






Transtornos de ansiedade: histórico, aspectos clínicos e classificações atuais

Anxiety disorders: history, clinical features, and current classifications

Ilgner Justa Frota¹ , Augusto Andrade Campos de Moura Fé² , Francisco Thiago Martins de Paula³ , Victor Elmo Gomes Santos de Moura³ , Eugênio de Moura Campos⁴ 

1. Docente do curso de Medicina do Centro Universitario Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza, CE, Brasil. 2. Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceara (UFC), Fortaleza, CE, Brasil. 3. Residente em psiquiatria pelo Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Fortaleza, Ceará, Brasil. 4. Docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceara (UFC), Fortaleza, CE, Brasil.

Resumo

Objetivos: contribuir para a compreensão do desenvolvimento histórico do conceito de ansiedade, das classificações dos transtornos ansiosos e suas manifestações clínicas, bem como para a atualização sobre o processo de avaliação diagnóstica. **Métodos:** todas as edições das classificações da Organização Mundial de Saúde (OMS) - CID e da Associação Psiquiátrica Americana (APA) - DSM foram examinadas, além de livros-texto de referência de psiquiatria clínica, de publicações sobre a história e a evolução desses diagnósticos e de publicações produzidas pelas equipes responsáveis pela revisão das classificações atuais. **Resultados:** entende-se por ansiedade um estado afetivo normal, como um sintoma ou um termo para nomear um grupo de transtornos mentais. Nas primeiras e subsequentes edições das classificações da OMS e da APA, entre 1948 e 1975, os quadros ansiosos faziam parte do grupo das psicose/neuroses. A partir do DSM-III (1980), o grupo das neuroses foi fragmentado em diversos outros, entre os quais os transtornos de ansiedade, o que foi seguido pela CID-10 (1992), apesar de alguma distinção na composição dos subtipos. Para as últimas versões, houve um empenho de compatibilização entre as duas, contudo restaram diferenças: o DSM-5 (2013) adota critérios diagnósticos; a CID-11 (2019) utiliza descrições clínicas e diretrizes diagnósticas, além de abordagens dimensionais para alguns transtornos. **Conclusão:** ocorreram modificações nas classificações psiquiátricas atuais, no grupo dos transtornos de ansiedade, que precisam ser disseminadas e agregadas a estratégias de formação e qualificação profissionais, incrementando habilidades diagnósticas e permitindo uma comunicação mais uniforme e precisa na prática clínica.

Palavras-chave: Transtornos de Ansiedade; Classificação; História da Medicina.

Abstract

Objectives: to contribute to the understanding of the historical development of the concept of anxiety, the classifications of anxiety disorders and their clinical manifestations, as well as to update on the diagnostic evaluation process. **Methods:** all editions of the classifications of the World Health Organization (WHO) - ICD and the American Psychiatric Association (APA) - DSM were examined, in addition to reference textbooks on clinical psychiatry, publications on the history and evolution of these diagnoses, and scientific articles produced by the teams responsible for reviewing the current classifications. **Results:** anxiety is understood as a normal affective state, as a symptom, or as a term to name a group of mental disorders. In the first and subsequent editions of the WHO and APA classifications, between 1948 and 1975, anxiety disorders were part of the psychoneuroses/neuroses group. As of DSM-III (1980) onwards, the neuroses group was fragmented into several others, including anxiety disorders, which was followed by ICD-10 (1992), despite some different choices of subtypes. For the latest versions, there was a compatibility effort between them. However, differences remained: DSM-5 (2013) adopts diagnostic criteria; ICD-11 (2019) uses clinical description and diagnostic guidelines, in addition to dimensional approaches for some disorders. **Conclusion:** modifications have occurred in current psychiatric classifications, in the group of anxiety disorders, which need to be disseminated and added to professional training and qualification strategies, increasing diagnostic skills and providing for more uniform and accurate communication in clinical practice.

Keywords: Anxiety Disorders; Classification; History of Medicine.

INTRODUÇÃO

A nosologia dos transtornos mentais, regularmente, atravessa transições e sofre mudanças de paradigma. O homem, desde os princípios da civilização, já observava e estabelecia categorias relacionadas ao comportamento humano.¹ Desde a medicina hipocrática, ao longo dos séculos, sucederam-se diversas classificações, culminando com a de Emil Kraepelin (1856 - 1926),² largamente aceita como a base das classificações modernas.³ Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS), na sexta revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-6),⁴ inseriu, pela primeira vez, os transtornos mentais. A Associação Psiquiátrica Americana (APA), em 1952, publicou a primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos

Mentais (DSM-I).⁵ Desde então, as duas classificações foram revistas periodicamente, estando hoje disponíveis o DSM-5⁶ e a CID-11.⁷

Mesmo existindo diferenças sobre critérios específicos para alguns transtornos, as disposições organizacionais das duas classificações são similares.^{6,7} Em razão de evidências de pesquisas mais recentes, foram implementadas alterações em relação às versões anteriores, incluindo os grupos dos transtornos de ansiedade, com repercussões em termos de diagnóstico e tratamento. Essas mudanças precisam ser assimiladas à prática clínica cotidiana, a fim de proporcionar

Correspondente: Ilgner Justa Frota. Rua Vereador Paulo Mamede, 130. Cocó. Fortaleza - Ceará. CEP: 60.192-350. Telefone: +55 85 3265-8100. E-mail: ilgner0@gmail.com

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Recebido em: 20 Jun 2021; Revisado em: 26 Nov 2021; 3 Fev 2022; Aceito em: 7 Fev 2022

uma melhor atenção à saúde dos indivíduos portadores desses transtornos, de ocorrência bastante frequente não só na assistência psiquiátrica, mas também nos diversos serviços de saúde, notadamente na atenção primária.

