TelessaúdeRS
NÚCLEO DE TELESSAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
www.telessauders.ufrgs.br

UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

TeleConduta

Ansiedade

Versão digital
2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS/UFRGS
Rua Dona Laura, 320 – 11º andar
Bairro Rio Branco
CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3333-7025
Site: www.telessauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Coordenação Geral:
Marcelo Rodrigues Gonçalves
Roberto Nunes Umpierre

Organizadores:

Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz

Autores:
Mário Tregnago Barcellos
Ligia Marroni Burigo
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz

Design:
Luiz Felipe Telles

Diagramação:
Carolyne Vasques Cabral
Luiz Felipe Telles

Revisão ortográfica:
Rosely de Andrades Vargas

TelessaúdeRS-UFRGS
Porto Alegre, 2017

TeleCondutas - Transtornos de Ansiedade, Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtorno Obsessivo-Compulsivo

TeleCondutas tem por objetivo serem materiais de apoio de fácil utilização e busca rápida, passíveis de serem consultados durante o atendimento aos pacientes. Foram elaboradas pela equipe de teleconsultores do canal 0800 644 6543 do TelessaúdeRS-UFRGS.

Médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (postos e unidades básicas de saúde) de todo o Brasil podem utilizar o canal **0800 644 6543**, *gratuitamente, de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 17:30. Por esse canal é possível solicitar apoio sobre o diagnóstico e/ou tratamento de qualquer condição de saúde. Essa ação é financiada pelo Ministério da Saúde.*

Sumário

Diagnóstico
Diagramas diagnósticos
Condições de saúde associadas aos sintomas
Fármacos associados aos sintomas
Abordagem psicoeducativa/psicossocial
Tratamento conforme diagnóstico
Medicamentos e dose
Quando encaminhar

Introdução

A ansiedade pode ser vista como sintoma psiquiátrico e/ou como reação emocional não patológica associada a diversos contextos de vida. Ela representa um sinal de alarme a determinado estímulo percebido pelo indivíduo como perigoso. Em geral, é composta por uma combinação variável de sintomas físicos, pensamentos catastróficos e alterações de comportamento. A ansiedade pode ser compreendida como mecanismo evolutivo, isto é, uma ferramenta que nos ajuda a detectar o perigo e adotar as medidas necessárias para lidar com ele. No entanto, esse recurso adaptativo muitas vezes encontra-se desregulado, causando sofrimento e prejuízo ao desempenho social e/ou profissional.

A ansiedade se torna um transtorno psiquiátrico quando representa emoção desconfortável e inconveniente, surgindo na ausência de um estímulo externo claro ou com magnitude suficiente para justificá-la, e apresenta intensidade, persistência e frequência desproporcionais. Estudos epidemiológicos indicam os transtornos de ansiedade como os mais prevalentes dentre os transtornos psiquiátricos. Na grande maioria dos casos, não há como estabelecer uma causa específica aos transtornos aqui tratados. A interação entre fatores genéticos e ambientais resume a etiologia atualmente proposta e aceita.

Diagnóstico

O diagnóstico dos transtornos aqui abordados é clínico. Os critérios diagnósticos são estabelecidos para fins de facilidade de comunicação e uniformidade clínica pelas classificações diagnósticas *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (CID-10) e *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5). Os critérios específicos podem ser verificados em outras fontes de consulta, mas alguns pontos importantes de apoio à investigação são resumidos a seguir:

Duração dos sintomas:

- **Fobia específica, fobia social, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada**: o medo, ansiedade ou esquiva são persistentes, geralmente duram mais de seis meses (sendo que, para a ansiedade generalizada, esse período mínimo é exigido).
- **Transtorno de pânico:** é necessário que pelo menos um dos ataques seja seguido - por um período mínimo de um mês - de preocupação sobre ter novos ataques ou sobre as consequências de um ataque ou ainda de mudança desadaptativa no comportamento relacionada aos ataques (como comportamentos evitativos).
- **Transtorno de estresse pós-traumático:** duração mínima de um mês.
- **Transtorno obsessivo-compulsivo:** não há duração mínima dos sintomas.

