

BMJ Best Practice

Fobias

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	5
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	9
Anamnese e exame físico	10
Exames diagnóstico	11
Diagnóstico diferencial	12
Critérios de diagnóstico	13
Tratamento	15
Abordagem passo a passo do tratamento	15
Visão geral do tratamento	18
Opções de tratamento	19
Novidades	23
Acompanhamento	24
Recomendações	24
Complicações	24
Prognóstico	25
Diretrizes	27
Diretrizes de tratamento	27
Recursos online	28
Nível de evidência	29
Referências	30
Aviso legal	37

Resumo

- ◇ Uma das doenças psiquiátricas mais comuns e tratáveis.
- ◇ Marcada por medo ou ansiedade na presença de um objeto ou situação específica.
- ◇ As avaliações baseiam-se em autorrelatos, entrevistas clínicas e observações comportamentais.
- ◇ A terapia cognitivo-comportamental (TCC) com exposição especificamente gradual é considerada o tratamento de primeira linha para pacientes com sintomas frequentes.
- ◇ A terapia também pode ser realizada por meio de autoajuda e modalidades assistidas por computadores e terapeutas.
- ◇ Ao analisar as opções de tratamento, é importante considerar a motivação do paciente e os recursos disponíveis.

Definição

As fobias envolvem medo intenso de objetos ou situações específicas e são desencadeadas pela exposição real ou antecipada a estímulos fóbicos. Situações que apresentam estímulos fóbicos costumam ser evitadas ou enfrentadas com grande ansiedade. Medos excessivos podem causar comprometimentos funcionais ou prejudicar o estilo de vida.

Epidemiologia

As fobias estão entre os transtornos psiquiátricos mais comuns e tratáveis.[2] Nos EUA, a prevalência ao longo da vida é entre 9% e 13%, e a prevalência de 12 meses é entre 7% e 9%, fazendo das fobias o transtorno de ansiedade mais comum.[2] [3] [4] Taxas de prevalência de 5-8% são relatadas em crianças[5] [6] e 16% em adolescentes.[7] As taxas são menores entre os idosos, variando de 2-5%.[7] [8]

No Reino Unido, a prevalência total para homens e mulheres é de 18 por 1000.[9]

As mulheres têm 2 a 3 vezes mais chances de desenvolver fobias que os homens;[2] [3] porém, a prevalência de fobia do tipo sangue-injeção-ferimentos é igualmente distribuída entre os sexos.[1] [10] [11]

As chances de desenvolver fobias são significativamente menores entre hispânicos e asiáticos e maiores entre pessoas brancas.[2] Fobias específicas da cultura são possíveis entre pessoas de diferentes raças e etnias.[12] [13] Descobriu-se que o medo de animais é mais prevalente no Japão e em Hong Kong.[14]

Cerca de 70% dos pacientes com fobia específica relatam mais de um medo clinicamente relevante.[2] Animais e altura tendem a ser os estímulos mais comuns, seguidos por voos de avião, espaços fechados e sangue-injeção-ferimentos.[2]

Etiologia

Respostas de ansiedade intensa ou de pânico inesperado na presença de objetos ou situações específicas podem marcar o início de fobia, mas não são necessariamente a única via causal da aquisição fóbica.[15] O nojo, isolado ou combinado com o medo, pode estar envolvido no início e na manutenção de várias fobias de animais (por exemplo, aranhas, cobras, vermes) e de sangue-injeção-ferimentos.[16] O início também pode ocorrer por meios indiretos, como observar outras pessoas reagindo com medo ou receber informações negativas.[15] No entanto, nem sempre é possível identificar um evento passado ou motivo específico para o início de uma fobia.

Alguns estímulos podem induzir mais fobias que outros (por exemplo, animais mais que tomadas elétricas) em função de sua relevância como ameaça evolucionária.[17] Os índices de concordância familiar entre parentes biológicos de primeiro grau tendem a ser moderados. Estudos sugerem que fobias de animais e de sangue-injeção-ferimentos têm os maiores índices de herdabilidade.[18] [19] [20] Gêmeas do sexo feminino têm herdabilidade de 46% a 59%; porém, a pesquisa nessa área ainda é muito limitada.

Fisiopatologia

Acredita-se que a hiperatividade da amígdala, do córtex cingulado anterior e da ínsula seja o mecanismo de ação subjacente. Essa teoria baseia-se em pesquisas que indicam reduções significativas, nessas áreas, da atividade neural específica do local após tratamentos de exposição baseados em evidências.[21] Estudos

de neuroimagem também mostraram um aumento na ativação da amígdala durante a exposição a estímulos fóbicos relevantes e uma maior atividade nas regiões do tálamo, ínsula e córtex cingulado anterior.[22] [23] [21] [24] [25] Metanálises sugerem que, durante exposições a estímulos fóbicos relevantes, as regiões da amígdala esquerda/globo pálido, ínsula esquerda, tálamo direito e cerebelo são todas mais ativas em fóbicos que em não fóbicos. A terapia de exposição causa a desativação no córtex frontal direito, córtex límbico, gânglios da base e cerebelo, com atividade aumentada no tálamo.[26] Observou-se, em uma amostra pequena e mista de pacientes fóbicos, uma redução na disponibilidade dos receptores neurocinina 1 da substância P.[27]

Estudos de neuroimagem funcional identificaram padrões específicos de substratos neurais que diferenciam transtornos fóbicos de outros transtornos de ansiedade, incluindo padrões únicos de ativação que discriminam entre os vários subtipos de fobias.[28]

Acredita-se que a atividade aguda e exagerada do sistema nervoso parassimpático durante a exposição a estímulos seja subjacente à síncope vasovagal que ocorre em até 80% das pessoas com fobia de sangue-injeção-ferimentos.[29] [30]

Classificação

Estímulos fóbicos[1]

Animais

- Mais comumente cães, cobras e insetos.

Situacionais

- Mais comumente dirigir, voar e estar em espaços fechados (claustrofobia).

Ambientes naturais

- Mais comumente tempestades, altura e escuro.

Sangue-injeção-ferimentos

- Mais comumente injeções, coletas de sangue e procedimentos médicos.

Outra

- Por exemplo, sufocamento, vômitos e palhaços.

Prevenção primária

Não se conhecem medidas de prevenção primária.

Caso clínico

Caso clínico #1

Um homem de 40 anos demonstra intensa preocupação muitas semanas antes de uma viagem de avião programada. No entanto, o seu trabalho exige que ele viaje várias vezes ao ano. Ele desenvolveu o medo há 2 anos após um voo extremamente turbulento. Ele tem imagens vívidas e recorrentes dele morrendo em uma colisão aérea com o avião em chamas. Ele fica hiperalerta em relação a qualquer som ou movimento inesperado do avião.

Caso clínico #2

Uma mulher de 25 anos apresenta uma reação fisiológica aumentada ao ser exposta a aranhas e experimenta medo intenso na presença de qualquer coisa que lembre aranhas. Seus sintomas existem desde sempre. Ela raramente vai à garagem ou ao ático, e, antes de dormir, seu marido precisa inspecionar detalhadamente o quarto. Ela admite que nunca foi picada por uma aranha, tem vergonha de suas reações e sabe que nem sempre aranhas são perigosas; porém, acometem-lhe pensamentos de que todas as aranhas são agressivas e ameaçadoras.