Publicações prévias sobre o histórico e a classificação dos transtornos de ansiedade ou se limitaram a apenas um dos transtornos de ansiedade⁸ ou não alcançaram as últimas edições do DSM e da CID.^{9,10} No material publicado pelo grupo de trabalho da CID-11, ainda que, ocasionalmente, as classificações mais recentes sejam comparadas, não há um apanhado histórico abrangente.¹¹

A história da psiquiatria vem sendo negligenciada, como bem se pode notar pelo encolhimento desses conteúdos nos principais livros-textos de psiquiatria. O estudo da história, além da ampliação do conhecimento, fomenta uma concepção pluralista da psiquiatria que permanece influenciada, não só pelas teorias biológicas, mas também pelas perspectivas psicossociais. A compreensão das interrelações entre as diversas teorias e eventos e suas localizações no contexto histórico pode tornar a prática clínica atual mais inteligível e segura, na medida em que contribui para evitar erros anteriores, bem como a adesão cega à simplificação de critérios diagnósticos como se fossem absolutos.¹²

Esta revisão sobre as classificações dos transtornos de ansiedade integra uma abordagem histórica - chegando até a última edição da CID - com as descrições clínicas atualizadas de todos os subtipos desse grupo de transtornos.

Almeja-se com este artigo contribuir para a compreensão do desenvolvimento, ao longo do tempo, do conceito de ansiedade, das classificações dos transtornos ansiosos e suas manifestações clínicas, bem como para a atualização, indispensável ao aprimoramento do processo de avaliação diagnóstica.

CONCEITOS BÁSICOS

A ansiedade pode ser entendida como manifestação normal de um estado afetivo, como um sintoma encontrado em vários transtornos e um termo utilizado para nomear um grupo de transtornos mentais nos quais é uma característica clínica fundamental.¹³

Como fenômeno afetivo natural, permite que o indivíduo fique atento a perigos e tome medidas para sobreviver a ameaças ou se adaptar a circunstâncias desconhecidas.¹ É um sentimento vago e difuso de apreensão associado a expressões físicas autonômicas.¹⁴ A ansiedade é definida na CID-11 como um estado de apreensão ou antecipação de perigos ou eventos futuros desfavoráveis, acompanhado por um sentimento de preocupação, desconforto, ou sintomas somáticos de tensão. Considera-se ansiedade patológica quando resulta em sofrimento ou prejuízo funcional importantes.⁷

O conceito de ansiedade difere do de medo. Aquela é um temor difuso sem objeto determinado. Já o medo é um temor proporcional a um objeto ou circunstância determinados. Também se diferencia do termo fobia, que é um estado de temor desproporcional ou sem relação direta com o real perigo do objeto.¹⁵ Pânico, por sua vez, designa um episódio paroxístico e intenso de ansiedade, acompanhado por descarga autonômica adrenérgica.¹⁶

A síndrome ansiosa ou de ansiedade é composta por sintomas convencionalmente subdivididos em dois grupos: subjetivos e objetivos. Os primeiros, sentidos como experiência psicológica, incluem temor, preocupações emocionais, despersonalização etc. Os objetivos, ou somáticos, englobam, entre outros, dores abdominais, náuseas, vertigens, palpitações, boca seca.¹⁷

HISTÓRICO

ANSIEDADE

A palavra ansiedade frequentemente é contrastada com a palavra angústia. Apesar de muitos autores utilizarem os dois termos como sinônimos,⁹ existe uma relação mais direta de angústia com a sensação de aperto e compressão retroesternal.¹⁶ A dicotomia ansiedade vs. angústia é mais evidente nas línguas românicas (português: ansiedade e angústia, espanhol: *ansiedad* e *angustia*, francês: *anxiété* e *angoisse*, italiano: *ansietà* e *angòscia*), que provêm das expressões em latim *ānxiētās* e *angor*,⁹ ambas, por sua vez, derivadas de uma raiz proto-indo-europeia *Ank* associada a estreiteza.¹⁷

Na antiguidade clássica, os estados afetivos hoje denominados de ansiedade, medo e fobia, embora raramente bem diferenciados entre si, já eram abordados. Aristóteles (384 - 323 a.c.), filósofo grego, em *Ética a Nicômaco*,¹⁸ afirma que “quando alguém é, por natureza, de tal maneira propenso a ter medo de tudo, até do chiar de um rato, diz-se que é bestialmente covarde e que a sua covardia é bestial; aquele homem de quem se diz que tinha medo de uma doninha era por doença”. Cícero (106-43 a.c.), filósofo estoico romano, fez uma distinção entre *ānxiētās*, que designava um estado contínuo de ansiedade, ou ansiedade-traço, e *angor*, que se referia a uma ansiedade momentânea, ou ansiedade-estado⁸. Os estados ansiosos eram entendidos como características morais dos indivíduos, mais relacionados a defeitos ou vícios, do que como transtornos psíquicos, ainda que não fosse incomum considerar-se medo ou ansiedade como aspectos de condições mentais patológicas mais amplas, como melancolia e mania.¹⁹

Há uma discussão sobre se a ansiedade passou a ser considerada como uma entidade patológica somente a partir do século XIX. Contudo, existem indicativos de que a ansiedade era claramente identificada como um estado de afeto negativo distinto por filósofos e médicos greco-romanos,⁹ a exemplo do mencionado acima, na distinção feita por Cícero.