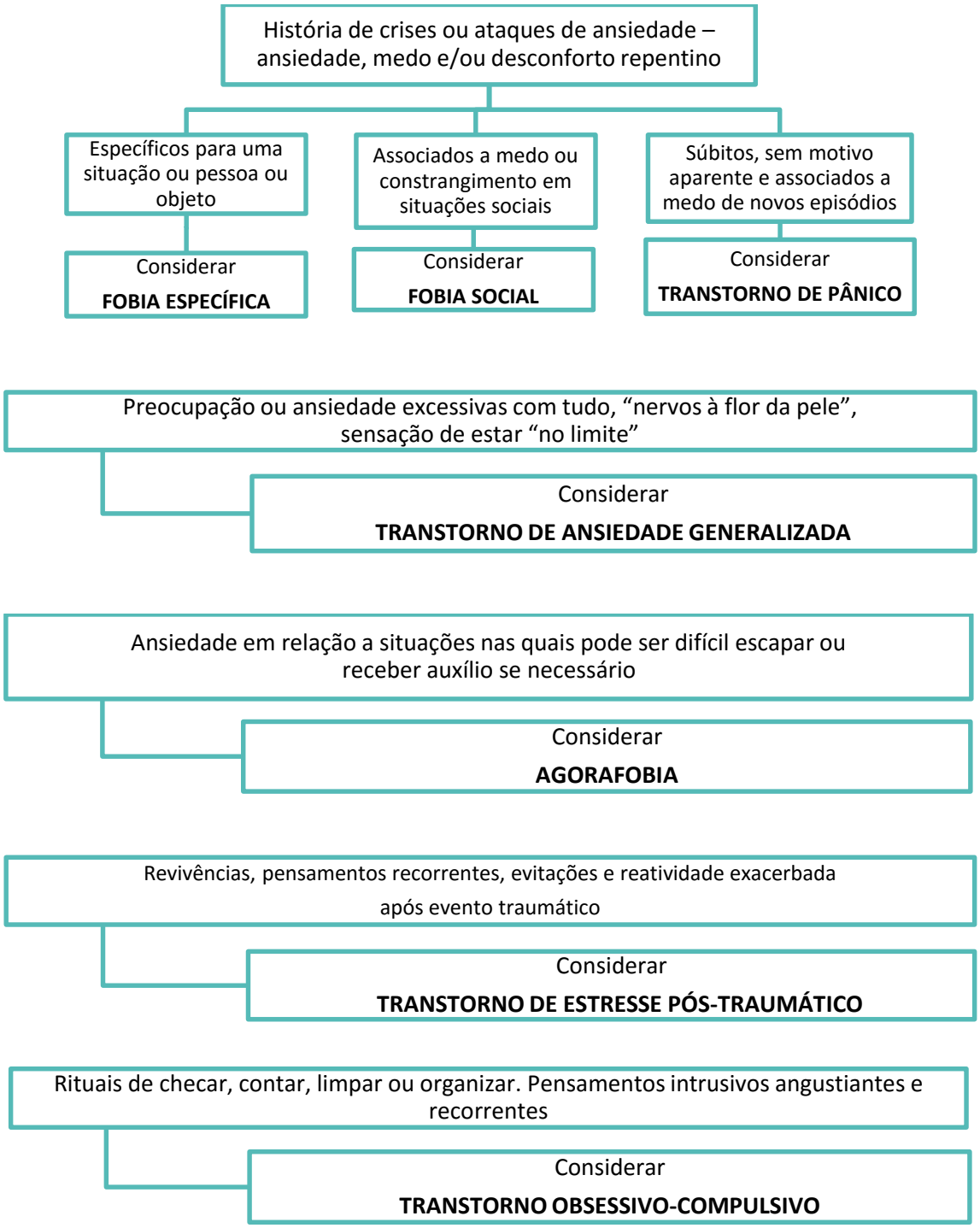
Sofrimento e prejuízo: Medo e ansiedade são emoções que fazem parte do comportamento habitual de todos nós. Assim, é importante avaliar o sofrimento e os prejuízos que decorrem da ansiedade. Para o diagnóstico de um transtorno de ansiedade, é preciso que haja sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outra área importante da vida do indivíduo.