Outras apresentações

As fobias podem se desenvolver em relação a quase qualquer objeto ou situação. Outras apresentações comuns incluem pacientes com diabetes mellitus que não aderem ao monitoramento de glicose sanguínea e evitam coletas de sangue agendadas. Esse comportamento pode se dever ao medo de sangue, agulhas e/ou injeções e pode estar associado a tonturas, náuseas e/ou desmaios. Outras fobias médicas podem incluir medo de ser sedado ou de ficar preso dentro de um scanner durante exames de imagem. Fobias menos incomuns incluem medo de sufocamento, causando mudanças significativas nos hábitos alimentares; medos irracionais de tocar em plásticos, causando significativa aversão tátil e comportamento de evitação; e medo de vômitos, ocasionando pânico intenso em caso de náuseas ou ao ouvir outros vomitando.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico pode ser feito por meio de autorrelato, entrevista clínica e observação comportamental de resposta aos estímulos.^[1] Muitos questionários de autoavaliação empiricamente validados estão disponíveis para a avaliação do funcionamento basal e para o monitoramento da resposta ao tratamento ao longo do tempo.^[39]

A identificação de marcadores fisiopatológicos por meio de exames laboratoriais não é indicada.

Fatores históricos

Os sintomas costumam ter início entre a segunda e a terceira infância; porém, as fobias podem se desenvolver em qualquer idade. A idade média de início é entre os 7 e 10 anos, com um declínio nas probabilidades de início ao longo da vida adulta.^{[1] [2] [3]} A maioria das fobias de animais desenvolve-se geralmente antes dos 8 anos de idade.

Muitos pacientes não se lembram de eventos específicos relacionados ao desenvolvimento de suas fobias, buscando, muitas vezes, tratamento anos após a manifestação de comportamento intenso de evitação. As descrições dos sintomas incluem experiências de ansiedade intensa ou pânico durante a exposição direta ou antecipada a situações ou objetos específicos. Perturbações do sono, depressão e/ou extrema ansiedade antecipatória podem coexistir. Oitenta por cento dos pacientes com fobias de sangue-injeção-ferimentos têm síncope vasovagal.[29] As estratégias de enfrentamento muitas vezes incluem evitação, busca de segurança ou uso indevido de substâncias. Esses comportamentos podem acarretar manutenção da fobia ao longo do tempo.

A história social geralmente revela comprometimentos funcionais nos campos pessoal, social e ocupacional. A história familiar pode revelar parentes de primeiro grau sintomáticos, especialmente em pacientes com fobias de sangue-injeção-ferimentos, que, muitas vezes, descrevem síncope vasovagal na família. A história médica geralmente não traz nada digno de nota.

Questões de rastreamento

Para identificar pistas, sintomas e comportamentos fóbicos, podem-se fazer as seguintes perguntas:

- Você sente medo ou ansiedade intensa ao deparar-se com certos animais, objetos ou situações?
- Você evita esses animais, objetos ou situações em função de seu medo?
- De que maneiras essa ansiedade ou medo interferiu na sua vida?
- Como você reagiria se fosse exposto ao animal, objeto ou situação agora mesmo?
- Você já desmaiou ou quase desmaiou na presença de sangue, ferimentos ou agulhas?

Entrevista diagnóstica

Roteiros de entrevistas estruturadas e semiestruturadas são comumente usados no contexto de pesquisa, mas podem não ser necessários para estabelecer o diagnóstico na prática clínica. Os roteiros validados de entrevistas estruturadas e semiestruturadas, para avaliar pacientes que relatam sintomas fóbicos, incluem:

- A Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-5 (SCID-5-CV)[40]
- O Roteiro de Entrevista de Transtornos de Ansiedade (ADIS-IV): pais e filhos[41]
- O Roteiro de Entrevista de Transtornos de Ansiedade para o DSM-5 (ADIS-5): adultos e vitalício[42]
- Roteiro para Transtornos Afetivos e Esquizofrenia para Crianças em Idade Escolar: presente e vitalício (K-SADS-PL).[43]

O roteiro de entrevistas do ADIS-IV se baseia nos critérios do DSM-IV e consiste em entrevistas semiestruturadas distintas para os filhos e os pais.

Entrevista com a família e/ou amigos próximos

A avaliação pode ser expandida por meio de entrevistas com informantes-chave ou membros da família. Elas são particularmente importantes na avaliação da fobia em crianças.

Exame físico

Geralmente, não há achados objetivos, embora pacientes possam ficar visivelmente ansiosos ou nervosos ao discutirem suas fobias. Pode haver sinais de atividade elevada do sistema nervoso simpático (por exemplo, taquicardia, hiperventilação, sudorese e rubor). O desmaio vasovagal também

pode ocorrer, especialmente quando pessoas com fobia de sangue-injeção-ferimentos são expostas a situações ou procedimentos médicos. Esses pacientes podem ser avaliados para outras condições clínicas associadas ao risco de desmaios (incluindo níveis glicêmicos e hipotensão ortostática).

Tarefas de abordagem comportamental

Avaliações utilizando tarefas de abordagem comportamental envolvem observar o quanto o paciente está disposto a entrar em contato direto com estímulos fóbicos. Mede-se, por exemplo, o quanto um aracnofóbico se aproxima de um recipiente vedado contendo uma aranha viva.

Crianças

Medos na infância são comuns e, geralmente, transitórios. Os medos que persistem são considerados fobias caso se observem comprometimentos funcionais no desenvolvimento (por exemplo, recusar-se a brincar fora de casa por medo de cachorros; recusar-se a desligar as luzes ao deitar por medo do escuro). Ansiedades fóbicas em crianças podem se manifestar como choros, acessos de raiva, imobilidade ou apego a objetos (clinging), mas as crianças podem não achar que seus medos sejam irracionais. Os pais descrevem inícios agudos e traumáticos (por exemplo, mordidas de cachorro) ou graduais na ausência de experiências aversivas (por exemplo, medo do escuro).

Fatores de risco

Fortes

experiências aversivas

- O início das fobias pode ser precipitado por experiências prévias com objetos ou situações específicas. Experiências traumáticas de aprendizado, diretas e indiretas, com situações ou objetos circunscritos, são comuns.[15] Aproximadamente 25% dos pacientes não recordam experiências negativas ou aversivas no início de suas fobias.[31] 1[A]Evidence

estresse e eventos de vida negativos

- O início das fobias pode ser precipitado por culminações de estressores e por eventos de vida negativos, como dificuldades em relacionamentos, relocações, perda de emprego e dificuldades econômicas.

transtornos de ansiedade

- O início da fobia pode ser simultâneo ou posterior a transtornos de ansiedade.[2]

transtornos de humor

- O início da fobia pode ser simultâneo ou posterior a transtornos do humor, comumente transtorno bipolar do tipo II.[2]

transtornos relacionados ao uso de substâncias

- O início da fobia pode ser simultâneo ou posterior a transtornos relacionados ao uso de substâncias.[2] Com o tempo, o uso indevido de substâncias pode contribuir para a manutenção da fobia.

Fracos

parente de primeiro grau com fobia

- A genética pode contribuir para a vulnerabilidade ao início dos sintomas. Estima-se que a herdabilidade familiar entre parentes de primeiro grau seja de 30% a 40%. Ela chega a 60% entre parentes com fobia de sangue-injeção-ferimentos.[29] [32]

gêmeos com fobia

- Gêmeos do sexo feminino demonstraram herdabilidade entre 46% e 59% para fobias situacionais, de animais e de sangue-injeção-ferimentos.[33] 2[B]Evidence A herdabilidade da hematofobia é aproximadamente 7.5 vezes maior entre pares de gêmeas monozigóticas que entre dizigóticas.[34]

sexo feminino

- Fobias são aproximadamente 2 a 3 vezes mais comuns em mulheres que em homens. Porém, a fobia de sangue-injeção-ferimentos é igualmente distribuída entre homens e mulheres.

etnia branca

- As fobias são mais comuns em pessoas brancas que em pessoas hispânicas ou asiáticas.

ansiedade e superproteção parentais

- Os comportamentos de ansiedade e superproteção parentais podem desempenhar um importante papel no desenvolvimento e manutenção de transtornos de ansiedade e fobias específicas em particular.[35]

afetividade negativa e inibição comportamental

- As pessoas com afetividade negativa e inibição comportamental apresentam risco mais elevado de desenvolvimento de fobias específicas.[36] [37]

viés cognitivo/de atenção

- Um número crescente de literatura sustenta que vários vieses cognitivos estão associados ao desenvolvimento e à manutenção de fobias específicas.[38]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

ansiedade antecipatória (comum)

- A antecipação do contato com estímulos fóbicos pode estar associada a pensamentos catastróficos e a medos da incapacidade de enfrentamento.

comportamento de evitação (comum)

- Maiores níveis de evitação são tipicamente associados a níveis aumentados de comprometimento funcional. Os pacientes podem enfrentar as situações com sofrimento acentuado.

