

**TRATAMENTO DE ANSIEDADE E USO INDISCRIMINADO DE
BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

*ANXIETY TREATMENT AND THE INDISCRIMINATED USE OF
BENZODIAZEPINES IN PRIMARY CARE: AN INTERVENTION PROPOSAL*

Isadora Maria Oliveira Nunes Bacelar de Carvalho

Nayla Andrade Barboza

RESUMO: Ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, algo desconhecido ou estranho. A ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como norma naquela faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo.

OBJETIVOS: Este artigo de revisão tem como objetivo avaliar o uso de benzodiazepínicos no tratamento do transtorno de ansiedade em uma unidade de saúde dela zona rural de Parnaíba-PI. **METODOLOGIA:** Este estudo constitui uma revisão bibliográfica de caráter analítico. A busca de publicações que se adequassem aos critérios de inclusão se deu nas bases LILACS, SCIELO e PubMed.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Pretende-se com essa intervenção, um bom êxito quando se fala em tratamento adequado de ansiedade com uma equipe multiprofissional (médico-psicólogo), associado a melhoria da saúde mental dos pacientes da atenção básica.

Palavras-chave: Transtornos de ansiedade; Receptores benzodiazepínicos; Cooperação e adesão ao tratamento.

ABSTRACT: Anxiety is a vague and unpleasant feeling of fear, apprehension, characterized by tension or discomfort derived from anticipating danger, something unknown or strange. Anxiety and fear become recognized as pathological when they are

exaggerated, disproportionate to the stimulus, or qualitatively different from what is observed as usual in that age group and interfere with the individual's quality of life, emotional comfort or daily performance. **OBJECTIVES:** This review article aims to evaluate the use of benzodiazepines in the treatment of anxiety disorder in a health unit in the rural area of Parnaíba-PI. **METHODOLOGY:** This study is an analytical bibliographic review. The search for publications that met the inclusion criteria was based on LILACS, SCIELO and PubMed. **FINAL CONSIDERATIONS:** With this intervention, we intend to have a good success when talking about adequate treatment of anxiety with a multiprofessional team (doctor-psychologist), associated with improving the mental health of primary care patients.

Keywords: Anxiety Disorders; Benzodiazepine Receptors; Treatment Adherence and Compliance.

1. INTRODUÇÃO

Ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho.

A ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo ou qualitativamente diversos do que se observa como norma naquela faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo (ALEEN, 1995).

A abordagem diante de um diagnóstico de transtorno de ansiedade pode ser dividida em: tratamento não medicamentoso (incluindo suporte, psicoeducação e psicoterapia de diferentes orientações) e tratamento medicamentoso (POLANCYZK, 2012).

Os antidepressivos e os ansiolíticos são as classes de medicações mais estudadas e utilizadas para tratamento de transtornos de ansiedade na adolescência; antipsicóticos, betabloqueadores, anticonvulsivantes e anti-histamínicos são opções, cujo uso é preconizado como potencializadores e coadjuvantes. (MIGUEL, 2011).

No momento da introdução de tratamento farmacológico, deve haver a orientação de um

psiquiatra para melhor manejo na utilização dos psicofármacos. Porém na APS erroneamente ocorre que sem assistência médica os pacientes iniciam por conta própria o uso de benzodiazepínicos para tratamento de transtornos de ansiedade, medo. Foi observado que há dependência dos mesmos, e ao tratar corretamente e fazer o desmame dos benzodiazepínicos se torna mais difícil.

Os benzodiazepínicos constituem o grupo de psicotrópicos mais comumente utilizados na prática clínica devido as suas quatro atividades principais: ansiolítica, hipnótica, anticonvulsivante e relaxante muscular (CORREIA, 2002; SOUZA, 2012). Em geral, são indicados para os transtornos de ansiedade, insônia e epilepsia (GRIFFIN CE, 2013).