Uso de substâncias e outras condições médicas: Sabendo que medo e ansiedade podem ser consequência do uso de substâncias ou de outra condição médica, é importante afastar essa possibilidade. Se os sintomas são explicáveis pelos efeitos psicológicos de uma substância ou de outra condição médica, o diagnóstico de transtorno de ansiedade não se aplica.

História prévia: É fundamental pesquisar a história pregressa do paciente e investigar se ele teve episódios de ansiedade semelhantes no passado ou ainda outros episódios de doença psiquiátrica. Esse ponto não consta dos critérios diagnósticos, mas clinicamente é bastante útil. A presença de sintomas ansiosos na infância e de transtornos de ansiedade em familiares reforçam a hipótese diagnóstica.

Diagramas diagnósticos

Os diagramas abaixo foram elaborados com base nos pontos centrais de cada transtorno e servem como elemento norteador para a avaliação diagnóstica.



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

Pontos importantes de avaliação

Além do diagnóstico do transtorno específico, outras avaliações são indispensáveis:

- *avaliação do risco de suicídio*,
- investigação de *comorbidades psiquiátricas*,
- *sintomas decorrentes a outra doença (**ver quadro 1**) ou efeito colateral de medicamento (**ver quadro 2**)*.

Quadro 1 - Condições de saúde associados a sintomas de ansiedade

Cardiovasculares: **síndrome coronariana aguda, arritmia, insuficiência cardíaca**
Neurológicas: **epilepsia, tremor essencial, encefalopatia, demência, enxaqueca**
Pulmonares: **DPOC, asma, apneia do sono, embolia pulmonar**
Endocrinológicas: **hipertireoidismo, hipotireoidismo, hiperparatireoidismo, hipoglicemia, feocromocitoma, menopausa, doença de Addison, doença de Cushing, cetoacidose diabética, hipercalcemia, hiperprolactinemia, hiperandrogenismo**
Diversas: **anemia, *delirium*, espasmo esofágico, deficiência de ácido fólico, gastrite, intoxicação alimentar, doença do refluxo gastroesofágico, síndrome do intestino irritável, insônia, SIADH**

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

Quadro 2 - Fármacos associados a sintomas de ansiedade

Corticoides	**Bloqueadores do canal de cálcio**
Carbamazepina	Antidepressivos
Cefalosporinas	Anti-histamínicos
Broncodilatadores	Anticolinérgicos: oxibutinina, meperidina
Tiroxinas	Digitálicos
Dopaminérgicos: amantadina, levodopa, bromocriptina, metoclopramida	Simpaticomiméticos: pseudoefedrina, adrenalina, efedrina
Estimulantes: cafeína, anfetamina, aminofilina, teofilina, metilfenidato	Retirada de antidepressivos, álcool, benzodiazepínicos, sedativos, narcóticos e barbitúricos

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

Tratamento – Aspectos gerais

O tratamento dos transtornos de ansiedade e dos transtornos relacionados apresenta alguns aspectos comuns e outros que são específicos para cada transtorno. Uma parte fundamental do tratamento é a psicoeducação, através da qual o paciente pode entender que tem um problema de saúde real e tratável. O **quadro 3** representa uma proposta de abordagem inicial psicoeducativa/psicossocial para a Atenção Primária à Saúde (APS).

O roteiro proposto pode ser flexibilizado e adaptado. Também não há necessidade de que os pontos citados sejam trabalhados em uma única consulta: essas técnicas devem ser desenvolvidas ao longo de uma sequência de consultas breves.

