Hasin DS, Blanco C, et al. The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2005;66:1351-1361. [Resumo](#)
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med*. 2007 Mar 6;146(5):317-25. [Resumo](#)
- Merikangas KR. Vulnerability factors for anxiety disorders in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2005;14:649-679. [Resumo](#)
- Beesdo K, Bittner A, Pine DS, et al. Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:903-912. [Texto completo](#)
- Fehm L, Wittchen HU. Comorbidity in social anxiety disorder. In: Bandelow B, Stein DJ, eds. *Social anxiety disorder*. New York, NY: Marcel Dekker; 2004:49-63.
- Carter MM, Mitchell FE, Sbrocco T. Treating ethnic minority adults with anxiety disorders: current status and future recommendations. *J Anxiety Disord*. 2012;26:488-501. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Brook CA, Schmidt LA. Social anxiety disorder: a review of environmental risk factors. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2008;4:123-143. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Stein MB, Gelernter J, Smoller JW. Genetic aspects of social anxiety and related traits. In: Brandelow B, Stein DJ, eds. *Social anxiety disorder*. New York, NY: Marcel Dekker; 2004:197-214.
- Barlow DH. *Anxiety and its disorders*, 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2002.
- Hirshfeld-Becker DR, Biederman J, Henin A, et al. Behavioral inhibition in preschool children at risk is a specific predictor of middle childhood social anxiety: a five-year follow-up. *J Dev Behav Pediatr*. 2007;28:225-233. [Resumo](#)

14. Plasencia ML, Alden LE, Taylor CT. Differential effects of safety behaviour subtypes in social anxiety disorder. *Behav Res Ther*. 2011;49:665-675. [Resumo](#)
15. Roth DA, Heimberg RG. Cognitive behavioral models of social anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2001;24:753-771. [Resumo](#)
16. Etkin A, Wager TD. Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1476-1488. [Texto completo](#) [Resumo](#)
17. Freitas-Ferrari MC, Hallak JE, Trzesniak C, et al. Neuroimaging in social anxiety disorder: a systematic review of the literature. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2010;34:565-580. [Resumo](#)
18. Schwartz CE, Wright CI, Shin LM, et al. Inhibited and uninhibited infants "grown up": adult amygdalar response to novelty. *Science*. 2003;300:1952-1953. [Resumo](#)
19. Condren RM, O'Neill A, Ryan MC, et al. HPA axis response to a psychological stressor in generalised social phobia. *Psychoneuroendocrinology*. 2002;27:693-703. [Resumo](#)
20. van West D, Claes S, Sulon J, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal reactivity in prepubertal children with social phobia. *J Affect Disord*. 2008;111:281-290. [Resumo](#)
21. Gelernter J, Page GP, Stein MB, et al. Genome-wide linkage scan for loci predisposing to social phobia: evidence for a chromosome 16 risk locus. *Am J Psychiatry*. 2004;161:59-66. [Resumo](#)
22. Doehrmann O, Ghosh SS, Polli FE, et al. Predicting treatment response in social anxiety disorder from functional magnetic resonance imaging. *JAMA Psychiatry*. 2013;70:87-97. [Resumo](#)
23. Hirshfeld-Becker DR, Micco JA, Simoes NA, et al. High risk studies and developmental antecedents of social anxiety disorder. *Am J Med Genet*. 2008;148:99-117. [Resumo](#)
24. Aune T, Stiles TC. Universal-based prevention of syndromal and subsyndromal social anxiety: a randomized controlled study. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77:867-879. [Resumo](#)
25. Jefferson JW. Social phobia: a pharmacologic treatment overview. *J Clin Psychiatry*. 1995;56(suppl 5):18-24. [Resumo](#)
26. Muller U, Mottweiler E, Bublak P. Noradrenergic blockade and numeric working memory in humans. *J Psychopharmacol*. 2005 Jan;19(1):21-8. [Resumo](#)
27. Liebowitz, MR, Schneier F, Campeas R, et al. Phenelzine vs atenolol in social phobia. A placebo-controlled comparison. *Arch Gen Psychiatry*. 1992 Apr;49(4):290-300. [Resumo](#)
28. Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines: management of anxiety disorders. *Can J Psychiatry*. 2006 Jul;51(8 suppl 2):9S-91S. [Resumo](#)
29. Turner SM, Beidel DC, Jacob RG. Social phobia: a comparison of behavior therapy and atenolol. *J Consult Clin Psychol*. 1994 Apr;62(2):350-8. [Resumo](#)