No Brasil, uma pesquisa feita em 2001 em 107 cidades com mais de 200 mil habitantes, constatou que os benzodiazepínicos foram a terceira substância mais utilizada pelos 8.589 entrevistados (GALFUROZ, 2005). O uso prolongado do benzodiazepínico, mesmo que em baixas dosagens, é fator de risco para o desenvolvimento dos efeitos adversos que podem manifestar-se por sonolência, vertigem, cansaço, confusão mental, cefaleia, ansiedade, letargia, ataxia, hipotensão postural, amnesia retrógrada, acidentes, tolerância, dependência e aumento na frequência de quedas (SOFTIC, 2013; BALLOKOVA, 2014).

No município de Parnaíba - PI ZR é atualmente a principal dificuldade encontrada devido à grande demanda de saúde mental e o uso indiscriminado de benzodiazepínicos de longa data, onde os pacientes da região não tratado corretamente continuam apresentando sintomas ansiosos, depressivos.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Avaliar o uso de benzodiazepínicos no tratamento do transtorno de ansiedade em uma unidade de saúde dela zona rural de Parnaíba-PI.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o uso de tratamentos não farmacológicos em pacientes com transtornos de ansiedade leve;

- Associar o uso indevido de benzodiazepínico ao tratamento de transtornos de ansiedade nesta região;
- Analisar necessidade de uso de benzodiazepínicos de forma contínua por longa data, em pacientes tratados com transtornos de ansiedade;
- Realizar grupo de atividades educativas com intuito de diminuir o uso indiscriminado de benzodiazepínicos nesta população, associado a psicoterapia;
- Tentar o desmame nos casos possíveis, através de acompanhamento médico e psicológico acompanhado.

2. METODOLOGIA

Este estudo constitui uma revisão bibliográfica de carácter analítico a respeito dos aspectos relevantes sobre o tratamento da ansiedade e sobre o uso indiscriminado de benzodiazepínicos na atenção básica, de onde se elaborou uma proposta de intervenção.

A busca de artigos científicos e publicações que se adequassem aos critérios de inclusão se deu nas bases LILACS, SCIELO e PubMed, e foram utilizadas as seguintes palavras-chave para seleção de trabalhos: Transtornos de ansiedade; Receptores benzodiazepínicos; Cooperação e adesão ao tratamento.

Após as etapas de seleção e exclusão, constituiu-se o corpo do artigo agrupando os temas principais que fizeram deste material um estudo completo e coerente.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Transtorno de ansiedade

Ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho (ALLEN. Et al. 1995). A ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como norma naquela faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do

indivíduo. Tais reações exageradas ao estímulo ansiogênico se desenvolvem, mais comumente, em indivíduos com uma predisposição neurobiológica herdada (HIRSHFELD. Et al.1999).

Os Transtornos de Ansiedade (TAs) são reconhecidos como alguns dos transtornos mentais mais prevalentes em crianças e adolescentes, encontrando-se atrás apenas do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e do Transtorno de Conduta (ASBAHR, 2004).

Estudos epidemiológicos em populações americanas indicaram que os TAs em infante juvenis têm prevalência estimada de 8 a 12% (COSTELLO, 1989; SPENCE, 1998). No Brasil, um estudo populacional encontrou índices de prevalência de 4,6% em crianças e 5,8% entre os adolescentes (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004). Na Inglaterra, FORD, GOODMAN E MELTZER (2003) observaram índices de morbidade similares aos encontrados na pesquisa brasileira e indicaram prevalência de 3,4% em crianças e 5,04% em adolescentes.

Os TAs podem causar manifestações clínicas capazes de gerar importantes prejuízos no funcionamento normal do indivíduo (LAST; PERRIN; HERSEN & KAZDIN, 1996). A ansiedade patológica leva o paciente ao desenvolvimento de estratégias compensatórias para evitar o contato com aquilo que lhe causa temor. Além do consequente prejuízo funcional imediato, implicações de médio e longo prazo possíveis são a diminuição de autoestima e o desinteresse pela vida (APA, 2000).