Quadro 3 - Abordagem psicoeducativa/psicossocial em APS

T O D O S	**Psicoeducação**: Explicar ao paciente o que ele tem e como funciona o tratamento. Deixar claro que a ansiedade depende de uma soma de fatores que incluem vulnerabilidade genética, estressores ambientais e hábitos de vida. Dizer que medo e ansiedade são emoções normais que representam um "sinal de alarme" para o perigo, e que o problema do paciente é esse "sinal de alarme" disparar quando não há perigo. Os tratamentos – medicamento e psicoterapia – ajudam o paciente a consertar esse mecanismo e é importante falar que foram estudados e demonstraram ser eficazes em pacientes semelhantes a ele.
	Abordar motivações para o tratamento: ✓ ***Quais as expectativas do paciente sobre o tratamento?*** ✓ ***Qual é o papel dele no processo de melhora?*** ✓ ***Liste aspectos negativos relacionados à ansiedade e aspectos positivos de estar livre dos sintomas ansiosos.*** Investigue barreiras ao tratamento e elabore um plano de como ultrapassá-las. Não seja autoritário: auxilie o paciente a compreender o balanço entre os aspectos negativos da ansiedade e os aspectos positivos de não sofrer mais com os sintomas.
Pacientes com pensamentos negativos ou desagradáveis *(por exemplo, preocupação excessiva na ansiedade generalizada, pensamentos de morte em um ataque de pânico).*	**Instruir sobre como enfrentar pensamentos negativos ou desagradáveis** ➢ ***Questione a fundamentação lógica dos pensamentos catastróficos***. Pacientes com ansiedade costumam tirar conclusões precipitadas e catastróficas de pequenas coisas. Ajude o paciente a desenvolver processos para refletir sobre a fundamentação lógica dos pensamentos. Por exemplo: pensamentos de morte em ataques de pânico podem ser questionados tendo em vista episódios prévios que foram passageiros e não tiveram repercussões na saúde física. ➢ ***Não tente afastar pensamentos negativos: o segredo é não dar importância a eles***. Mostre ao paciente como não é produtivo tentar afastar pensamentos negativos. É quase impossível tentar "não pensar" em alguma situação, e esse esforço acaba por aumentar a frequência e a intensidade dos pensamentos. Ressalte que o importante é não dar importância aos pensamentos desagradáveis, o que faz com que eles vão desaparecendo com o tempo.