Outros fatores de diagnóstico

início na infância (comum)

- A faixa etária média para o início de fobias é dos 7 aos 10 anos. A maioria das fobias de animais desenvolve-se antes dos 8 anos de idade.

início na fase adulta jovem (comum)

- Fobias situacionais e de sangue-injeção-ferimentos geralmente se iniciam em jovens adultos.

náuseas (comum)

- As náuseas podem ser provocadas pela exposição a certos estímulos fóbicos, especialmente os que envolvem sangue-ferimentos.

tontura (comum)

- As tonturas podem ocorrer com a exposição real ou antecipada a estímulos fóbicos.

nojo (comum)

- O nojo de objetos ou situações, isolado ou combinado com medos, pode estar envolvido no início e na manutenção de várias fobias de animais e de sangue-injeção-ferimentos.^[16]

desmaios (comum)

- Até 80% das pessoas com fobia de sangue-injeção-ferimentos podem ter episódios de desmaios.^[27]

taquicardia (comum)

- A frequência cardíaca pode aumentar diante da exposição, real ou antecipada, a estímulos fóbicos. No entanto, as respostas fisiológicas variam. Embora os indivíduos com fobias situacionais, ambientais naturais e animais provavelmente apresentem estimulação no sistema nervoso simpático, aqueles com sangue-injeção-ferimentos frequentemente demonstram uma resposta de desmaio vasovagal marcada por aceleração breve inicial na frequência cardíaca e na pressão arterial, seguida por desaceleração na frequência cardíaca e queda na pressão arterial.^[11]

hiperventilação (comum)

- A hiperventilação pode ocorrer diante da exposição, real ou antecipada, a estímulos fóbicos.

resposta de sobressalto exagerada (comum)

- Podem ocorrer sobressaltos exagerados diante da exposição, real ou antecipada, a estímulos fóbicos.

perturbações do sono (incomum)

- Perturbações do sono podem se desenvolver em função de altos níveis de ansiedade antecipatória e preocupação: por exemplo, a previsão de uma viagem de avião.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
autorrelato <ul style="list-style-type: none"> • Suficientes para estabelecer o diagnóstico. 	descrições de ansiedade intensa/pânico ao contato com estímulos fóbicos

Exame	Resultado
observação comportamental e testes de aproximação <ul style="list-style-type: none"> As tarefas com abordagem comportamental podem ser usadas para medir o quanto os pacientes estão dispostos a ter contato com estímulos fóbicos. Suficientes para estabelecer o diagnóstico. 	ansiedade intensa e evitação ao discutir ou aproximar-se de estímulos fóbicos

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
entrevista clínica estruturada/semiestruturada <ul style="list-style-type: none"> As entrevistas relevantes incluem: a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-5 (SCID-5-CV); o Roteiro de Entrevista de Transtornos de Ansiedade (ADIS-IV); o Roteiro de Entrevista do Transtorno de Ansiedade para o DSM-5 (ADIS-5); e o Roteiro para Transtornos Afetivos e Esquizofrenia para Crianças em Idade Escolar: presente e vitalício (K-SADS-PL). Suficientes para estabelecer o diagnóstico. 	preenchimento dos critérios diagnósticos do DSM

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
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 pânico	<ul style="list-style-type: none"> Alta ansiedade antecipatória em várias situações em que o paciente teme a recorrência de um ataque. 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.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Transtorno da ansiedade social (fobia social)	<ul style="list-style-type: none"> Os medos envolvem preocupações com passar vergonha ou ser julgado negativamente pelos outros. O DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição) introduziu o rótulo diagnóstico alternativo de transtorno da ansiedade social para ajudar a reduzir a confusão a respeito do termo 'fobia'. 	<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. A anestesia emocional é comum. A revivência de traumas é comum. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica estruturada.
Transtorno de ansiedade de separação	<ul style="list-style-type: none"> Os medos envolvem separações percebidas de membros da família. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica estruturada.

Critérios de diagnóstico

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5)[1]

As fobias podem ser diagnosticadas quando os seguintes critérios da American Psychiatric Association são preenchidos:

- Medos persistentes e intensos estimulados pela presença ou antecipação de objetos ou situações específicas.
- A exposição a estímulos fóbicos provoca, quase que invariavelmente, respostas imediatas de ansiedade, incluindo reação fisiológica aumentada. Nas crianças, as ansiedades podem se manifestar como choro, acessos de raiva, imobilidade ou apego a objetos (clinging).
- Situações fóbicas são evitadas ou enfrentadas com ansiedade ou sofrimento intensos.
- O medo ou ansiedade é desproporcional ao perigo real apresentado pelo objeto ou situação temida.
- A evitação, a ansiedade por antecipação e/ou sofrimento devidos às situações temidas interferem significativamente nas rotinas, ocupações ou funções acadêmicas normais, atividades sociais e/ou nos relacionamentos.
- Sintomas presentes por pelo menos 6 meses tanto em crianças quanto em adultos.
- Os sintomas não são justificados por outros transtornos mentais.

Os subtipos são especificados com base nas seguintes categorias de fobia.

- Animal: cães, cobras, insetos, etc.

- Situacional: dirigir, viajar de avião, espaços fechados, etc.
- Ambientes naturais: tempestades, altura, escuro, etc.
- Sangue-injeção-ferimentos: injeções, coletas de sangue, procedimentos médicos, etc.
- Outros: sufocamento, vômitos, palhaços, etc.

Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, versão 10: transtornos mentais e comportamentais[44]

As fobias específicas (isoladas) podem ser diagnosticadas quando os seguintes critérios da Organização Mundial da Saúde são preenchidos:

- Sintomas psicológicos ou autonômicos são manifestações primárias de ansiedade, e não secundárias a outros sintomas como delírio ou pensamentos obsessivos.
- A ansiedade é restrita à presença de objetos ou situações fóbicas particulares.
- As situações fóbicas são evitadas sempre que possível.

Abordagem passo a passo do tratamento

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é a terapia de primeira linha para fobias.[45] [46] [47] [48] [49] Tratamentos em curto prazo costumam ser suficientes, e podem-se obter melhoras significativas em apenas 1 a 5 sessões.[45] [46] [49] Tratamentos com uma sessão que envolvem exposição sistemática são efetivos tanto para crianças quanto para adultos fóbicos.[50] [51] Os objetivos primários são reduzir a ansiedade fóbica, eliminar os comportamentos de evitação e de segurança excessiva e melhorar as capacidades funcionais. É importante considerar os tratamentos passados, a motivação dos pacientes, a presença de transtornos comórbidos, as disponibilidades de tratamento e quaisquer barreiras ao tratamento.

Terapia cognitivo-comportamental

O tratamento de primeira linha para todos os pacientes com sintomas frequentes é a TCC, uma intervenção baseada no treinamento de habilidades.[45] [46] [47] [49] [52] A TCC combina educação, automonitoramento, controle de estilos de pensamento negativo, exposição gradual e treinamento de técnicas de relaxamento. A exposição gradual é geralmente vista como o elemento mais importante da TCC durante o tratamento de fobias.[49] Evidências sugerem que a terapia de exposição é efetiva para fobias de animais,[53] situacionais,[54] de ambientais naturais,[55] de sangue-injeção-ferimentos[56] e atípicas[57].