30. Falloon IR, Lloyd GG, Harpin RE. The treatment of social phobia: real-life rehearsal with nonprofessional therapists. *J Nerv Ment Dis.* 1981 Mar;169(3):180-4. [Resumo](#)
31. Stein MB, Sareen J, Hami S, et al. Pindolol potentiation of paroxetine for generalized social phobia: a double-blind, placebo-controlled, crossover study. *Am J Psychiatry.* 2001 Oct;158(10):1725-7. [Resumo](#)
32. Wang PS, Berglund P, Olfson M, et al. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:603-613. [Texto completo](#) [Resumo](#)
33. Wagner R, Silove D, Marnane C, et al. Delays in referral of patients with social phobia, panic disorder, and generalized anxiety disorder attending a specialist anxiety clinic. *J Anxiety Disord.* 2006;20:363-371. [Resumo](#)
34. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
35. Taylor CT, Lapsa JM, Alden LE. Is avoidant personality disorder more than just social avoidance? *J Pers Disord.* 2004 Dec;18(6):571-94. [Resumo](#)
36. Cox BJ, Pagura J, Stein MB, et al. The relationship between generalized social phobia and avoidant personality disorder in a national mental health survey. *Depress Anxiety.* 2009;26(4):354-62. [Resumo](#)
37. Heimberg RG. Social phobia, avoidant personality disorder, and the multiaxial conceptualization of interpersonal anxiety. In: Salkovskis PM, ed. *Trends in cognitive and behavioural therapies.* Chichester: Wiley; 1996:43-61.
38. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006 May 22;166(10):1092-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
39. Mennin DS, Fresco DM, Heimberg RG, et al. Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: the Liebowitz Social Anxiety Scale. *J Anxiety Disord.* 2002;16:661-673. [Resumo](#)
40. Connor K, Kobak KA, Churchill E, et al. Mini-SPIN: a brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depress Anxiety.* 2001;14:137-140. [Resumo](#)
41. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001 Sep;16(9):606-13. [Texto completo](#) [Resumo](#)
42. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67:361-370. [Resumo](#)
43. Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Health Qual Life Outcomes.* 2003;1:29. [Texto completo](#) [Resumo](#)
44. National Institute for Health and Care Excellence. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. May 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)

45. Canton J, Scott KM, Glue P. Optimal treatment of social phobia: systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2012;8:203-15. [Texto completo](#) [Resumo](#)
46. Segool NK, Carlson JS. Efficacy of cognitive-behavioral and pharmacologic treatments for children with social anxiety. *Depress Anxiety*. 2008;25(7):620-31. [Resumo](#)
47. Davidson JR. Pharmacotherapy of social anxiety disorder: what does the evidence tell us? *J Clin Psychiatry*. 2006;67(suppl 12):20-6. [Resumo](#)
48. Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al; Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada/Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14(suppl 1):S1. [Texto completo](#) [Resumo](#)
49. British Columbia Medical Association Guidelines & Protocols Advisory Committee. Anxiety and depression in children and youth: diagnosis and treatment. January 2010 [internet publication]. [Texto completo](#)
50. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, et al. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *N Engl J Med*. 2008 Dec 25;359(26):2753-66. [Texto completo](#) [Resumo](#)
51. Ginsburg GS, Kendall PC, Sakolsky D, et al. Remission after acute treatment in children and adolescents with anxiety disorders: findings from the CAMS. *J Consult Clin Psychol*. 2011 Dec;79(6):806-13. [Texto completo](#) [Resumo](#)
52. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, et al. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*. 2006 Jan;26(1):17-31. [Resumo](#)
53. Ponniah K, Hollon SD. Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: a qualitative review of randomized controlled trials. *Psychol Med*. 2008 Jan;38(1):3-14. [Resumo](#)
54. Rowa K, Antony MM. Psychological treatments for social phobia. *Can J Psychiatry*. 2005 May;50(6):308-16. [Texto completo](#) [Resumo](#)
55. Beidel DC, Ferrell C, Alfano CA, et al. The treatment of childhood social anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2001 Dec;24(4):831-46. [Resumo](#)
56. Fedoroff IC, Taylor S. Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol*. 2001 Jun;21(3):311-24. [Resumo](#)
57. Acarturk C, Cuijpers P, van Straten A, et al. Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2009 Feb;39(2):241-54. [Resumo](#)
58. Aderka IM. Factors affecting treatment efficacy in social phobia: the use of video feedback and individual vs. group formats. *J Anxiety Disord*. 2009 Jan;23(1):12-7. [Resumo](#)
59. Ougrin D. Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2011 Dec 20;11:200. [Texto completo](#) [Resumo](#)

60. Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, et al. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2010 May 19;303(19):1921-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
61. Craske MG, Stein MB, Sullivan G, et al. Disorder-specific impact of coordinated anxiety learning and management treatment for anxiety disorders in primary care. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Apr;68(4):378-88. [Texto completo](#) [Resumo](#)
62. Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *Int Rev Psychiatry*. 2011 Aug;23(4):318-27. [Texto completo](#) [Resumo](#)
63. Williams T, Hattingh CJ, Kariuki CM, et al. Pharmacotherapy for social anxiety disorder (SAnD). *Cochrane Database Sys Rev*. 2017;(10):CD001206. [Texto completo](#) [Resumo](#)
64. Stein DJ, Baldwin DS, Bandelow B, et al. A 2010 evidence-based algorithm for the pharmacotherapy of social anxiety disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2010 Oct;12(5):471-7. [Resumo](#)
65. Blanco C, Schneier FR, Schmidt A, et al. Pharmacological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2003;18(1):29-40. [Resumo](#)
66. Roy-Byrne PP, Veitengruber JP, Bysritsky A, et al. Brief intervention for primary care anxiety: a medication focused approach. *J Am Board Fam Med*. 2009 Mar-Apr;22(2):175-86. [Texto completo](#) [Resumo](#)
67. de Menezes GB, Coutinho ES, Fontenelle LF, et al. Second-generation antidepressants in social anxiety disorder: meta-analysis of controlled clinical trials. *Psychopharmacology (Berl)*. 2011 May;215(1):1-11. [Resumo](#)
68. Ipser JC, Kariuki CM, Stein DJ. Pharmacotherapy for social anxiety disorder: a systematic review. *Expert Rev Neurother*. 2008 Feb;8(2):235-57. [Resumo](#)
69. Roy-Byrne PP, Cowley DS. Pharmacological treatments for panic disorder, generalized anxiety disorder, specific phobia, and social anxiety disorder. In: Nathan P, Gorman JM, eds. *A guide to treatments that work*. 3rd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2007:337-66.
70. Kobak KA, Greist JH, Jefferson JW, et al. Fluoxetine in social phobia: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychopharmacol*. 2002 Jun;22(3):257-62. [Resumo](#)
71. Liebowitz MB, Gelenberg AJ, Munjack D. Venlafaxine extended release vs placebo and paroxetine in social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Feb;62(2):190-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
72. Stein DJ, Stein MB, Pitts CD, et al. Predictors of response to pharmacotherapy in social anxiety disorder: an analysis of 3 placebo-controlled paroxetine trials. *J Clin Psychiatry*. 2002 Feb;63(2):152-5. [Resumo](#)
73. Stein DJ, Versiani M, Hair T, et al. Efficacy of paroxetine for relapse prevention in social anxiety disorder: a 24-week study. *Arch Gen Psychiatry*. 2002 Dec;59(12):1111-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)