Comportamentos evitativos e medos *(por exemplo, situações sociais em pacientes com fobia social, lugares fechados em pacientes com agorafobia).*	**Instruir sobre como enfrentar situações temidas** ➢ Faça com o paciente uma ***lista das situações temidas*** e planeje um ***plano de enfrentamento*** que vai da situação menos temida para a mais temida. Todos os dias o paciente deve ter uma tarefa de enfrentamento. Avise-o que pensamentos catastróficos irão surgir e trabalhe com ele para buscar dados de realidade e ver que os pensamentos não têm fundamentação lógica (*ver abaixo*).
Ppacientes com ***muitos sintomas físicos ou crises de ansiedade*** *(por exemplo ansiedade em público na fobia social, ansiedade durante um ataque de pânico).*	**Instruir sobre como lidar com sintomas físicos** ➢ Ensine a ***respiração diafragmática*** e o ***controle da respiração***. Oriente o paciente a colocar uma mão na barriga e outra no peito, e instrua-o para que apenas a mão sobre a barriga se mexa enquanto ele respira lentamente pelo nariz. É importante que o paciente saiba que não eliminará por completo a ansiedade, já que é uma emoção normal. Pacientes com transtornos de ansiedade às vezes interpretam estímulos fisiológicos (como os batimentos cardíacos) como ameaçadores, mesmo na ausência de um problema físico. O fundamental é que ele seja capaz de perceber que "o alarme disparou, mas não há nenhum incêndio" e, assim, se tranquilizar.
Para pacientes ***com compulsões*** *(por exemplo, checagem no TOC)*	**Instruir sobre como lidar com as compulsões/rituais** ➢ Faça um ***esquema para prevenir rituais***. Pacientes com TOC se sentem compelidos a realizar determinados rituais em resposta a pensamentos negativos. A tarefa é simples: informar o paciente a não fazer esses rituais e impedir que eles ocorram. Oriente o paciente a interromper rituais ou ruminações com a palavre "Pare" e a procurar distrair-se com algo que prenda mais a atenção. No TOC, a aflição costuma desaparecer entre 15 minutos e 3 horas. A cada exercício, a intensidade e a duração do desconforto são menores.
Para pacientes que ***vão iniciar tratamento com psicofármacos*** *(por exemplo,. antidepressivos ou benzodiazepínicos)*	**Informar sobre os psicofármacos** ➢ Oriente sobre ***tempo de início de ação*** dos medicamentos. Informe sobre ***possíveis efeitos adversos (como piora da ansiedade no início do tratamento)***, lembrando que são manejáveis e muitas vezes passageiros. Avise que os fármacos ***não podem ser descontinuados de forma abrupta*** pelo risco de abstinência. Explique que o tratamento será ***iniciado com doses baixas*** e que o ***aumento será gradual até a resposta desejada***. Informe que *o* ***tratamento deve durar pelo menos um ano*** após a remissão dos sintomas para minimizar o risco de recaída. Esclareça que ***antidepressivos não causam dependência*** e que se deve ter ***cuidado com os benzodiazepínicos*** pelo risco de dependência. ➢ Reforce que os ***medicamentos funcionam*** e são capazes de minimizar o sofrimento. Boa parte dos pacientes não acredita na eficácia dos psicofármacos ou acha que eles não vão ajudar. Assim, é importante ressaltar que os medicamentos já foram testados em pessoas com quadros muito semelhantes. Enfatize os benefícios do tratamento.
Para pacientes que ***vão iniciar psicoterapia*** *(TCC, psicodinâmica)*	**Informar sobre as psicoterapias** ➢ Explique como funciona a terapia indicada. Na terapia cognitivo-comportamental (TCC), informe sobre a necessidade de comprometimento com as tarefas.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017), adaptado e modificado de Salum G. A.; Manfro, G. G.; Cordioli, A. V. Transtornos de ansiedade. In: Duncan, BB et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 1087.

Tratamento – Escolha

O tratamento específico dos transtornos de ansiedade e dos transtornos relacionados pode ser realizado através de psicofármacos e psicoterapias. Para escolha da modalidade terapêutica, deve-se considerar: *diagnóstico específico, preferência do paciente, resposta a tratamentos prévios, disponibilidade de tratamento, relação custo/efetividade, comorbidades psiquiátricas, comorbidades clínicas e objetivos do paciente.*

Caso o tratamento escolhido seja medicamentoso, é indicado considerar:

1. Resposta/tolerância prévia a um fármaco
    a. Inclui uso bem-sucedido por parte de familiares
2. Perfil de efeitos adversos
3. Outras particularidades do medicamento
    a. Custos para o paciente e/ou sistema de saúde
    b. Farmacocinética e farmacodinâmica
    c. Relação custo/efetividade
4. Outras particularidades do paciente
    a. Idade
    b. Comorbidades
    c. Outros fármacos em uso

É necessário considerar individualmente os transtornos para uma indicação terapêutica precisa. O **quadro 4,** a seguir, serve como guia. O **quadro 5** oferece uma síntese dos medicamentos que podem ser utilizados e suas respectivas doses.

Quadro 4 - Tratamento de acordo com o diagnóstico.

Transtorno de Ansiedade Generalizada	Psicoterapias **Terapia cognitivo-comportamental é eficaz.**
	Psicofármacos Diversos fármacos são igualmente eficazes. A hierarquização das opções se dá em função de segurança e tolerabilidade. **1ª linha** → ISRS (paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram) e IRSN (venlafaxina, duloxetina). **2ª linha** → ADT (imipramina), trazodona, pregabalina, buspirona, benzodiazepínicos.
	Tratamento combinado Pode ser útil em casos resistentes.