O tratamento terapêutico de exposição envolve a exposição a objetos ou situações reais temidas; a exposição a estímulos fóbicos em intensidade gradual porém crescente, de maneira previsível e controlável; exposição contínua por períodos prolongados para certificar-se de que a redução do medo e os comportamentos de aproximação ocorram na presença de estímulos fóbicos; e exposições frequentes e repetitivas seguidas de tentativas menos frequentes. Pacientes com sintomas associados de claustrofobia (fobia situacional que envolve medo de espaços fechados) podem se beneficiar da exposição gradual, feita de forma repetida e controlada, a sensações físicas desconfortáveis (como hiperventilação e taquicardia). Isso pode reduzir as crenças fóbicas e aumentar a tolerância. A exposição envolve aumentar a tolerância a aproximações sucessivas de objetos fóbicos (palavras, desenhos, vídeos, situações reais, etc.). Os objetivos gerais são redução do medo ao longo do tempo sem comportamentos de escape ou evitação. Em alguns casos, pode-se indicar, inicialmente, a exposição na imaginação de situações temidas.

Intervenções de sessão única, baseadas em exposição maciça, de duração aproximada de 3 horas, também se mostraram eficazes e eficientes no tratamento de fobias específicas em adultos e crianças.[50] [51] 3[B]Evidence

A terapia de exposição gradual pode ser realizada através de materiais adequados de autoajuda, programas assistidos por computador e encaminhamento a especialistas em saúde mental.

Situações e estímulos fóbicos podem ser criados utilizando-se tecnologias avançadas de computação. A terapia de realidade virtual é mais útil para o tratamento de fobias de avião e de altura, especialmente quando combinada com elementos de TCC.[58] [59] A eficácia da exposição à realidade virtual continua crescendo, mas é vista como uma opção de tratamento viável para ansiedade fóbica, se disponível.[49] [60] [61] [62]

A terapia de exposição de inundação pode ser indicada para pacientes com sintomas que interferem em atividades mais súbitas e inesperadas, como viagens ou procedimentos médicos. Esse tratamento envolve a exposição prolongada e frequente a apresentações mais intensas dos estímulos fóbicos ao

mesmo tempo em que elimina comportamentos de escape e evitação. A terapia pode ser modificada para incluir exercícios de exposição de rápida gradação ao longo de períodos muito curtos de tempo. Os potenciais benefícios incluem redução rápida do medo e conclusão de atividades ou tratamentos necessários com prazos imediatos. Algumas potenciais desvantagens incluem maiores sensações de ansiedade intensa e potencialmente incontável; abandono prematuro do tratamento; e recidiva dos ganhos do tratamento.

Recomenda-se encaminhamento a profissionais de saúde especializados em TCC independentemente da gravidade da fobia.

Terapia de tensão aplicada

Pacientes com fobias de sangue-injeção-ferimentos associadas a desmaios são inicialmente tratados com técnica da tensão aplicada. Ela envolve o tensionamento e relaxamento frequentes de grandes grupos musculares do braço, abdome e perna, a fim de promover o aumento da pressão arterial e da circulação sanguínea.[63] Consequentemente, os pacientes participam da terapia de exposição gradual. São necessários ensaios clínicos randomizados adicionais para avaliar a efetividade da técnica da tensão aplicada em hematofóbicos com e sem história de desmaios.[64]

Farmacoterapia

Benzodiazepínicos foram utilizados por curto prazo em pacientes com sintomas não frequentes que interferem em uma atividade necessária ou em um tratamento urgente (por exemplo, pacientes com fobia de agulhas que necessitam de quimioterapia, pacientes com claustrofobia submetidos a exames de imagem e pacientes com fobias relacionadas a viagens que interferem em suas ocupações); porém, nenhum estudo demonstrou eficácia prolongada.

Benzodiazepínicos foram usados como coadjuvantes à TCC em pacientes com ansiedade antecipatória extrema; porém, há uma preocupação de que o uso de benzodiazepínicos possa afetar a eficácia das exposições graduais.

Outros coadjuvantes farmacoterapêuticos à TCC incluem inibidores seletivos de recaptção de serotonina para pacientes com comorbidades com depressão ou outros transtornos de ansiedade, como transtorno do pânico, e agentes hipnóticos para pacientes com insônia.

Manuais de autoajuda

Os manuais de autoajuda baseados em princípios da TCC, bem como a terapia de exposição autoguiada, demonstraram ser eficazes e, às vezes, preferidos pelos pacientes.[65] Sugere-se um manual de autoajuda de base empírica.[66] Os manuais de autoajuda baseados na TCC são mais eficazes em comparação ao padrão de cuidados, lista de espera ou intervenções de relaxamento, embora sejam necessárias mais análises de acompanhamento e custo-efetividade em longo prazo.[67]

Tratamentos assistidos por computador

A terapia assistida por computador também pode ser usada como um meio eficaz de conduzir tratamentos baseados em exposição.[68] Estudos meta-analíticos costumam confirmar a maior eficácia das intervenções de exposição assistidas por computador se comparadas às condições de controle de lista de espera.[69] [70] [71] Um ensaio clínico randomizado e controlado demonstrou que tanto a exposição guiada pela internet quanto uma sessão única de exposição in vivo são eficazes para o tratamento da aracnofobia, embora o tamanho do efeito e a proporção de fóbicos que alcançaram

mudanças clinicamente significativas em um teste de abordagem comportamental tenham sido maiores no grupo da exposição in vivo.[72]

No Reino Unido, o programa FearFighter é recomendado pelo National Institute for Health and Clinical Excellence. [FearFighter panic & phobia treatment] Tratamentos assistidos por computador estão sendo investigados na América do Norte, mas não estão sendo distribuídos comercialmente.

Outras modalidades de tratamento

Envolver os membros da família ou os amigos nos tratamentos pode aumentar a adesão às intervenções recomendadas. O envolvimento familiar é particularmente importante no tratamento de crianças.

Encaminhamento

É importante consultar profissionais de saúde mental antes de iniciarem-se tratamentos baseados em evidências, pois o monitoramento da progressão e da segurança do tratamento costuma ser feito por especialistas. A colaboração e o contato regular entre o médico responsável pelo encaminhamento e os profissionais de saúde mental são essenciais em todos os casos encaminhados. Os pacientes com comprometimento mais grave ou sintomas mais complexos exigem que uma revisão seja feita por especialistas com experiência em TCC.

Discutir as opções de encaminhamento com pacientes relutantes em ver profissionais de saúde mental é útil. Nesses casos, quando indicado, podem-se fornecer informações corretivas e incremento motivacional. O uso de livros de autoajuda adequados ou de programas de computador que enfatizem os princípios de exposição autodirecionada podem ser aceitáveis para pacientes que recusam-se a ver profissionais de saúde mental.

Crianças

Para transtornos de ansiedade na infância, recomenda-se o encaminhamento a profissionais de saúde mental especializados em TCC, independentemente da gravidade da fobia.

O envolvimento dos pais é importante para estimular a orientação durante sessões de exposição dentro de casa. Algumas crianças se beneficiam de programas de manejo de contingências para estimular comportamentos de aproximação. Programas de manejo de contingências envolvem recompensar reações positivas a situações ou objetos temidos. As recompensas podem incluir encorajamento verbal positivo, doces e sistemas de pontuação (por exemplo, levando à aquisição de um brinquedo desejado). As recompensas são obtidas apenas mediante a conclusão dos comportamentos de aproximação. O manejo de contingências pode ser considerado em situações agudas ou quando as crianças resistem ou têm dificuldades em participar das intervenções padrão baseadas em exposição. Os pais podem ser treinados em métodos de manejo de contingências para facilitar os exercícios de exposição. Os programas de manejo de contingências não são tão eficazes com adolescentes e adultos quanto com crianças mais jovens.