Após a Idade Média, em que o tema das condições mentais foi visto sob uma ótica religiosa e mágica,¹⁹ surgiram, nos séculos XVIII e XIX, novas descrições com base no desenvolvimento do pensamento científico. A ansiedade, raramente vista como entidade nosológica separada, era incluída, quase sempre, dentro de outras categorias diagnósticas. Boissier de Sauvages (1706-1767) utilizou o termo *panophobia* para um temor que é experimentado à noite, na ausência de uma causa óbvia. George Miller Beard, em 1869, introduziu o termo *neurastenia*, condição centrada na fadiga de origem nervosa e outros sintomas tais como inapetência, fraqueza, neuralgias, histeria, hipocondria e ansiedade. Em 1895, Sigmund Freud (1856 - 1939) diferenciou da *neurastenia* uma nova síndrome chamada de *neurose de ansiedade* ou de *angústia (Angstneurose)*.⁹ Esse novo conceito, concebendo pioneiramente a ansiedade como uma síndrome independente,²⁰ foi um precursor direto do atual grupo de transtornos de ansiedade.

CLASSIFICAÇÕES (CID E DSM)

Transtornos do comportamento têm sido classificados ao longo da história. O termo “insanidade”, na antiga Mesopotâmia de 2700 a.C., já figurava em um tratado de diversas condições que afetavam o homem.¹ Com base na teoria dos humores, Hipócrates (séc V a.C.) inaugurou a primeira classificação racional de transtornos mentais, incluindo epilepsia, mania, melancolia e paranoia.² Passada a Idade Média, período em que dominavam concepções sobrenaturais, sucederam-se classificações como as de Philippe Pinel (1745 - 1826), Jean-Étienne Esquirol (1772 - 1840) e Emil Kraepelin (1856 - 1926). Esta, baseada nos sintomas e na evolução natural das doenças,¹ foi a base das classificações psiquiátricas contemporâneas.³

Em 1893, o francês Jacques Bertillon, do Instituto Internacional de Estatística, introduziu a “Lista Internacional de Causas de Morte”, que teve cinco revisões até 1938.²¹ Na sexta revisão (1948), já a cargo da OMS, intitulada “Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito” ou simplesmente “Classificação Internacional de Doenças” (CID-6), foram inseridos, pela primeira vez, os transtornos mentais.⁴ A Associação Psiquiátrica Americana (APA) reclamou a ausência no manual da OMS de codificações relacionadas a síndromes cerebrais aguda e crônica.^{22,23} Em 1952, então, a APA publicou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).⁵ Mesmo assim, havia muita conformidade entre ambos, incluindo a então denominada reação de ansiedade.

Na CID-6, os quadros ansiosos foram agrupados na categoria das psiconeuroses (transtornos psiconeuróticos), sob as denominações de reação de ansiedade e reação fóbica.⁴ Essa sistemática se manteve na primeira edição do DSM (1952)⁵ e na sétima revisão da CID (1955).²⁴ Em 1965, a oitava revisão da CID substituiu o termo psiconeuroses por neuroses, com as subclasses neurose de ansiedade e neurose fóbica.²⁵ A mesma denominação foi adotada pelo DSM-II (1968).²⁶ Na nona revisão da CID (1975), o nome da categoria neuroses foi alterado para transtornos neuróticos, contemplando os diagnósticos de

estados de ansiedade e estado fóbico.²⁷ (Quadro 1)

Quadro 1. Nomenclatura e classificação dos quadros ansiosos:

CID-6 (1948) DSM-I (1952) CID-7 (1955)	CID-8 (1965) DSM-II (1968)	CID-9 (1975)
Psiconeuroses	Neuroses	Transtornos neuróticos
Reação de Ansiedade	Neurose de Ansiedade	Estados de Ansiedade
Reação Fóbica	Neurose Fóbica	Estado fóbico

Fontes: DSM-I5, DSM-II26, CID-64, CID-724, CID-825 e CID-927.