Os transtornos de ansiedade têm uma etiologia primária, não podendo estar correlacionados a outros transtornos psiquiátricos porventura presentes no paciente ou ao uso de substâncias ou medicamentos (AMERICAN PSYCHIATRIA ASSOCIATION, 2014). Existem vários tipos de transtornos de ansiedade, diferenciados entre si através da observação das situações desencadeantes do medo sentido pelo paciente. O médico deve observar se o transtorno se desenvolveu na infância e persistiu ou se teve um início recente (CASTILLO. Et al., 2000).

Dentre os transtornos de ansiedade listados pelo DSM V, estão: transtorno de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, transtorno de ansiedade social (fobia social), transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento, transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, outro transtorno de ansiedade especificado e transtorno

de ansiedade não especificado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os transtornos de ansiedade são os mais prevalentes dentre os transtornos mentais (12,6%/ano). Um estudo multicêntrico envolvendo 6 países europeus avaliou a prevalência dos transtornos ansiosos ao longo da vida de 13,6%. Nesse estudo, as fobias específicas foram as mais prevalentes (7,7%), seguidas pelo transtorno de ansiedade generalizada (2,8%), fobia social (2,4%), transtorno de pânico (2,1%), estresse pós-traumático (1,9%) e agorafobia (0,9%), sempre com incidência maior no sexo feminino. Os primeiros sintomas aparecem, na maioria das vezes, por volta dos 20 anos de idade, com evidências de segundo pico dos 45 aos 55 anos (MARTINS. Et al. 2016).

3.2 Transtorno de Ansiedade Generalizada

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) está entre os transtornos da ansiedade e, conseqüentemente, transtornos mentais, mais frequentemente encontrados na clínica. Embora visto inicialmente como um transtorno leve, atualmente se avalia que o TAG é uma doença crônica, associado a uma morbidade relativamente alta e a altos custos individuais e sociais. Por exemplo, cerca de 24% dos pacientes classificados como grandes usuários de serviços médicos ambulatoriais apresentam diagnóstico de TAG (SCHWEIZER. Et al. 1995).

O TAG caracteriza-se pela presença de preocupações excessivas e incontroláveis sobre diferentes aspectos da vida. Apesar de preocupações serem uma manifestação de ansiedade bastante comum e fazerem parte da experiência humana, pacientes diagnosticados com TAG referem haver uma intensificação e prolongamento deste estado ansioso, sem que haja a interrupção deste processo (FLANNERY-SHROEDER, 2004).

Os critérios diagnósticos apontados na DSM-IV-TR (APA, 2000) incluem: ansiedade e preocupação excessiva e de difícil controle com diversos eventos, na maioria dos dias e com duração mínima de seis meses, causando prejuízos no funcionamento da vida diária. O quadro deve ser acompanhado ainda de pelo menos três de seis sintomas físicos tais como: inquietação; fadigabilidade; dificuldade de concentração; irritabilidade; tensão muscular ou perturbações do sono. Finalmente, o distúrbio não deve ser oriundo de ingestão de drogas ou de abuso, de uma condição médica geral ou ocorrer exclusivamente durante o curso de transtorno de humor, transtorno psicótico ou transtorno global do desenvolvimento.

1- Quadro

Quadro I – Critérios do DSM-V para o Transtorno de Ansiedade Generalizada
A. Ansiedade e preocupação excessivas, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses e relacionada a inúmeros eventos ou atividades (p.ex. trabalho e desempenho escolar).
B. A preocupação é difícil de controlar.
C. A ansiedade e a preocupação estão associados a três (ou mais) dos seguintes sintomas (com pelo menos alguns sintomas estando presente na maioria dos dias nos últimos seis meses): <ul style="list-style-type: none">• inquietação ou sensação de estar no limite;• cansar-se facilmente;• dificuldade de concentração;• irritabilidade;• tensão muscular;• distúrbios do sono (dificuldade de iniciar ou manter o sono e sensação de sono não satisfatório).
D. Os sintomas físicos, preocupação ou ansiedade causam sofrimento clinicamente significativo ou incapacidade em atividades sociais, ocupacionais ou outras.
E. O transtorno não pode ser atribuído a: uma condição médica geral, uso de substâncias ou outro transtorno mental*.