Os tratamentos de primeira linha com TCC são essencialmente iguais para adultos e podem incluir terapia de exposição gradual, terapia de inundação e/ou técnica da tensão aplicada para crianças com síncope. Formatos individuais ou grupais de TCC, com envolvimento dos pais, são abordagens eficazes para o manejo de fobias da infância.[73] 4[A]Evidence As fobias da infância também podem ser tratadas com intervenções de exposição maciça de sessão única.[51] [74] 3[B]Evidence



Um ECRC sugeriu que o tratamento com foco na criança e o tratamento com uma sessão com a participação dos pais são eficazes. Não se constatou que a participação dos pais contribui para ganhos superiores, mas é necessário realizar mais pesquisa.[75]

Em crianças com transtornos de ansiedade primários, incluindo aquelas com fobias específicas, a administração de tratamento auxiliado por computador foi associada a uma redução significativamente maior da ansiedade e a uma capacidade funcional melhorada em comparação a um grupo de apoio educacional auxiliado por computador.[76]

Assim como na literatura para adultos, há dados limitados sobre o benefício da farmacoterapia no tratamento de fobias específicas em crianças e adolescentes.

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 com sintomas subclínicos que raramente interferem nas atividades cotidianas		
 síncope vasovagal coexistente	1a	educação e monitoramento
	adjunto	terapia cognitivo-comportamental (TCC) com terapia de exposição gradual
	mais	técnica da tensão aplicada
adultos com sintomas frequentes que interferem em atividades cotidianas		
 síncope vasovagal coexistente	1a	terapia cognitivo-comportamental (TCC) com terapia de exposição gradual
	2a	benzodiazepínico
	mais	técnica da tensão aplicada
crianças com sintomas contínuos que interferem nas atividades cotidianas		
	1a	terapia cognitivo-comportamental (TCC) com manejo de contingências

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 com sintomas subclínicos
que raramente interferem nas
atividades cotidianas**

1a educação e monitoramento

» Os objetivos do tratamento para esses grupos de pacientes são normalizar o sofrimento e ajudar a identificar os estímulos e gatilhos da ansiedade. Os pacientes devem ser avaliados para sintomas físicos e cognitivos de ansiedade, avaliando também como os comportamentos de evitação interferem nas atividades cotidianas. É essencial, também, educar os pacientes sobre as opções de tratamentos baseadas em evidências e discutir quaisquer apreensões quanto ao tratamento ou ao encaminhamento.

» Devem-se oferecer recursos de autoajuda (por exemplo, o programa Living with Fear) ou baseados na internet, como a Anxiety and Depression Association of America [\[Anxiety and Depression Association of America\]](#) ou o Anxiety Disorders Treatment Center [\[Anxiety Disorders Treatment Center\]](#).

» Deve-se agendar uma consulta ou uma ligação de retorno a fim de monitorar o progresso e reforçar a resolução do problema.

adjunto terapia cognitivo-comportamental (TCC) com terapia de exposição gradual

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Intervenção baseada no treinamento de habilidades, para o aprendizado de técnicas de manejo da ansiedade através de educação, automonitoramento, treinamento de relaxamento, manejo da preocupação e exposição gradual. Aproximações repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis de objetos fóbicos (palavras, desenhos, vídeos, realidade virtual, situações reais, sensações físicas desconfortáveis, etc.). Pode-se indicar, inicialmente, a exposição imaginária a situações temidas.

» Intervenções com uma sessão única de TCC podem ser eficazes.[3\[B\]Evidence](#)

Em curso

■ síncope vasovagal
coexistente

mais

» Pode ser realizada através de materiais adequados de autoajuda, programas assistidos por computador e encaminhamento a profissionais de saúde mental especializados em TCC.

técnica da tensão aplicada

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Envolve o tensionamento e relaxamento frequentes de grandes grupos musculares a fim de aumentar a pressão arterial e promover a circulação sanguínea.

» Recomendada para pacientes com desmaios vasovagais durante a exposição a estímulos relacionados a sangue-injeção-ferimentos.

» À medida que a proficiência se desenvolve, pode-se iniciar a terapia de exposição gradual a estímulos fóbicos relevantes (por exemplo, sangue, agulhas, hospitais).

» Recomenda-se o encaminhamento a um profissional de saúde mental especializado em terapia cognitivo-comportamental.

adultos com sintomas frequentes que interferem em atividades cotidianas

1a

terapia cognitivo-comportamental (TCC) com terapia de exposição gradual

» Intervenção baseada no treinamento de habilidades, para o aprendizado de técnicas de manejo da ansiedade através de educação, automonitoramento, treinamento de relaxamento, manejo da preocupação e exposição gradual. Aproximações repetidas, frequentes, controláveis e previsíveis de objetos fóbicos (palavras, desenhos, vídeos, realidade virtual, situações reais, sensações físicas desconfortáveis, etc.). Pode-se indicar, inicialmente, a exposição imaginária a situações temidas.

» Intervenções com uma sessão única de TCC podem ser eficazes.^{3[B]}[Evidence](#)

» Pode ser realizada através de materiais adequados de autoajuda, programas assistidos por computador e encaminhamento a profissionais de saúde mental especializados em TCC.

2a

benzodiazepínico**Opções primárias**

Em curso

» **alprazolam**: 0.25 a 0.5 mg por via oral (liberação imediata) três a quatro vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 4 mg/dia

OU

» **clonazepam**: 0.25 mg por via oral duas vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 4 mg/dia

OU

» **lorazepam**: 2-3 mg/dia por via oral administrados em 2-3 doses fracionadas inicialmente, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 10 mg/dia

OU

» **diazepam**: 2-10 mg por via oral duas a quatro vezes ao dia

» O uso em curto prazo pode ser considerado em casos muito particulares, como a fobia de agulhas que interfere na quimioterapia, a claustrofobia que interfere na imagem diagnóstica ou as fobias relacionadas a viagens que interferem nas ocupações profissionais.

» Podem afetar negativamente a eficácia da terapia de exposição gradual. Embora esses medicamentos sejam indicados para ansiedade, não há estudos focados exclusivamente no paciente com fobia específica que mostrem eficácia nesses pacientes.

» É preciso cautela no uso em longo prazo.

» O encaminhamento a um especialista pode ser indicado.

■ **síncope vasovagal coexistente**

mais

técnica da tensão aplicada

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Envolve o tensionamento e relaxamento frequentes de grandes grupos musculares a fim de aumentar a pressão arterial e promover a circulação sanguínea.

» Recomendada para pacientes com desmaios vasovagais durante a exposição a estímulos relacionados a sangue-injeção-ferimentos.

Em curso

» À medida que a proficiência se desenvolve, pode-se iniciar a terapia de exposição gradual a estímulos fóbicos relevantes (por exemplo, sangue, agulhas, hospitais).

» Recomenda-se o encaminhamento a um profissional de saúde mental especializado em terapia cognitivo-comportamental.

**crianças com sintomas contínuos
que interferem nas atividades
cotidianas**

1a

**terapia cognitivo-comportamental (TCC)
com manejo de contingências**

» Intervenção baseada no treinamento de habilidades, para o aprendizado de técnicas de manejo da ansiedade através de educação, automonitoramento, treinamento de relaxamento, manejo da preocupação e exposição gradual.

» Recompensam-se os comportamentos de aproximação gradual de objetos e situações temidas e a demonstração de habilidades de manejo da ansiedade.

» Ela é mais eficaz com crianças jovens que com adolescentes.