O DSM, até então, era fundamentado na orientação biopsicossocial adotada pela psiquiatria norte-americana. Com o gradual afastamento dessa orientação, a publicação do DSM-III (1980) incorporou significativas modificações.²⁸ (Quadro 2). O grupo das neuroses foi excluído e fragmentado em diversos outros, entre os quais os transtornos de ansiedade. Esse novo grupo foi subdividido em: 1) transtornos fóbicos - agorafobia com ou sem ataques de pânico, fobia social e fobia simples; 2) estados de ansiedade - transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno obsessivo-compulsivo (TOC); e 3) transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).²⁹ O transtorno de pânico e o TAG são desdobramentos da neurose de ansiedade do DSM-II. Importantes na diferenciação desses dois transtornos foram os estudos de Donald Klein (1928-2019) com a imipramina,⁹ um antidepressivo tricíclico que mostrou resultado em pacientes com ansiedade aguda, mas não com ansiedade crônica.³⁰ O TEPT, como categoria autônoma, foi um reflexo de estudos com pacientes veteranos da guerra do Vietnã.³¹

O DSM-III-R (1987) trouxe algumas alterações. Os subgrupos transtornos fóbicos, estados de ansiedade e TEPT desapareceram. As categorias diagnósticas passaram a ser listadas sem essas subdivisões.³² (Quadro 2). O diagnóstico “agorafobia com ataques de pânico” foi substituído por “transtorno de pânico com agorafobia”, indicando que os sintomas agorafóbicos seriam secundários ao transtorno de pânico.²³ Uma mudança fundamental foi a inclusão de apreensão e preocupação irrealista ou excessiva como sintomas nucleares para o diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada.⁸ A décima revisão da CID (1990) refletiu as mudanças do DSM-III-R. O novo grupo “transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes” inclui os subgrupos: 1) transtornos fóbico-ansiosos – agorafobia, fobias sociais, fobias específicas; 2) outros transtornos ansiosos – transtorno de pânico, TAG, transtorno misto de ansiedade e depressão; e 3) TOC. Na CID-10, o TOC, diferentemente do DSM-III-R, não está como subtipo dos transtornos de ansiedade.³³ As revisões subsequentes do manual da APA trouxeram poucas mudanças no grupo de transtornos de ansiedade. No DSM-IV (1994), o termo “fobia simples” do DSM-III-R deu lugar à “fobia específica” (nomenclatura usada pela CID-10) e foi introduzido o diagnóstico de transtorno de

4 Transtornos de ansiedade: histórico, clínica e classificações

estresse agudo³⁴. No DSM-IV, a prevalência do transtorno de ansiedade generalizada, considerada rara no DSM-III-R, passou a ser descrita como chegando a 5% ao longo da vida.^{8,34} No DSM-IV-TR (2000), não houve reformulação.³⁵

Uma síntese da evolução dos grupos diagnósticos nos quais são classificados os transtornos de ansiedade desde a CID-6, passando por todas as edições dos DSM, até a CID-11, está ilustrada na figura 1.

Quadro 2. Evolução da nomenclatura e classificação dos transtornos de ansiedade: DSM-III, DSM-III-R e CID-10

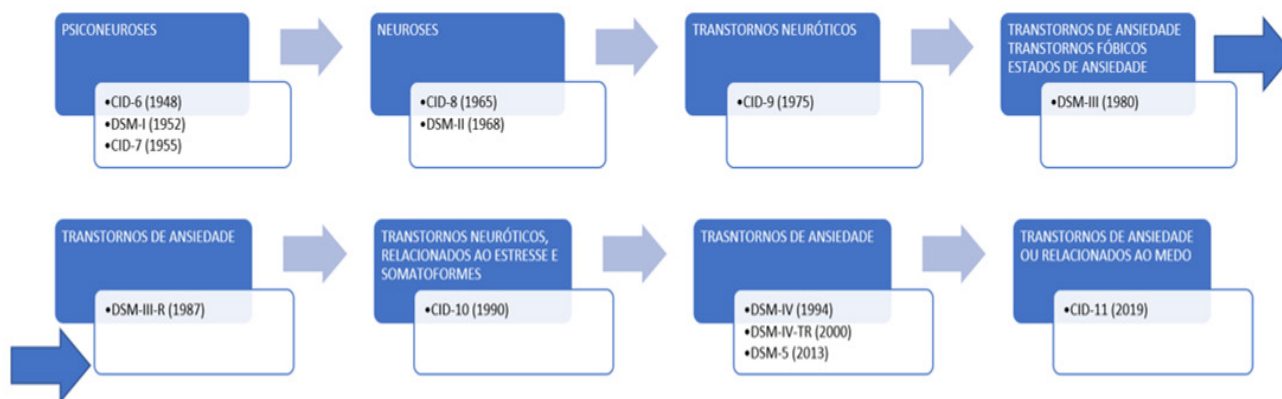
DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	CID-10 (1990)
Transtornos de Ansiedade	Transtornos de Ansiedade	Transtornos Neuróticos, Relacionados ao Estresse e Somatoformes
Transtornos Fóbicos	*	Transtornos Fóbico-ansiosos
Agorafobia com ou sem ataques de pânico	Agorafobia sem história de transtorno de pânico	Agorafobia com ou sem transtorno de pânico
Fobia social	Fobia social	Fobias sociais
Fobia simples	Fobia simples	Fobias específicas
Estados de Ansiedade	*	Outros Transtornos Ansiosos
Transtorno de pânico	Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia	Transtorno de pânico
Transtorno de ansiedade generalizada	Transtorno de ansiedade generalizada	Transtorno de ansiedade generalizada
Transtorno obsessivo-compulsivo	Transtorno obsessivo-compulsivo	†
*	*	Transtorno misto de ansiedade e depressão
Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)	Transtorno de estresse pós-traumático	†
TEPT agudo	*	*
TEPT crônico	*	*

*Categorias ou subclassificações que não estão definidas na classificação em questão.

†Diagnósticos que estão presentes nessa classificação, porém se encontram em outro grupo.