Critérios diagnósticos do DM- V para Transtornos de Ansiedade Generalizada.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014.

3.3 Tratamento da Ansiedade

Grande parte das pessoas com TAG não procuram tratamento. A maioria dos casos é tratada por clínicos e gastroenterologistas, pois devido ao grande número de sintomas físicos, os pacientes não percebem a possibilidade de estar padecendo de um transtorno mental, o que dificulta o diagnóstico e o seguimento do tratamento adequado. Os pacientes com TAG buscam a opinião de vários médicos e realizam diferentes exames sempre com intuito de diminuir a preocupação de estarem com doença grave. No TAG as preocupações mais proeminentes são vida familiar (79%), vida econômica (50%), trabalho (43%), doenças (14%), existindo também preocupações com situações do cotidiano e com as relações interpessoais. Nos indivíduos com TAG o esquema através do qual formam suas relações pode ajudar a reforçar ou manter suas preocupações (NEWMAN E ANDERSON,2007).

A abordagem psicoterápica pode ser das mais diversas modalidades, não se tendo estudos comprovando a relativa eficácia entre elas até o momento. A terapia cognitivo-comportamental consiste basicamente em provocar uma mudança na maneira alterada de perceber e raciocinar sobre o ambiente e especificamente sobre o que causa a ansiedade

(terapia cognitiva) e mudanças no comportamento ansioso (terapia comportamental). Esse método pode ter eficácia duradoura sobre os transtornos ansiosos em geral. Os pais participam ativamente dessa terapia com crianças, ao contrário do que é feito com adultos com o mesmo transtorno (BERNSTEIN. Et al. 1996). Ensaio clínico mostram que a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) apresenta uma eficácia maior do que as situações controle¹⁰ e outras formas de psicoterapia (MITTE. Et al. 2005).

Os dois componentes principais do tratamento dos Transtornos de Ansiedade são o emprego de medicamentos em médio e longo prazo e/ou a psicoterapia cognitivo-comportamental. O diagnóstico deve ser abrangente para se elaborar um plano de tratamento com objetivos bem definidos. Os graus de incapacitação variam muito de caso para caso, nos diferentes transtornos de ansiedade (HEIMBERG. Et al. 1998) (KOBAK KA. Et al.1998)

A terapia farmacológica deve ser considerada, em conjunto com a abordagem psicoterápica, quando o grau de sofrimento do paciente e a interferência dos sintomas sobre a sua vida assim o exigirem.

3.4 Benzodiazepínicos

A ação ansiolítica dos benzodiazepínicos (BZD) é decorrente de sua ligação com receptores próprios (receptores BZD ou omega) localizados no complexo receptor BZD/receptor GABAA/canal de cloro, facilitando a ação do GABA e, conseqüentemente, a hiperpolarização celular pelo aumento do influxo de cloro. Existem inúmeros estudos corroborando a eficácia dos BZD no TAG (HOLLISTER. Et al. 1993), com aproximadamente 35% dos pacientes tratados retornando a níveis normais de ansiedade e outros 40% apresentando melhora moderada (BALLENGER. Et al. 1999).

O efeito ansiolítico dos BZD pode ser visto nas primeiras seis semanas, sendo esse período de tratamento suficiente para até 50% dos pacientes. Entretanto, uma importante parcela dos pacientes recai quando a medicação é suspensa após seis semanas, necessitando, assim, de um tratamento em longo prazo. Portanto, uma abordagem lógica seria, após a estabilização da resposta inicial, manter o mais baixo possível a dose do BZD, fazendo uma reavaliação constante da necessidade de manutenção do BZD, e mesmo realizar uma tentativa de retirada após seis semanas de tratamento. A retirada do

BZD deve ser gradual (aproximadamente 1/4 da dose em uso no momento a cada 1-2 semanas), sendo a probabilidade de sintomas de abstinência mais intensos com BZD de ação curta e alta potência (APA,1991) (JANICAK. Et al. 1997).