» Os pais podem ser treinados em métodos de manejo de contingências para facilitar os exercícios de exposição dentro de casa.

» Formatos individuais ou grupais de TCC, com envolvimento dos pais, são abordagens eficazes para o manejo de fobias da infância.^[73]
[4\[A\]Evidence](#)

» Intervenções com uma sessão única de TCC podem ser eficazes.^[74] [3\[B\]Evidence](#)

» A administração de TCC auxiliada por computador foi associada a uma redução da ansiedade e a uma capacidade funcional melhorada em comparação a um grupo de apoio educacional auxiliado por computador.^[76]

» Para transtornos de ansiedade na infância, recomenda-se o encaminhamento a profissionais de saúde mental especializados em TCC, independentemente da gravidade da fobia.

» Há dados limitados sobre o benefício da farmacoterapia no tratamento de fobias específicas em crianças e adolescentes.

Novidades

D-cicloserina

Tratamentos baseados em exposição podem ser melhorados através da consolidação da memória, utilizando-se doses baixas do agonista parcial N-metil-D-aspartato, D-cicloserina.[77] São necessários ensaios randomizados adicionais. Dentre uma amostra de ofidiofóbicos submetidos à terapia de exposição, os que receberam D-cicloserina durante a exposição demonstraram maior ativação do orbitofrontal medial e cingulado anterior subgenuar, bem como desativação normalizada do cingulado perigenuar em relação aos fóbicos recebendo placebo.[78]

Recomendações

Monitoramento

A avaliação indefinida e em longo prazo em situações de atenção primária é importante, uma vez que os medos fóbicos e os comportamentos de evitação podem retornar a qualquer momento. Podem ser necessárias sessões de exposição de reforço e autodirecionadas ou o reencaminhamento para uma terapia breve cognitivo-comportamental.

Instruções ao paciente

É importante normalizar o sofrimento e avaliar como a ansiedade e os comportamentos de evitação interferem nas atividades cotidianas. Também pode ser útil orientar os pacientes sobre as opções de tratamentos baseados em evidências e discutir quaisquer apreensões quanto ao tratamento ou ao encaminhamento.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
transtorno de ansiedade	variável	média
<p>Os transtornos de ansiedade podem preceder, coexistir com ou suceder o início das fobias. Embora os pacientes possam se apresentar para o tratamento de fobias específicas, talvez seja necessário considerar o tratamento de outros transtornos de ansiedade.</p> <p>Transtornos de ansiedade comórbidos podem ser tratados com terapia cognitivo-comportamental (TCC).</p> <p>Níveis leves a moderados de ansiedade podem ser tratados com farmacoterapia baseada em evidências.</p> <p>Recomenda-se o encaminhamento a especialistas para níveis mais intensos de ansiedade.</p>		
depressão	variável	média
<p>Os transtornos depressivos podem preceder, coexistir com ou suceder o início das fobias. Os sintomas depressivos podem interferir na capacidade do paciente de realizar exposições graduais.</p> <p>Os transtornos depressivos comórbidos podem ser tratados com TCC e psicoterapia interpessoal.</p> <p>Níveis leves a moderados de depressão podem ser tratados com farmacoterapia baseada em evidências.</p> <p>Recomenda-se o encaminhamento a especialistas para níveis mais intensos de depressão.</p>		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
não adesão aos esquemas clínicos	variável	média
<p>As respostas fóbicas podem interferir com os tratamentos clínicos necessários. Por exemplo, pacientes com fobia de sangue-injeção-ferimentos têm maior risco de não aderir ao esquema de tratamento para diabetes.[80]</p> <p>É importante considerar a disponibilidade e as preocupações/preferências dos pacientes, bem como educá-los sobre as opções de tratamentos baseados em evidências.</p>		
apreensão/estigma quanto ao encaminhamento a profissionais de saúde mental	variável	média
<p>É importante normalizar as preocupações dos pacientes e fornecer informações corretivas. A discussão sobre preocupações, resistência e técnicas motivacionais costuma ser útil.</p> <p>Podem-se consultar profissionais de saúde mental locais para obter orientações ou opções de encaminhamento adicionais.</p> <p>É aceitável recomendar livros ou programas computadorizados de autoajuda a pacientes que recusam o encaminhamento a profissionais de saúde mental.</p> <p>Os pacientes podem beneficiar-se de materiais educativos via internet, como os disponibilizados pelo National Institute of Mental Health e pela Anxiety and Depression Association of America. [National Institute of Mental Health: anxiety disorders] [Anxiety and Depression Association of America]</p>		
resistência à terapia de exposição	variável	média
<p>É importante normalizar as preocupações dos pacientes e fornecer informações corretivas. A discussão sobre preocupações, resistência e técnicas motivacionais costuma ser útil.</p> <p>Profissionais de saúde mental locais podem oferecer orientações ou opções de encaminhamento adicionais.</p> <p>É aceitável recomendar livros ou programas computadorizados de autoajuda a pacientes que recusam o encaminhamento a profissionais de saúde mental.</p> <p>Os pacientes podem beneficiar-se de materiais educativos via internet, como os disponibilizados pelo National Institute of Mental Health e pela Anxiety and Depression Association of America. [National Institute of Mental Health: anxiety disorders] [Anxiety and Depression Association of America]</p>		

Prognóstico

Um estudo prospectivo com jovens adultas mostrou uma evolução variável na intensidade das fobias e nos comprometimentos associados, com saúde mental positiva e maior qualidade de vida preditivas das taxas de remissão.[79] Até 90% dos pacientes alcançam níveis clinicamente significativos de melhora após o tratamento com terapia de exposição.[47] [45] [46] Muitos dos ganhos de tratamento mantêm-se após 1 ano do tratamento; porém, mais pesquisas são necessárias para determinar os ganhos após a terapia em longo

prazo.[45] [68] As probabilidades de recidiva podem ser reduzidas com sessões periódicas de exposição de reforço e com o envolvimento contínuo em exposições autodirecionadas.

As razões para o abandono de ensaios randomizados de terapia de exposição permanecem obscuras.[68]

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

Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety

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

Exposure-based interventions for the management of individuals with high levels of needle fear across the lifespan: a clinical practice guideline and call for further research

Publicado por: Help Eliminate Pain in Kids & Adults

Última publicação em:
2016

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

Publicado por: Anxiety Disorders Association of Canada; McGill University

Última publicação em:
2014

Recursos online

1. [FearFighter panic & phobia treatment](#) (*external link*)
2. [Anxiety and Depression Association of America](#) (*external link*)
3. [Anxiety Disorders Treatment Center](#) (*external link*)
4. [National Institute of Mental Health: anxiety disorders](#) (*external link*)

Nível de evidência

1. Experiências negativas no início da fobia: há evidências de alta qualidade de que cerca de 25% dos pacientes fóbicos não se recordam de nenhuma experiência negativa ou aversiva no momento do início da fobia.[31]
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.
2. Herdabilidade das fobias: há evidências de qualidade moderada de que gêmeos do sexo feminino têm herdabilidade de 46%, 47% e 59% para fobias situacionais, de animais e de sangue-injeção-ferimentos, respectivamente.[33] Outros estudos com gêmeos sobre fobias são limitados.
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.
3. Melhora dos sintomas: há evidências de qualidade moderada de que intervenções em sessão única, baseadas em exposição maciça, de duração aproximada de 3 horas, são efetivas e eficientes no tratamento de fobias específicas em adultos e crianças.[50] [51]
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.
4. Melhora dos sintomas em crianças: há evidências de alta qualidade de que os formatos individual ou em grupo da terapia cognitivo-comportamental (TCC), com envolvimento dos pais são abordagens efetivas para o manejo de fobias da infância.[73]
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