Legenda: DSM-III29, DSM-III-R32 e CID-1033.

Figura 1. Linha do Tempo: Síntese da evolução dos grupos diagnósticos nos quais são classificados os transtornos de ansiedade.



CLASSIFICAÇÕES ATUAIS

A quinta edição do manual da APA (DSM-5), publicada em 2013,⁶ e a CID-103³ são as versões que vigoram atualmente. Em maio de 2019, a OMS formalizou a aprovação da CID-11, prevista para

ser adotada pelos países membros em 2022. Os transtornos mentais de comportamento e do neurodesenvolvimento estão conformados no Capítulo 6 da CID-11. Encontra-se disponível,

5 Transtornos de ansiedade: histórico, clínica e classificações

em inglês, no sítio eletrônico da OMS, a versão a ser usada para preparar a implementação, contendo estrutura, códigos diagnósticos e descrição dos transtornos.⁷ As Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas (DCDD) ainda serão publicadas pelo Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substância da OMS, com também, em separado, a versão para cuidados primários da CID-11.³⁶ Aguarda-se a disponibilização das versões oficiais em português. Os termos aqui utilizados correspondem a uma interpretação livre e não oficial.

Na elaboração das duas revisões, houve um empenho para compatibilização entre o DSM-5 e a CID-11, de maneira que as disposições organizacionais são semelhantes.^{6,7,36} Mesmo assim, subsistem diferenças inclusive sobre critérios específicos para alguns transtornos. O DSM-5 utiliza critérios diagnósticos para categorização de transtornos individuais⁶, enquanto a CID-11 ampara-se em descrições clínicas e diretrizes diagnósticas para indicar os aspectos essenciais⁷, isto é, as características esperadas de serem encontradas em todos os casos de cada transtorno. Esta abordagem permite flexibilidade no julgamento clínico, em consonância com a realidade da prática médica no exercício do diagnóstico.³⁷

A CID-11 agregou abordagens dimensionais, especialmente para os transtornos psicóticos primários e para os transtornos de personalidade. Essa perspectiva tem a vantagem de afastar comorbidades artificiais e de apreender mais eficientemente mudanças no decorrer do tempo.^{7,37}

No que tange às atualizações implementadas nas últimas versões dessas classificações, o DSM-5 reformulou o grupo dos transtornos de ansiedade em relação ao DSM-IV-TR (2000) nos seguintes pontos (quadro 3): 1) transtorno de pânico e agorafobia passaram a ser listados em categorias independentes. Assim, a ocorrência comórbida, que é frequente entre ambos os transtornos, requer do clínico o registro dos dois diagnósticos; 2) a fobia social foi renomeada para transtorno de ansiedade social; 3) TOC e os transtornos relacionados ao estresse, anteriormente pertencentes ao grupo dos transtornos de ansiedade, passaram a integrar, respectivamente, o grupo de “transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados” e de “transtornos relacionados a trauma e a estressores”.^{6,35}

Na CID-11, esse grupamento passou a ser denominado de “transtornos de ansiedade e relacionados ao medo” (tradução livre). Não há inserção de novas entidades diagnósticas, quando comparado à edição anterior. (Quadro 4) Cabe destacar que esse grupo une as categorias que, na CID-10, eram elencadas nos subgrupos “transtornos fóbico-ansiosos” e “outros transtornos ansiosos” (Quadro 2), além de dois transtornos previamente classificados no grupo de “transtornos emocionais e de comportamento com início ocorrendo habitualmente na infância ou adolescência”: transtorno de ansiedade de separação e mutismo seletivo. O transtorno misto de ansiedade e depressão não mais aqui figura, sendo que o grupo dos transtornos do humor agora contém a categoria diagnóstica “transtorno misto de depressão e ansiedade”.^{7,33}

Quadro 3. Classificação dos transtornos de ansiedade no DSM-5 e seus equivalentes no DSM-IV-TR

DSM-5 (2013)	DSM-IV-TR (2000)
Transtorno de pânico	Transtorno de pânico com ou sem agorafobia
Agorafobia	Agorafobia sem história de transtorno de pânico
Transtorno de ansiedade social (fobia social)	Fobia social (transtorno de ansiedade social)
Fobia específica	Fobia específica (fobia simples)
Transtorno de ansiedade generalizada	Transtorno de ansiedade generalizada
*	Transtorno obsessivo-compulsivo
*	Transtorno de estresse pós-traumático
*	Transtorno de estresse agudo

*Diagnósticos que estão presentes nessa classificação, porém se encontram em outro grupo.

Legenda: DSM-56 e DSM-IV-TR35.

Quadro 4. Classificação dos transtornos de ansiedade e relacionados na CID-11 e seus equivalentes na CID-10.

CID-11 (2019)	CID-10 (1990)
Transtorno de ansiedade generalizada	Transtorno de ansiedade generalizada
Transtorno de pânico	Transtorno de pânico
Agorafobia	Agorafobia com ou sem transtorno de pânico
Fobia específica	Fobias específicas (isoladas)
Transtorno de ansiedade social	Fobias sociais
*	Transtorno misto de ansiedade e depressão
Transtorno de ansiedade de separação	Transtorno de ansiedade de separação na infância†
Mutismo seletivo	Mutismo eletivo†

*Diagnósticos que estão presentes nessa classificação, porém se encontram em outro grupo.