Fobia social	**Psicoterapias** Terapia cognitivo-comportamental é tratamento de 1ª linha. Terapia psicodinâmica breve parece ser eficaz.
	Psicofármacos Diversos fármacos são igualmente eficazes. A hierarquização das opções se dá em função de segurança e tolerabilidade. **1ª linha** → ISRS (paroxetina, sertralina, escitalopram) e IRSN (venlafaxina). **2ª linha** → IMAO, benzodiazepínicos (alprazolam e clonazepam), gabapentina, pregabalina. **Sintomas em circunstâncias específicas** → Pode-se usar tratamento "quando necessário". Betabloqueadores e benzodiazepínicos em doses baixas são úteis. Deve antes ser realizado um teste para avaliar a resposta.
	Tratamento combinado Resultados controversos. Pode ser útil em casos refratários.
Transtorno de pânico	**Psicoterapias** Terapia cognitivo-comportamental é tratamento de 1ª linha. Terapia psicodinâmica é eficaz (especialmente pacientes com transtornos de personalidade, baixa autoestima ou dificuldades interpessoais)
	Psicofármacos Diversos fármacos são igualmente eficazes. A hierarquização das opções se dá em função de segurança e tolerabilidade. **1ª linha** → ISRS (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram, escitalopram) e IRSN (venlafaxina). **2ª linha** → ADT (imipramina, clomipramina), benzodiazepínicos (alprazolam, clonazepam, diazepam, lorazepam), IMAO (fenelzina, tranilcipromina).
	Tratamento combinado Pode ser mais eficaz do que tratamento medicamentoso ou psicoterápico isolado, mas não há evidências que tornem essa indicação inquestionável.
Transtorno de estresse pós-traumático	**Psicoterapias** Terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (individual ou em grupo) e terapia do manejo do estresse são eficazes.
	Psicofármacos Diversos fármacos são igualmente eficazes. A hierarquização das opções se dá em função de segurança e tolerabilidade. **1ª linha** → ISRS (paroxetina, sertralina) e IRSN (venlafaxina). **2ª linha** → ADT (imipramina), IMAO (fenelzina), antipsicóticos atípicos (olanzapina, risperidona).
	Tratamento combinado Bastante usado, mas não há evidências que permitam comparação com psicoterapia ou psicofármaco isolado.

Transtorno obsessivo-compulsivo	**Psicoterapias** Terapia cognitivo-comportamental é tratamento de 1ª linha. A TCC para o TOC se fundamenta na terapia de exposição e prevenção de resposta.
	Psicofármacos Diversos fármacos são igualmente eficazes. Entre 40% e 65% dos pacientes respondem ao tratamento (redução de 20% a 40% na intensidade dos sintomas). A taxa de remissão completa com uso apenas de psicofármaco é baixa (±10%). **1ª linha** → ISRS (paroxetina, fluvoxamina, fluoxetina, citalopram, escitalopram e sertralina) em doses geralmente altas. **2ª linha** → ADT (clomipramina), IRSN (venlafaxina em doses altas), antipsicóticos em casos refratários (haloperidol, risperidona).
	Tratamento combinado Superior ao medicamento, mas sem diferença em relação à TCC isolada.
Fobia específica	**Psicoterapias** A terapia de exposição é o tratamento de escolha para o transtorno.
	Psicofármacos Podem ser tentados, caso a terapia de exposição não esteja disponível. ISRS podem ser usados.
	Tratamento combinado Não há evidências para seu uso.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017), adaptado e modificado de Salum G. A.; Manfro, G. G.; Cordioli, A. V. Transtornos de ansiedade. In: Duncan, BB et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 1087.

Tratamento medicamentoso – Casos resistentes

Diferentes estratégias podem ser adotadas caso o paciente não apresente resposta. As opções terapêuticas são: a*umento de dose e duração estendida do tratamento, troca de fármaco, associação de fármacos e psicoterapias*.