74. Montgomery SA, Nil R, Durr-Pal N, et al. A 24-week randomized, double-blind, placebo-controlled study of escitalopram for the prevention of generalized social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005 Oct;66(10):1270-8. [Resumo](#)
75. Walker JR, van Ameringen MA, Swinson R, et al. Prevention of relapse in generalized social phobia: results of a 24-week study in responders to 20 weeks of sertraline treatment. *J Clin Psychopharmacol*. 2000 Dec;20(6):636-44. [Resumo](#)
76. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, et al. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry*. 1992 Apr;49(4):282-8. [Resumo](#)
77. Kessler KC, Stein MB, Berglund P: Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*. 1998 May;155(5):613-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
78. Davidson JR, Potts N, Richichi E, et al. Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *J Clin Psychopharmacol*. 1993 Dec;13(6):423-8. [Resumo](#)
79. Otto MW, Pollack MH, Gould RA, et al. A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *J Anxiety Disord*. 2000 Jul-Aug;14(4):345-58. [Resumo](#)
80. Seedat S, Stein MB. Double-blind, placebo-controlled assessment of combined clonazepam with paroxetine compared with paroxetine monotherapy for generalized social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004 Feb;65(2):244-8. [Resumo](#)
81. Davidson JR, Tupler LA, Potts NL. Treatment of social phobia with benzodiazepines. *J Clin Psychiatry*. 1994 Jun;(suppl 55):28-32. [Resumo](#)
82. Liebowitz, MR, Fyer AJ, Gorman JM, et al. Phenelzine in social phobia. *J Clin Psychopharmacol*. 1986 Apr;6(2):93-8.
83. The International Multicenter Clinical Trial Group on Moclobemide in Social Phobia. Moclobemide in social phobia: a double-blind, placebo-controlled clinical study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1997;247(2):71-80. [Resumo](#)
84. Noyes R, Moroz G, Davidson JR, et al. Moclobemide in social phobia: a controlled dose-response trial. *J Clin Psychopharmacol*. 1997 Aug;17(4):247-54. [Resumo](#)
85. Schneier FR, Goetz D, Campeas R, et al. Placebo-controlled trial of moclobemide in social phobia. *Br J Psychiatry*. 1998 Jan;172:70-7. [Resumo](#)
86. Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, et al. Efficacy of citalopram and moclobemide in patients with social phobia: some preliminary findings. *Hum Psychopharmacol*. 2002 Dec;17(8):401-5. [Resumo](#)
87. Fahlen T, Nilsson HL, Borg K, et al. Social phobia: the clinical efficacy and tolerability of the monoamine oxidase -A and serotonin uptake inhibitor brofaromine: a double-blind placebo-controlled study. *Acta Psychiatr Scand*. 1995 Nov;92(5):351-8. [Resumo](#)