†Diagnósticos que na CID-10 eram aplicáveis somente na infância e na adolescência.

Legenda: CID-117 e CID-1033.

Grande parte das alterações efetuadas neste grupo apenas alinharam a versão atual da CID com o que é preconizado pelo DSM-5, de forma que as duas classificações são praticamente idênticas no que se refere a este capítulo, incluindo, até mesmo,

6 Transtornos de ansiedade: histórico, clínica e classificações

a nomenclatura dos transtornos em questão, refletindo o esforço já mencionado pela harmonização entre ambas.^{6,7,37}

Uma comparação entre a CID-10 e a CID-11 revela que certas características definidoras de alguns dos transtornos ansiosos foram modificadas em razão de avanços significativos decorrentes de pesquisas sobre a detecção, fenomenologia e psicobiologia, implicando incremento na validade, utilidade clínica e aplicabilidade da classificação,¹¹ conforme serão apresentados caso a caso.

O aspecto central do TAG na CID-10 é a apreensão que engloba, entre outras possibilidades, preocupações sobre desgraças futuras. Na CID-11, além da apreensão generalizada, alternativamente, preocupação excessiva com múltiplos eventos do dia a dia, mais frequentemente no que se refere à família, saúde, finanças, estudo ou trabalho, foi introduzida como uma característica essencial. Além disso, na CID-10, quando sintomas depressivos e ansiosos aparecem de forma simultânea e graves o suficiente para justificar diagnósticos individuais e, por razões práticas de registro, apenas um diagnóstico pode ser feito, dá-se precedência ao diagnóstico de depressão; enquanto, na CID-11, os diagnósticos dos transtornos ansiosos podem ser utilizados concomitantemente.^{7,11,33,37}

O diagnóstico de transtorno de pânico, na CID-10, não pode ser feito se os ataques de pânico ocorrem em um indivíduo portador de fobia, porque são considerados como expressão da gravidade da fobia, que deve ter precedência diagnóstica. Na CID-11, por sua vez, se os ataques são recorrentes, inesperados e não associados à fenomenologia clínica da fobia, isto é, não ocorrem em resposta ao foco da apreensão do transtorno fóbico-ansioso, como a antecipação de um discurso em público em um indivíduo com transtorno de ansiedade social, a utilização dos dois diagnósticos conjuntamente é permissível. Na CID-11 também há a possibilidade de codificar ataques de pânico, como qualificadores, decorrentes de determinados contextos ou associados a quaisquer transtornos mentais. Neste caso, é importante verificar se não há características suficientes para que se configure um diagnóstico típico de transtorno de pânico. Essa condição não implica diagnóstico per se, visto que pode ocorrer em pessoas que apresentam, ou não, um transtorno mental.^{7,33,37}

Na CID-10, há a possibilidade de registrar, no diagnóstico da agorafobia (F40.0), a presença ou ausência de transtorno de pânico, por meio do acréscimo de mais um caractere na codificação (F40.00 - sem transtorno de pânico - e F40.01 - com transtorno de pânico) (Quadro 4). Na CID-11, adota-se o diagnóstico comórbido de transtorno de pânico e agorafobia, quando os dois transtornos, de fato, coexistem, ou o uso do qualificador “ataques de pânico”, como mencionado no parágrafo anterior, se os sintomas são exclusivamente decorrentes do transtorno fóbico.^{7,33,37}

Os transtornos de ansiedade de separação e mutismo

seletivo, na CID-11, não estão mais restritos, como na CID-10, ao denominado grupo de “transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente na infância e adolescência” – podendo ser diagnosticada, por exemplo, uma ansiedade de separação de um cônjuge em um casal de adultos (Quadro 4). O mutismo seletivo, contudo, manifesta-se com maior frequência em crianças menores do que em adolescentes e adultos. Com relação aos demais transtornos ansiosos, não ocorreram grandes mudanças.^{6,7,11,33,37}

ASPECTOS CLÍNICOS

Os aspectos clínicos dos transtornos aqui descritos têm por base a CID-11, o DSM-5 e os livros-texto de referência. Na CID-11, para serem diagnosticados, esses transtornos devem resultar em sofrimento ou prejuízo individual, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.⁷ O DSM-5 enumera as comorbidades associadas, o que é típico de seu esquema organizacional⁶. Cabe reafirmar que as DCDD da CID-11 ainda serão publicadas, após o que os clínicos terão a seu dispor os elementos necessários para melhor realização desses diagnósticos.