Seguimento

As psicoterapias preveem acompanhamento semanal. Já no caso de um tratamento medicamentoso, recomenda-se que seja agendada uma reconsulta para a semana seguinte a fim de avaliar a adesão, seguir os passos da psicoeducação e monitorar resposta e efeitos adversos relacionados ao tratamento. Sugere-se nova reavaliação na 4ª semana de tratamento e, em caso de remissão dos sintomas, reconsultas mensais. Depois da estabilização (a partir do 4º mês tendo sido alcançada melhora), as consultas podem ser de dois em dois meses.

Quanto ao tempo de tratamento, sempre deve ser respeitado o período de manutenção. A recomendação varia de acordo com as fontes consultadas, vai de um a dois anos de uso continuado do psicofármaco. Após esse período, o medicamento deve ser gradualmente retirado.

Quadro 5 - Medicamentos e doses

Medicamento	Posologia inicial*	Posologia de manutenção**
Tricíclicos		
Amitriptilina	25 mg	75 – 300 mg
Clomipramina	25 mg	75 – 250 mg
Imipramina	25 mg	75 – 300 mg
Nortriptilina	10 – 25 mg	50 – 150 mg
Inibidores seletivos da receptação da serotonina		
Citalopram	10 – 20 mg	20 – 40 mg
Escitalopram	5 – 10 mg	10 – 20 mg
Fluoxetina	10 – 20 mg	20 – 80 mg
Fluvoxamina	50 mg	50 – 300 mg
Paroxetina	10 mg	20 – 60 mg
Sertralina	25 mg	50 – 200 mg
Inibidores da receptação da dopamina e da noradrenalina		
Bupropiona	150 mg	150 – 450 mg
Inibidores da receptação da serotonina e da noradrenalina		
Desvenlafaxina	50 mg	50 – 200 mg
Duloxetina	60 mg	60 – 120 mg
Venlafaxina* **	37,5 – 75 mg	75 – 300 mg
Modulador da serotonina		
Trazodona** **	50 mg	75 – 500 mg
Inibidor da monoaminoxidase		
Tranilcipromina	10 mg	30 – 60 mg

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

**Pode variar de acordo com características do paciente e preferências do médico.*

***Doses menores podem ser suficientes ou doses maiores podem ser necessárias (como para o TOC).*

****Posologias válidas para apresentação de liberação prolongada*

*****Posologias válidas para apresentação de liberação imediata*

Quando encaminhar

1. Caso refratário: ausência de resposta ou resposta parcial a duas estratégias terapêuticas efetivas (psicoterapia e/ou psicofármacos em dose terapêutica e por pelo menos 8 semanas); ou
2. Caso associado a transtorno por uso de substâncias grave; ou
3. Paciente com ideação suicida persistente.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CORDIOLI, A. V.; GALLOIS, C. B.; ISOLAN, L. (Org.). **Psicofármacos**: consulta rápida. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

GRANT, J. E. Obsessive-compulsive disorder. **N Engl J Med**, Boston, v. 371, n. 7, p. 646-653, 2014. doi: 10.1056/NEJMcp1402176.

HALES, R.; YUDOFSKY, S. C. **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

HARZHEIM, E.; AGOSTINHO, M.; KATZ, N. (Org.). Protocolos de encaminhamento para psiquiatria adulto. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul; TelessaúdeRS-UFRGS, 2015. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/Psiquiatria.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2017.

SALUM, G. A.; MANFRO, G. G.; CORDIOLI, A. V. Transtornos de ansiedade. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

TELESSAÚDERS-UFRGS. TelessaúdeRS-UFRGS: Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul [homepage]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/>. Acesso em: 31 mar. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care**. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/>. Acesso em: 10 mar. 2017.

TelessaúdeRS
NÚCLEO DE TELESSAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
www.telessauders.ufrgs.br

UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

TeleConduta

0800 644 6543
Para esclarecer dúvidas de:
MÉDICOS E ENFERMEIROS
da APS/AB de todo Brasil