88. Lott M, Greist JH, Jefferson JW, et al. Brofaromine for social phobia: a multicenter, placebo-controlled, double-blind study. *J Clin Psychopharmacol*. 1997 Aug;17(4):255-60. [Resumo](#)
89. Pande AC, Davidson JR, Jefferson JW, et al. Treatment of social phobia with gabapentin: a placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol*. 1999 Aug;19(4):341-8. [Resumo](#)
90. Pande AC, Feltner DE, Jefferson JW, et al. Efficacy of the novel anxiolytic pregabalin in social anxiety disorder: a placebo-controlled, multicenter study. *J Clin Psychopharmacol*. 2004 Apr;24(2):141-9. [Resumo](#)
91. Tassone DM, Boyce E, Guyer J, et al. Pregabalin: a novel gamma-aminobutyric acid analogue in the treatment of neuropathic pain, partial-onset seizures, and anxiety disorders. *Clin Ther*. 2007 Jan;29(1):26-48. [Resumo](#)
92. Feltner DE, Liu-Dumaw M, Schweizer E, et al. Efficacy of pregabalin in generalized social anxiety disorder: results of a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose study. *Int Clin Psychopharmacol*. 2011 Jul;26(4):213-20. [Resumo](#)
93. Greist JH, Liu-Dumaw M, Schweizer E, et al. Efficacy of pregabalin in preventing relapse in patients with generalized social anxiety disorder: results of a double-blind, placebo-controlled 26-week study. *Int Clin Psychopharmacol*. 2011 Sep;26(5):243-51. [Resumo](#)
94. Beaumont G. A large open multicentre trial of clomipramine (Anafranil) in the management of phobic disorders. *J Int Med Res*. 1977;5(suppl 5):116-23. [Resumo](#)
95. Simpson HB, Schneier FR, Campeas RB, et al. Imipramine in the treatment of social phobia. *J Clin Psychopharmacol*. 1998 Apr;18(2):132-5. [Resumo](#)
96. Muehlbacher M, Nickel MK, Nickel C, et al. Mirtazapine treatment of social phobia in women: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol*. 2005 Dec;25(6):580-3. [Resumo](#)
97. Schaffer A, McIntosh D, Goldstein BI, et al. The CANMAT task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid anxiety disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 2012 Feb;24(1):6-22. [Resumo](#)
98. Feldman G. Cognitive and behavioral therapies for depression: overview, new directions, and practical recommendations for dissemination. *Psychiatr Clin North Am*. 2007 Mar;30(1):39-50. [Resumo](#)
99. European Medicines Agency. New measures to avoid valproate exposure in pregnancy endorsed. March 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
100. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:91-111. [Resumo](#)
101. Pollack MH, Van Ameringen M, Simon NM, et al. A double-blind randomized controlled trial of augmentation and switch strategies for refractory social anxiety disorder. *Am J Psychiatry*. 2014 Jan;171(1):44-53. [Resumo](#)

102. Barnett SD, Kramer ML, Casat CD, et al. Efficacy of olanzapine in social anxiety disorder: a pilot study. *J Psychopharmacol*. 2002 Dec;16(4):365-8. [Resumo](#)
103. Schutters SI, van Megen HJ, Westenberg HG. Efficacy of quetiapine in generalized social anxiety disorder: results from an open-label study. *J Clin Psychiatry*. 2005 Apr;66(4):540-2. [Resumo](#)
104. Depping AM, Komossa K, Kissling W, et al. Second-generation antipsychotics for anxiety disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(12):CD008120. [Texto completo](#) [Resumo](#)
105. Van Ameringen M, Mancini C, Wilson C. Buspirone augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in social phobia. *J Affect Disord*. 1996 Jul 8;39(2):115-21. [Resumo](#)
106. Guastella AJ, Richardson R, Lovibond PF, et al. A randomized controlled trial of D-cycloserine enhancement of exposure therapy for social anxiety disorder. *Biol Psychiatry*. 2008 Mar 15;63(6):544-9. [Resumo](#)
107. Hofmann SG, Smits JA, Rosenfield D, et al. D-Cycloserine as an augmentation strategy with cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Am J Psychiatry*. 2013 Jul;170(7):751-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
108. Lipsitz JD, Gur M, Vermes D, et al. A randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. *Depress Anxiety*. 2008;25(6):542-53. [Resumo](#)
109. Titov N, Gibson M, Andrews G, et al. Internet treatment for social phobia reduces comorbidity. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009 Aug;43(8):754-9. [Resumo](#)
110. Dear BF, Staples LG, Terides MD, et al. Transdiagnostic versus disorder-specific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for social anxiety disorder and comorbid disorders: a randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*. 2016 Aug;42:30-44. [Texto completo](#) [Resumo](#)
111. Hedman E, Andersson G, Ljotsson B, et al. Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled non-inferiority trial. *PLoS One*. 2011 Mar 25;6(3):e18001. [Texto completo](#) [Resumo](#)
112. Hedman E, Furmark T, Carlbring P, et al. A 5-year follow-up of internet-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder. *J Med Internet Res*. 2011 Jun 15;13(2):e39. [Texto completo](#) [Resumo](#)
113. Hedman E, Ljótsson B, Lindefors N. Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2012 Dec;12(6):745-64. [Resumo](#)
114. Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, et al. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(3):CD011565. [Texto completo](#) [Resumo](#)
115. Abramowitz JS, Moore EL, Braddock AE, et al. Self-help cognitive behavioral therapy with minimal therapist contact for social phobia: a controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2009 Mar;40(1):98-105. [Resumo](#)