Transtorno de ansiedade generalizada

É caracterizado por apreensão ou preocupação excessiva com múltiplas questões do dia a dia.⁷ Pacientes com TAG também podem apresentar tensão muscular, hiperatividade autonômica, nervosismo, dificuldade de concentração, irritabilidade, distúrbios de sono, sudorese, náuseas, diarreia, cefaleia e respostas exageradas de sobresalto a estímulos geralmente inócuos, como o barulho.⁶ Para o diagnóstico, é requerido que os sintomas estejam presentes na maior parte do tempo, por, pelo menos, alguns meses.⁷

Transtorno de pânico

Ataques de pânico recorrentes, inesperados, não relacionados a estímulos ou situações específicas, são característicos. Um ataque de pânico é um episódio súbito de intenso temor ou apreensão, acompanhado de diversos sintomas, como palpitações, sudorese, tremores, falta de ar, precordialgia, tontura, calafrios, ondas de calor e medo intenso da morte.⁷ Normalmente, o pico de intensidade ocorre em dez minutos, não durando mais do que vinte ou trinta³⁸. A frequência e a gravidade dos ataques são variáveis, podendo ser diários, semanais ou apenas alguns durante o ano^{6,38}. Os pacientes têm preocupação persistente acerca da recorrência e consequência dos ataques ou adotam comportamentos para evitar que eles aconteçam.⁷

Agorafobia

Caracteriza-se por temor ou ansiedade acentuados que ocorrem em diversas situações em que o indivíduo acredita ser difícil escapar ou receber ajuda, caso necessário, tais como

usar transporte público, estar em multidões, estar sozinho fora de casa. Nessas situações, o indivíduo fica temeroso de consequências negativas, como ataques de pânico ou sintomas físicos incapacitantes ou constrangedores.^{7,38} As situações são evitadas, enfrentadas somente em ocasiões específicas (p. ex., estar acompanhado por alguém de confiança) ou suportadas com medo e ansiedade intensos.⁷ Na tentativa de automedicação, muitos pacientes terminam abusando de álcool e sedativos.

Fobia específica

O que caracteriza a fobia específica é um excessivo e marcante temor ou ansiedade que ocorre mediante a exposição ou antecipação da exposição a um ou mais objetos ou situações específicas (p. ex., certos animais, viagens aéreas, alturas, espaços fechados, sangue ou ferimentos). O temor é desproporcional ao perigo real, podendo, inclusive, adquirir a intensidade de um ataque de pânico⁶. Os objetos ou situações fóbicas são evitados ou vivenciados com intenso medo⁷. Indivíduos com fobia específica comumente respondem com hiperatividade autonômica pela antecipação ou durante a exposição a um objeto ou situação fóbica. Os que têm fobia do tipo sangue-injeção-ferimentos frequentemente apresentam uma síncope vasovagal, manifestada por breve taquicardia e elevação pressórica seguida por bradicardia e hipotensão.

Transtorno de ansiedade social

O aspecto essencial é temor ou ansiedade acentuados e excessivos que ocorrem em situações de interação social ou desempenho diante de outros. A preocupação do indivíduo é de que sua maneira de agir ou o fato de transparecer ansiedade sejam avaliados negativamente por outros.⁷ O temor é do constrangimento ou de avaliações negativas e não da situação em si³⁹. Situações sociais relevantes são evitadas ou experienciadas com intenso medo ou ansiedade.⁷ Pode surgir após uma experiência estressante ou humilhante ou desenvolver-se lentamente⁶.

Transtorno de ansiedade de separação

É caracterizado por excessivo temor ou ansiedade relacionados à separação de figuras de apego. Em crianças e adolescentes, a ansiedade é direcionada a cuidadores, pais ou outros

membros da família. Em adultos, o foco é, normalmente, para parceiros ou filhos.⁷ As manifestações do transtorno podem incluir preocupação com o bem-estar ou a morte das figuras de apego e a necessidade de sempre estarem em contato com elas. Além disso, temem que algo aconteça com eles próprios e os impeça de estarem com seus entes queridos. Também, são relutantes a saírem ou viajarem desacompanhados, e, no caso de crianças, a permanecerem em um local sozinhos, inclusive em casa. Cefaleia, dor abdominal, náuseas, vômitos, tontura, palpitações, sensação de desmaio são frequentes, quando da separação ou na iminência desta. O início do transtorno pode ocorrer em idade pré-escolar e em qualquer momento da infância e mais raramente na adolescência.

Mutismo seletivo

As crianças acometidas, usualmente, não falam em situações sociais nas quais há expectativa ou demanda para que falem, como na escola³⁸. Em casa, na presença da família imediata, falam sem problema, mas, com frequência, não o fazem com amigos próximos ou parentes mais afastados. Pode ocorrer comunicação não verbal, por meio de grunhidos, apontar, escrever. Também podem se engajar em atividades em que a fala não é exigida. A recusa a falar na escola comumente traz prejuízos educacionais, pois habilidades como leitura ficam impossibilitadas de serem avaliadas pelos professores⁶. Para o diagnóstico, é exigida a duração de, pelo menos, um mês - não limitada ao primeiro mês de escola - e deve ter gravidade suficiente para prejudicar o desempenho escolar ou a comunicação social. Mais ainda, o mutismo não deve ser devido à falta de conhecimento ou desconforto com o idioma requerido na situação social.⁷ O início se dá habitualmente antes dos 5 anos de idade, mas pode ser perceptível somente quando a criança entra na escola.⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As presentes versões da CID e do DSM estão fundamentadas nos avanços e na consolidação do conhecimento atual sobre os transtornos mentais. É essencial que essas inovações sejam extensamente disseminadas, agregadas às estratégias de formação profissional, a programas de qualificação e treinamento, ampliando o desenvolvimento de habilidades para a prática clínica e proporcionando uma comunicação mais uniforme e precisa entre os profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Nunes EP Filho, Bueno JR, Nardi AE. Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais. São Paulo: Atheneu; 1996.
2. Alexander FG, Selesnick ST. The history of psychiatry. New York: Mentor Books; 1968.
3. Miranda-Sá LS Júnior. O diagnóstico psiquiátrico ontem e hoje. E amanhã?. Rio de Janeiro: ABP Editora; 2010.
4. World Health Organization. Manual de la clasificación estadística internacional

de enfermedades, traumatismos y causas de defunción: sexta revisión de las listas internacionales de enfermedades y causas de defunción, adoptada en 1948 [Internet]. Geneve: Organización Mundial de la Salud; 1950 [acesso 2021Maio 23]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70941>.