Os BZD são efetivos nos sintomas do TAG, produzem efeito rapidamente (minutos ou horas) e têm um perfil favorável de efeitos colaterais (sonolência, diminuição de reflexos ao dirigir ou manipular máquinas perigosas e ataxia e/ ou alterações de memória em doses mais elevadas). A limitação no uso dos BZD deve-se a sua propensão para desenvolver tolerância de efeitos e dependência. Dessa forma, deve-se optar por outra classe de drogas quando se prevê a necessidade de uso da medicação por tempo prolongado, ou em pacientes que desenvolvem rápida tolerância, apresentem propensão às dependências de uma maneira geral ou mostrem comorbidade com depressão. A dependência ao benzodiazepínico BZD é um estado adaptativo induzido pelo uso crônico da droga, que se torna aparente quando a suspensão abrupta induz uma síndrome de abstinência (TAN. Et al. 2011). É secundária à dose e duração do uso e precedida pela tolerância. Ocorre em 50% dos pacientes tratados diariamente por quatro meses (EL-GUEBALY. Et al. 2010). A tolerância é caracterizada por uma redução na resposta à droga com a administração repetida e pela necessidade de aumento progressivo da dose para alcançar os efeitos terapêuticos desejados (AUTHIER, 2011).

3.5 Inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS)

Os antidepressivos inibidores da receptação de serotonina (ex.: escitalopram, paroxetina, sertralina, fluoxetina) ou inibidores da receptação de serotonina e noradrenalina (ex.: venlafaxina, duloxetina) são as drogas de primeira escolha para tratamentos mais prolongados do TAG. Ensaios clínicos geralmente mostram uma eficácia semelhante entre esses medicamentos e maior que placebo. O tempo para o início de ação é prolongado, variando entre duas a quatro semanas e apresentam efeitos colaterais que podem interferir com a vida dos pacientes. Os pacientes podem apresentar agitação ou aumento da ansiedade no início do tratamento, que pode ser amenizada pela associação com benzodiazepínicos por curto período. Os efeitos colaterais mais comuns são: distúrbios gastrointestinais (náusea e diarreia), disfunção sexual, insônia e sintomas rebote na interrupção do uso prolongado. A dose inicial da medicação pode ser ajustada

após quatro semanas, se necessário (BYSTRITSKY. Et al. 2014).

Em estudo controlado com pacientes com TAG, foram avaliados os efeitos da paroxetina, imipramina e da clorodesmetildiazepam. Apesar de uma menor eficácia inicial nas primeiras duas semanas, a paroxetina e a imipramina mostraram-se mais eficazes que a clorodesmetildiazepam após quatro semanas de tratamento, não diferindo entre si, com ambas atuando principalmente nos sintomas psíquicos da ansiedade (ROCCA. Et al. 1997).

4. PLANO OPERATIVO

Situação problema	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
IDENTIFICAR QUANTOS PACIENTES COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE	QUANTIFICAR OS PACIENTES	1 MÊS	QUANTIFICAR OS PACIENTES	MEDICA ISADORA MARIA
ABORDAR TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE LEVE	DIMINUIR DEPENDÊNCIA FARMACOLÓGICA	5 MESES	INICIAR TERAPIA PSICOLÓGICA	MEDICA ISADORA MARIA E PSICOLOGA LAIS

ANÁLISE DO USO EXCESSIVO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM PACIENTES COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE	ASSOCIAR O USO INDEVIDO DE BZP AO TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NESTA REGIÃO	5 MESES	AVALIAR OS GRUPOS DE APOIO E AVALIAR USO DE MEDICAÇÃO	MEDICADORA MARIA
REALIZAR ATIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE SAUDE MENTAL E BEM ESTAR	DIMINUIR USO DE MEDICAÇÃO E MELHORAR A SAUDE MENTAL DESTA POPULAÇÃO	5 MESES	GRUPOS QUINZENAIS	MEDICADORA MARIA E PSICÓLOGAS

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante disso, pretende-se com essa intervenção, um bom êxito quando se fala em tratamento adequado de ansiedade com uma equipe multiprofissional (médico-psicólogo), associado a melhoria da saúde mental dos pacientes da atenção básica.