Artigos principais

- Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, et al. The epidemiology of DSM-IV specific phobia in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med.* 2007;37:1047-1059. [Resumo](#)
- Pull CB. Recent trends in the study of specific phobias. *Curr Opin Psychiatry.* 2008;21:43-50. [Resumo](#)
- Davey GC. Classical conditioning and the acquisition of human fears and phobias: a review and synthesis of the literature. *Adv Behav Res Ther.* 1992;14:29-66.
- Gros DF, Antony MM. The assessment and treatment of specific phobias: a review. *Curr Psychiatry Rep.* 2006;8:298-303. [Resumo](#)
- Antony MM, Barlow DH. Specific phobias. In: Barlow DH, ed. *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic.* 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2002:380-417.
- Wolitzky-Taylor KB, Horowitz JD, Powers MB, et al. Psychological approaches in the treatment of specific phobias: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2008;28:1021-1037. [Resumo](#)
- Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al; Anxiety Disorders Association of Canada; 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](#)
- Hellstrom K, Fellenius J, Ost LG. One versus five sessions of applied tension in the treatment of blood phobia. *Behav Res Ther.* 1996;34:101-112. [Resumo](#)

Referências

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5).* Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, et al. The epidemiology of DSM-IV specific phobia in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med.* 2007;37:1047-1059. [Resumo](#)
3. 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](#)
4. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:617-627. [Texto completo](#) [Resumo](#)
5. Kim SJ, Kim BN, Cho SC, et al. The prevalence of specific phobia and associated co-morbid features in children and adolescents. *J Anxiety Disord.* 2010;24:629-634. [Resumo](#)

6. Ollendick TH, King NJ, Muris P. Fears and phobias in children: phenomenology, epidemiology and aetiology. *Child Adolesc Ment Health*. 2002;7:98-106.
7. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, et al. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2012;21:169-184. [Texto completo](#) [Resumo](#)
8. Greiner S, Schuurmans J, Goldfarb M, et al. The epidemiology of specific phobia and subthreshold fear subtypes in a community-based sample of older adults. *Depress Anxiety*. 2011;28:456-463. [Resumo](#)
9. Collaborating Centre for Mental Health World Health Organisation. WHO Guide to Mental and Neurological Health in Primary Care. Prevalence of mental disorders in men and women. 2nd edition. London:Royal Society of Medicine Press Ltd;2004.
10. Fredrikson M, Annas P, Fischer H, et al. Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behav Res Ther*. 1996;34:33-39. [Resumo](#)
11. LeBeau RT, Glenn D, Liao B, et al. Specific phobia: a review of DSM-IV specific phobia and proposals for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010;27:148-167. [Resumo](#)
12. Arrindell WA, Eisemann M, Richter J, et al. Phobic anxiety in 11 nations. Part 1: dimensional constancy of the five-factor model. *Behav Res Ther*. 2003;41:461-479. [Resumo](#)
13. Pull CB. Recent trends in the study of specific phobias. *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21:43-50. [Resumo](#)
14. Davey GC, McDonald AS, Hirisave U, et al. A cross-cultural study of animal fears. *Behav Res Ther*. 1998;36:735-750. [Resumo](#)
15. Rachman S. The conditioning theory of fear-acquisition: a critical examination. *Behav Res Ther*. 1977;15:375-387. [Resumo](#)
16. Olatunji BO, Sawchuk CN. Disgust: characteristic features, social manifestations, and clinical implications. *J Soc Clin Psychol*. 2005;24:932-962.
17. McNally RJ. Preparedness and phobias: a review. *Psychol Bull*. 1987;101:283-303. [Resumo](#)
18. Marks IM. Blood-injury phobia: a review. *Am J Psychiatry*. 1988;145:1207-1213. [Resumo](#)
19. Czajkowski N, Kendler KS, Tambs K, et al. The structure of genetic and environmental risk factors for phobias in women. *Psychol Med*. 2011;41:1987-1995. [Resumo](#)
20. Van Houtem CM, Laine ML, Boomsma DI, et al. A review and meta-analysis of the heritability of specific phobia subtypes and corresponding fears. *J Anxiety Disord*. 2013;27:379-388. [Resumo](#)
21. Goossens L, Sunaert S, Peeters R, et al. Amygdala hyperfunction in phobic fear normalizes after exposure. *Biol Psychiatry*. 2007;62:1119-1125. [Resumo](#)

22. Straube T, Mentzel HJ, Miltner WH. Neural mechanisms of automatic and direct processing of phobogenic stimuli in specific phobia. *Biol Psychiatry*. 2006;59:162-170. [Resumo](#)
23. Schienle A, Schafer A, Walter B, et al. Brain activation of spider phobics towards disorder-relevant, generally disgust- and fear-inducing pictures. *Neurosci Lett*. 2005;388:1-6. [Resumo](#)
24. Straube T, Mentzel HJ, Miltner WH. Waiting for spiders: brain activation during anticipatory anxiety in spider phobics. *Neuroimage*. 2007;37:1427-1436. [Resumo](#)
25. Damsa C, Kosel M, Moussally J, et al. Current status of brain imaging in anxiety disorders. *Curr Op Psychiatry*. 2009;22:96-110. [Resumo](#)
26. Ipser JC, Singh L, Stein DJ. Meta-analysis of functional brain imaging in specific phobia. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2013;67:311-322. [Resumo](#)
27. Michelgard A, Appel L, Pissioti A, et al. Symptom provocation in specific phobia affects substance P neurokinin-1 receptor system. *Biol Psychiatry*. 2007;61:1002-1006. [Resumo](#)
28. Del Casale A, Ferracuti S, Rapinesi C, et al. Functional neuroimaging in specific phobia. *Psychiatry Res*. 2012;202:181-197. [Resumo](#)
29. Ost LG. Blood and injection phobia: background and cognitive, physiological, and behavioral variables. *J Abnorm Psychol*. 1992;101:68-74. [Resumo](#)
30. Page AC. The role of disgust in faintness elicited by blood and injection stimuli. *J Anxiety Disord*. 2003;17:45-58. [Resumo](#)
31. Davey GC. Classical conditioning and the acquisition of human fears and phobias: a review and synthesis of the literature. *Adv Behav Res Ther*. 1992;14:29-66.
32. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, et al. The genetic epidemiology of phobias in women: the interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:273-281. [Resumo](#)
33. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Fears and phobias: reliability and heritability. *Psychol Med*. 1999;29:539-553. [Resumo](#)
34. Neale MC, Walters EE, Eaves LJ, et al. Genetics of blood-injury fears and phobias: a population-based twin study. *Am J Med Genet*. 1994;54:326-334. [Resumo](#)
35. Breinholst S, Esbjorn BH, Reinholdt-Dunne ML, et al. CBT for the treatment of child anxiety disorders: a review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *J Anxiety Disord*. 2012;26:416-424. [Resumo](#)
36. Ollendick TH, Muris P. The scientific legacy of Little Hans and Little Albert: future directions for research on specific phobias in youth. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2015;44:689-706. [Resumo](#)

37. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am.* 2009;32:483-524. [Texto completo](#) [Resumo](#)
38. Cisler JM, Koster EH. Mechanisms of attentional biases towards threat in anxiety disorders: An integrative review. *Clin Psychol Rev.* 2010;30:203-216. [Texto completo](#) [Resumo](#)
39. Antony MM, Orsillo SM, Roemer L. Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety. New York, Springer Publishing; 2001.
40. First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. Structured clinical interview for DSM-5 disorders, clinician version (SCID-5-CV). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2015.
41. Albano AM, Silverman WK. Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV, child/parent version. Albany, NY: Graywind Publications; 1996.
42. Brown TA, Barlow DH. Anxiety disorders interview schedule for DSM-5 (ADIS-5) - adult version. Oxford: Oxford University Press; 2014.
43. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36:980-988. [Resumo](#)
44. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision. Geneva: WHO; 2007. [Texto completo](#)
45. Ost LG. Long-term effects of behavior therapy for specific phobia. In: Mavissakalian MR, Prien RF, eds. Long-term treatments of anxiety disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996:121-170.
46. Gros DF, Antony MM. The assessment and treatment of specific phobias: a review. *Curr Psychiatry Rep.* 2006;8:298-303. [Resumo](#)
47. Antony MM, Barlow DH. Specific phobias. In: Barlow DH, ed. Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2002:380-417.
48. Wolitzky-Taylor KB, Horowitz JD, Powers MB, et al. Psychological approaches in the treatment of specific phobias: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2008;28:1021-1037. [Resumo](#)
49. Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al; Anxiety Disorders Association of Canada; 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](#)
50. Zlomke K, Davis TE. One-session treatment of specific phobias: a detailed description and review of treatment efficacy. *Behav Ther.* 2008;39:207-223. [Resumo](#)
51. Davis TE, Ollendick TH. Intensive treatment of specific phobias in children and adolescents. *Cogn Behav Pract.* 2009;16:294-303. [Resumo](#)

52. Pompoli A, Furukawa TA, Imai H, et al. Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(4):CD011004. [Texto completo](#) [Resumo](#)
53. Gilroy L, Kirkby KC, Daniels BA, et al. Controlled comparison of computer-aided vicarious exposure versus live exposure in the treatment of spider phobia. *Behav Ther.* 2000;31:733-744.
54. Walder CP, McCracken JS, Herbert M, et al. Psychological intervention in civilian flying phobia: evaluation and a three-year follow-up. *Br J Psychiatry.* 1987;151:494-498. [Resumo](#)
55. Menzies RG, Clarke JC. A comparison of in vivo and vicarious exposure in the treatment of childhood water phobia. *Behav Res Ther.* 1993;31:9-15. [Resumo](#)
56. Oar EL, Farrell LJ, Ollendick TH. One session treatment for specific phobias: an adaptation for paediatric blood-injection-injury phobia in youth. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2015;18:370-394. [Resumo](#)
57. Greenberg DB, Stern TA, Weillburg JB. The fear of choking: three successfully treated cases. *Psychosomatics.* 1988;29:126-129. [Resumo](#)
58. Krijn M, Emmelkamp PM, Olafsson RP, et al. Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: a review. *Clin Psychol Rev.* 2004;24:259-281. [Resumo](#)
59. da Costa RT, Sardinha A, Nardi AE. Virtual reality exposure in the treatment of fear of flying. *Aviat Space Environ Med.* 2008;79:899-903. [Resumo](#)
60. Parsons TD, Rizzo AA. Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: a meta-analysis. *J Behav Ther Exper Psychiatry.* 2008;39:250-261. [Resumo](#)
61. Meyerbrocker K, Emmelkamp PM. Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a systematic review of process-and-outcome studies. *Depress Anxiety.* 2010;27:933-944. [Resumo](#)
62. Morina N, Ijntema H, Meyerbröcker K, et al. Can virtual reality exposure therapy gains be generalized to real-life? A meta-analysis of studies applying behavioral assessments. *Behav Res Ther.* 2015;74:18-24. [Resumo](#)
63. Hellstrom K, Fellenius J, Ost LG. One versus five sessions of applied tension in the treatment of blood phobia. *Behav Res Ther.* 1996;34:101-112. [Resumo](#)
64. Ayala ES, Meuret AE, Ritz T. Treatments for blood-injury-injection phobia: a critical review of current evidence. *J Psychiat Res.* 2009;43:1235-1242. [Resumo](#)
65. Ghosh A, Marks IM, Carr AC. Therapist contact and outcome of self-exposure treatment for phobias: a controlled study. *Br J Psychiatry.* 1988;152:234-238. [Resumo](#)
66. Marks IM. *Living with fear.* 2nd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2001.

67. Barlow JH, Ellard DR, Hainsworth JM, et al. A review of self-management interventions for panic disorders, phobias and obsessive-compulsive disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;111:272-285. [Resumo](#)
68. Schneider AJ, Mataix-Cols D, Marks IM, et al. Internet-guided self-help with or without exposure therapy for phobic and panic disorders. *Psychother Psychosom*. 2005;74:154-164. [Resumo](#)
69. Reger MA, Gahm GA. A meta-analysis of the effects of internet- and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety. *J Clin Psychol*. 2009;65:53-75. [Resumo](#)
70. Ferriter M, Kaltenthaler E, Parry G, et al. Computerised cognitive behaviour therapy for phobias and panic disorder: a systematic review (Provisional abstract). *J Pub Ment Health*. 2008;7:15-22.
71. 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](#)
72. Andersson G, Waara J, Jonsson U, et al. Internet-based self-help versus one-session exposure in the treatment of spider phobia: a randomized controlled trial. *Cogn Behav Therapy*. 2009;38:114-120. [Resumo](#)
73. Silverman WK, Pina AA, Viswesvaran C. Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008;37:105-130. [Resumo](#)
74. Ollendick TH, Davis TE 3rd. One-session treatment for specific phobias: a review of Öst's single-session exposure with children and adolescents. *Cogn Behav Ther*. 2013;42:275-283. [Resumo](#)
75. Ollendick TH, Halldorsdottir T, Fraire MG, et al. Specific phobias in youth: a randomized controlled trial comparing one-session treatment to a parent-augmented one-session treatment. *Behav Ther*. 2015;46:141-155. [Texto completo](#) [Resumo](#)
76. Khanna MS, Kendall PC. Computer-assisted cognitive behavioral therapy for child anxiety: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78:737-745. [Resumo](#)
77. Ressler KJ, Rothbaum BO, Tannenbaum L, et al. Cognitive enhancers as adjuncts to psychotherapy: use of D-cycloserine in phobic individuals to facilitate extinction of fear. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:1136-1144. [Texto completo](#) [Resumo](#)
78. Nave AM, Tolin DF, Stevens MC. Exposure therapy, d-cycloserine, and functional magnetic resonance imaging in patients with snake phobia: a randomized pilot study. *J Clin Psychiatry*. 2012;73:1179-1186. [Resumo](#)
79. Trumpf J, Becker ES, Vriends N, et al. Rates and predictors of remission in young women with specific phobia: a prospective community study. *J Anx Disorders*. 2009;23:958-964. [Resumo](#)

80. Berlin I, Bissserbe JC, Eiber R, et al. Phobic symptoms, particularly the fear of blood and injury, are associated with poor glycemic control in type I diabetic adults. *Diabetes Care*. 1997;20:176-178.

[Resumo](#)

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	
	10,00
Numerais de 5 dígitos	
	1000
Numerais de 4 dígitos	
	0.25
Numerais < 1	

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: Nov 10, 2017.

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:

Eve Khlyavich Freidl, MD

Assistant Professor of Psychiatry at CUMC

Columbia University Clinic for Anxiety and Related Disorders, Columbia University Medical Center, New York, NY

DIVULGAÇÕES: EKF declares that she has no competing interests.

E. Blake Zakarin, PhD

Instructor of Medical Psychology in Psychiatry

Child and Adolescent Psychiatry, Columbia University Clinic for Anxiety and Related Disorders, Columbia University Medical Center, New York, NY

DIVULGAÇÕES: EBZ declares that she has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Eve Friedl and Dr E. Blake Zakarin would like to gratefully acknowledge Dr Craig N. Sawchuk and Dr Bunmi O. Olatunji, previous contributors to this monograph. CNS is a co-author of one reference cited in this monograph. BOO is a co-author of one reference cited in this monograph.

// Colegas revisores:

Jeffrey M. Lohr, PhD

Professor

Clinical Training Program, 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.