116. Tillfors M, Carlbring P, Furmark T, et al. Treating university students with social phobia and public speaking fears: internet delivered self-help with or without live group exposure sessions. *Depress Anxiety*. 2008;25(8):708-17. [Resumo](#)
117. Cuijpers P, Marks IM, van Straten A, et al. Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta-analytic review. *Cogn Behav Ther*. 2009;38(2):66-82. [Resumo](#)
118. Amir N, Bomyea J, Beard C. The effect of single-session interpretation modification on attention bias in socially anxious individuals. *J Anxiety Disord*. 2010 Mar;24(2):178-82. [Texto completo](#) [Resumo](#)
119. Klinger E, Bouchard S, Legeron P, et al. Virtual reality therapy versus cognitive behavioral therapy for social phobia: a preliminary controlled study. *Cyberpsychol Behav*. 2005 Feb;8(1):76-88. [Resumo](#)
120. Norton PJ, Barrera TL. Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: a preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depress Anxiety*. 2012 Oct;29(10):874-82. [Texto completo](#) [Resumo](#)
121. Jayakody K, Gunadasa S, Hosker C. Exercise for anxiety disorders: systematic review. *Br J Sports Med*. 2014 Feb;48(3):187-96. [Resumo](#)
122. Haug T, Blomhoff S, Hellstrom K, et al. Exposure therapy and sertraline in social phobia: 1-year follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2003 Apr;182:312-8. [Resumo](#)
123. US Food and Drug Administration. FDA proposes new warnings about suicidal thinking, behavior in young adults who take antidepressant medications. May 2007 [internet publication].

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jul 13, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Craig N. Sawchuk, PhD

Associate Professor

Department of Psychiatry and Psychology, Mayo Clinic, Rochester, MN

DIVULGAÇÕES: CNS declares that he has no competing interests.

Jason P. Veitengruber, MD

Assistant Professor

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA

DIVULGAÇÕES: JPV declares that he has no competing interests.

Bunmi O. Olatunji, PhD

Associate Professor

Department of Psychological Sciences, Vanderbilt University, Nashville, TN

DIVULGAÇÕES: BOO declares that he has no competing interests.

Stacy Shaw Welch, PhD

Director

Anxiety and Stress Reduction Center of Seattle, University of Washington, Seattle, WA

DIVULGAÇÕES: SSW declares that she has no competing interests.

// Colegas revisores:

Richard P. Swinson, MD, FRCPC, FRCPsych

Emeritus Professor

Medical Director, Anxiety Treatment and Research Centre, McMaster University and St Joseph's Hospital, Hamilton, Canada

DIVULGAÇÕES: RPS declares that he has no competing interests.

Jeffrey M. Lohr, PhD

Professor

Department of Psychology, University of Arkansas, Fayetteville, AR

DIVULGAÇÕES: JML declares that he has no competing interests.

David F. Tolin, PhD

Associate Professor

Institute of Living, Yale University, New Haven, CT

DIVULGAÇÕES: DFT declares that he has no competing interests.

David Baldwin, MD

Professor of Psychiatry

University of Southampton, Southampton, UK

DIVULGAÇÕES: DB has acted as a consultant for and held research grants from Cephalon, Eli Lilly, GSK, Lundbeck, Organon, Pfizer, Pharmacia, Roche, and Wyeth and has also acted as a consultant to Asahi, AstraZeneca, Grunenthal, Pierre Fabre, Servier, Sumitomo, and Wyeth. He has accepted paid

Colaboradores:

speaking engagements in industry-supported satellite symposia and is co-author of the BAP evidence-based guidelines on the treatment of anxiety disorders. He is also a Medical Patron of Anxiety UK.