A grande dificuldade, no entanto, será possivelmente a adesão do paciente ao grupo de saúde mental, onde cada indivíduo inserido no programa não terá apenas uma consulta de rotina médico-paciente, mas sim um grupo de atividade associada a uma interconsulta (médico-paciente-psicólogo).

6. REFERÊNCIAS

ALLEN AJ; LEONARD H; SWEDO SE. **Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 34: 976-86. 1995.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – IV-TR).** 4. Ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas. 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Task Force on Benzodiazepine Dependence, Toxicity and Abuse, American Psychiatric Association. Benzodiazepine Dependence, Toxicity, and Abuse.** Washington, DC: American Psychiatric Association. 1991.

ASBAHR F. **Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos.** Jornal de Pediatria, 80 (2): S28-S34. 2004.

AUTHIER N. Et al. **Benzodiazepine dependence: Focus on withdrawal syndrome.** Ann Pharmacs Françaises. 67(6): 408-13. 2009.

BALLENGER JC. **Current treatments of the anxiety disorder in adults.** Biol Psychiatry, 46:1579-94. 1999.

BERNSTEIN GA; BORCHARDT CM; PERWIEN AR. **Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35: 1110-9. 1996.

BORKOVEC TD; MATHEWS AM. **Treatment of nonphobic anxiety disorders: a comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy.** J Consult Clin Psychol, 56:877. 1988.

BYSTRITSKY A; STEIN MB; HERMANN R. **Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder.** 2014.

COSTELLO E. **Developments in child psychiatric epidemiology.** Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28, 836-841. 1989.

DURHAM RC. Et al. **One year follow-up of cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder: symptom change, medication usage and attitudes to treatment.** Behav. Brain Sci, 27:19. 1999.

EL-GUEBALY N; SAREEN J; STEIN MB. **Are there guidelines for the responsible prescription of benzodiazepines?** Can J Psychiatry, 55(11):709-14. 2010.

FLANNERY-SCHOEDER E. **Generalized Anxiety Disorder.** *Anxiety Disorders in Children and Adolescent.* 2. Ed. p125-140. New York, NY: Guilford Press. 2004.

FLEITLICH-BIL YKB & AMP; GOODMAN R. **Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil.** Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43 (6), 727-734. 2004.

HEIMBERG RG. Et al. **Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome.** Arch Gen Psychiatry, 55:1133-41. 1998.

HOLLISTER LE; MÜLLER-OERLINGHAUSEN; RICKELS K; SHADER RI. **Clinical uses of benzodiazepines.** J Clin Psychopharmacol, 13(6 Suppl 1):1S-169S. 1993.

JANICAK PG; DAVIS JM; PRESKORN SH; AYD JR FJ. **Principles and practice of psychopharmacotherapy.** 2nd. Ed. Baltimore: Williams & Wilkins. 1997.

KOBAK KA. Et al. **Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder: a metaanalysis.** Psychopharmacology (Berl), 136:205-16. 1998.

LAST CG; PERRIN S; HERSEN M; KAZDIN AE. **A prospective study of childhood anxiety disorders.** Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35: 1502-1510. 1996.

LEICHSENRING F. Et al. **Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized, controlled trial.** Am J Psychiatr: 166-875. 2009.

MARTINS MDA. Et al. (Eds.). **Clínica Médica.** 2. Ed. v. 6. Barueri: Manole, 2016.

MITTE K. **Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: a comparison with pharmacotherapy.** Psychol Bull, 131:785. 2005.

NEWMAN MG; ANDERSON NL. **Una revision de la investigacion basica e aplicada sobre el Transtorno de Ansiedad Generalizada.** Revista Argentina de clínica psicologica.v. XVI,7-20. 2007.

ROCCA P; FONZO V; SCOTTA M; ZANALDA E; RAVIZZA L. **Paroxetine efficacy in the treatment of generalized anxiety disorder.** Acta Psychiatr Scand, 95: 444-450. 1997.

TAN KR; RUDOLPH U; LUSCHER C. **Hooked on benzodiazepines: GABA A receptor subtypes and addiction.** Trends Neuros, 34(4):188-197.2011.