5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1952.
6. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de

8 Transtornos de ansiedade: histórico, clínica e classificações

transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

7. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS) [Internet]. WHO: Geneve; 2021 [Cited 2021 Maio 23]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

8. Crocq M-A. The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017 Jun;19(2):107–16.

9. Crocq M-A. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 Sep;17(3): 319–25.

10. Bienvenu OJ, Wuyek LA, Stein MB. Anxiety disorders diagnosis: some history and controversies. *Curr Top Behav Neurosci*. 2010; 2: 3–19.

11. Kogan CS, Stein DJ, Maj M, Emmelkamp PMG, Reed GM. The Classification of Anxiety and Fear-Related Disorders in the ICD-11. *Depress Anxiety*. 2016; 33(12):1141–54.

12. Mulder RT. Why study the history of psychiatry? *Aust N Z J Psychiatry*. 1993 Dec; 27(4): 556–9.

13. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. 10. ed. Wolters Kluwer; 2017.

14. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Schestatsky G, Graeff-Martins AS, Pinheiro AP, et al. *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 10. ed. Artmed; 2016.

15. Bastos CL. *Manual do exame psíquico: uma introdução prática à psicopatologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações; 2020.

16. Dalgalarrodo P. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.

17. López-Ibor JJ, López-Ibor M-I. Anxiety and logos: Toward a linguistic analysis of the origins of human thinking. *J Affect Disord*. 1o de janeiro de 2010;120(1): 1–11.

18. Aristóteles. *Ética a Nicômaco*. 2. ed. São Paulo: Forense; 2017.

19. Horwitz AV. *Anxiety: A Short History*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2013.

20. Freud S. La neurastenia y la neurosis de angustia (1894). In: Freud S. *Obras Completas: tomo I (1873 - 1905)*. 3. ed. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

21. World Health Organization. History of the Development of the ICD.[acesso em 2020 dez 25]. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>.

22. Stengel E. Classification of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization* [Internet]. 1959 [acesso 2021 Jan 31]; 21(4-5): 601-663. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/265534/PMC2537983.pdf>.

23. Viana MB. Mudanças nos conceitos de ansiedade nos séculos XIX e XX: da "Angstneurose" ao DSM-IV [tese] [Internet]. São Carlos (SP): UFSCar; 2010 [acesso em 2021 Jan 31]. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/4780/3194.pdf>.

24. World Health Organization. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death: based on the recommendations of the seventh revision Conference, 1955, and adopted by the ninth World Health Assembly under the WHO Nomenclature Regulations

[Internet]. Geneve: WHO; 1957 [acesso 2020 Dez 25]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42900>.

25. World Health Organization. Manual of the international statistical classification of disease, injuries, and causes of death: Based on the recommendations of the eighth revision conference, 1965, and adopted by the Nineteenth World Health Assembly [Internet]. World Health Organization; 1967 [acesso em 2020 dez 25]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70935>.

26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: second edition*. 2. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968.

27. World Health Organization. *Classificação internacional das doenças: baseada nas recomendações da nona conferência de revisão, 1975, e adotada pela vigésima Assembléia Mundial da Saúde* [Internet]. São Paulo: Centro da OMS para classificação de doenças em Português, Ministério da Saúde/ Universidade de São Paulo; 1980 [acesso em 2020 dez 25]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70943/ICD_10_1980_v1_pt_1.pdf?sequence=4&isAllowed=y.

28. Wilson M. DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 1993 [cited 2020 dec 24]; 150(3): 399-410. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8434655/>.

29. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: third edition*. 3. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.

30. Klein D. Anxiety reconceptualized. *Comprehensive psychiatry* [Internet]. 1980 [cited 2020 dec 24]; 21(6): 411-427. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0010440X80900437>

31. Cordás TA. *Uma breve história dos transtornos ansiosos*. São Paulo: Lemos Editorial; 2004.

32. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: third edition - revised*. 3. ed. revised. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.

33. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

34. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

35. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4. ed. text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

36. Geddes JR, Andreasen NC, Goodwin GM. *New Oxford textbook of psychiatry*. 3. ed. Oxford: Oxford University Press; 2020.

37. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 2019 Feb; 18(1): 3-19.

38. Semple D, Smyth R. *Oxford handbook of psychiatry*. 4. ed. Oxford: Oxford University Press; 2019.

39. Boland R, Verduin M, Ruiz P. Kaplan & Sadock's *Synopsis of Psychiatry*. 12 ed. Philadelphia: LWW; 2021.

How to cite this article/Como citar este artigo :

Frota IJ, Moura Fé AAC, Paula FTM, Moura VEGS, Campos EM. Transtornos de ansiedade: histórico, aspectos clínicos e classificações atuais. *J Health Biol Sci*. 2022; 10(1):1-8.