

Linha de cuidado para o cuidado dos transtornos mentais comuns (TMCs) no ambiente de trabalho

INTRODUÇÃO

A saúde mental tem se constituído em um grande desafio para a sociedade, particularmente após a pandemia de COVID-19. A elevada prevalência das condições mentais tem trazido um impacto relevante como fator de incapacidade e perda da qualidade de vida das pessoas e grande ônus em termos de custos para o sistema de saúde e perda de produtividade.

Devemos incluir as condições mentais (incluindo ansiedade, depressão, uso abusivo de álcool e drogas, transtornos neurológicos, suicídio) no escopo das condições crônicas não transmissíveis (CCNTs), juntamente com as principais condições físicas como doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças pulmonares crônicas.

De acordo com a plataforma Global Burden of Disease¹ as condições mentais são responsáveis por um percentual relevante dos anos vividos com incapacidade. No entanto, um percentual mínimo dos orçamentos público e privado é destinado para a saúde mental.

O estudo Demografia Médica no Brasil 2023 revela que há 13.888 médicos psiquiatras em nosso país (6,51 para cada 100.000 habitantes). Este número fica muito abaixo do preconizado pela Organização Mundial da Saúde de 10 especialistas para cada 100.000 habitantes. Além disso, a distribuição é bastante desigual entre os Estados da Federação. O Estado de São Paulo, por exemplo, concentra mais de 4000 médicos psiquiatras e a região Sudeste, 52% do total de especialistas. Destaca-se que a idade média dos profissionais é de 48,8 anos². Esta é uma questão relevante considerando-se a importância do acesso a diagnóstico e tratamento das pessoas com diferentes condições mentais.

Neste contexto, é cada vez mais relevante o atendimento através de uma rede multissetorial (incluindo as áreas de educação, habitação, saúde coletiva, recursos humanos nas empresas) e multiprofissional (incluindo os médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais) durante todo o curso da vida³.

Atenção especial merece o ambiente de trabalho. Neste campo, a abordagem vai além das condições mentais, mas envolve o bem-estar e a qualidade de vida do trabalhador. Neste contexto, busca propiciar condições para que as pessoas lidem como o stress do dia a dia, consigam aprender e trabalhar bem e utilizar suas habilidades. Sabemos que a má saúde mental pode ter efeitos negativos em vários domínios como o cognitivo, comportamental, emocional, social e de relacionamento⁴.

O trabalhador pode passar a ter dificuldades para manter a produtividade, evitar acidentes, aprender novas habilidades podendo levar a aumento nas taxas de presenteísmo e absenteísmo.

Material fornecido pela ANS.

A abordagem no ambiente de trabalho exige uma visão ampla sobre as condições psicossociais que incluem a capacitação das lideranças e dos trabalhadores sobre o tema, protocolos de retorno ao trabalho após o afastamento e abordagens individuais para a prevenção de condições mentais de maior relevância. Esta temática não será abordada nesta Linha de Cuidado.

Uma parceria muito relevante no ambiente corporativo se dá entre as empresas e os planos de saúde privados para maximizar os resultados na atenção à saúde. Atualmente a cobertura da saúde suplementar. De acordo com a Sala de Situação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Brasil tem 51.081.551 beneficiários de planos de saúde, sendo que mais de 42 milhões são vinculados a planos coletivos empresariais.

Deste modo, a utilização de linhas de cuidado, particularmente em depressão e ansiedade no ambiente de trabalho, com interface com os planos de saúde tem o potencial de relevante sinergia, através da otimização dos recursos disponíveis e utilização de condutas baseadas em evidências científicas.

Esta Linha de Cuidado aborda os principais transtornos mentais comuns (depressão e ansiedade) e se destina aos profissionais de saúde que atuam no ambiente de trabalho em conjunto com o sistema de saúde.

Referências

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Global Burden of Disease 2021: Findings from the GBD 2021 Study**. Seattle, WA: IHME, 2024. Disponível em www.healthdata.org. Acesso em 15 de julho de 2024.
2. SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p.
3. FP Analytics. **Para uma mudança de paradigma em saúde mental na América Latina**. Setembro, 2023. Disponível em <https://fpanalytics.foreignpolicy.com/2023/03/27/toward-a-paradigm-shift-on-mental-health-in-latin-america/>. Acesso em 15 de julho de 2024.
4. WHO – World Health Organization. **Guidelines on mental health at work**. Geneva: 2022. Disponível em <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363177/9789240053052-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em 26 de agosto de 2024.
5. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Sala de Situação**. Disponível em https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html. Acesso em 23 de julho de 2024.

1. PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS. A CONTRIBUIÇÃO DA MEDICINA DO ESTILO DE VIDA

Sendo quase 80% das doenças hoje causadas por um estilo de vida pobre e desequilibrado, a necessidade de um olhar mais detalhado na saúde integral do paciente, no seu estilo de vida e a proposta de tratamento em formato de gestão continuada, é fundamental para que os resultados clínicos sejam positivos e sustentáveis.

O ponto chave e fundamental para conseguir resultados sólidos e desfechos clínicos positivos em um programa de gestão de saúde integral e tratamento continuado usando os pilares da medicina do estilo de vida, é fazer uma boa avaliação inicial do estilo de vida e bem-estar do paciente, construir e implementar um plano de tratamento que englobe as causas dos desequilíbrios clínicos crônicos causados por uma rotina pobre em cuidados gerais com a saúde e como esse fato pode ser o grande causador de transtornos clínicos e do humor como **depressão e ansiedade**.

- a. **“Questionário EV Fantástico”** - é um instrumento genérico que foi desenvolvido no departamento de medicina de família da universidade de McMaster, no Canadá, com a finalidade de auxiliar o médico a conhecer e medir o estilo de vida dos seus pacientes. Ele é autoadministrado e possui 25 questões divididas em nove domínios: 1) família e amigos; 2) atividade física; 3) nutrição; 4) cigarro e drogas; 5) álcool; 6) sono, cinto de segurança e sexo seguro; 7) tipo de comportamento; 8) introspecção; 9) trabalho.

A soma de todos os pontos permite chegar a um escore que classifica o paciente em cinco categorias que são: “Excelente” (85 a 100 pontos), “Muito bom” (70 a 84 pontos), “Bom” (55 a 69 pontos), e “Necessita melhorar” (0 a 34 pontos). É desejável que os pacientes atinjam a classificação “Bom” e quanto menor o escore maior a necessidade de mudança e melhora do EV.

b. Ferramentas de Condução

- **Escuta ativa** – é uma ferramenta de diálogo eficiente entre médico e paciente (interlocutor e ouvinte) onde ambos devem ser ativos na conversa e terem interesse genuíno pelo assunto, compreendendo e interpretando com atenção as informações fornecidas de forma verbal e não verbal.

Essa ferramenta é prática e simples e se bem aplicada se torna extremamente eficiente pois contribui para o estabelecimento de relações humanas reais. Algumas sugestões para desenvolvimento da escuta ativa: evite distrações, treine a sua mente e foque no diálogo, interesse-se genuinamente, ouça na essência, suspenda os julgamentos, pergunte, coloque empatia e compaixão no momento e ofereça “feedbacks”.

- **Visão de bem-estar** – A concepção de saúde inclui a visão subjetiva de bem-estar como um conceito chave. Ela requer uma autoavaliação, ou seja, ela só pode ser observada e relatada pelo próprio paciente e não por indicadores externos definidos por terceiros. Esse conceito

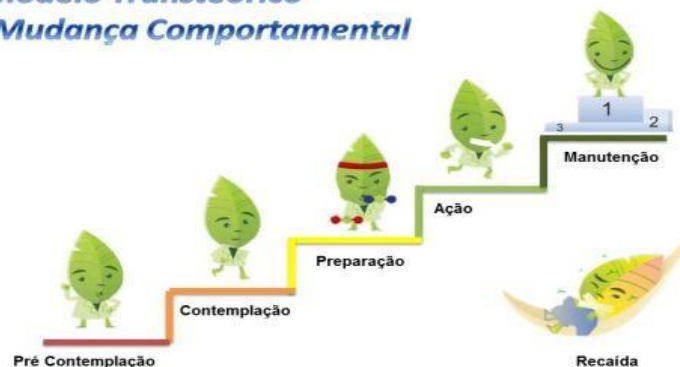
Material fornecido pela ANS.

apareceu no final dos anos 1950, quando se buscavam indicadores de qualidade de vida para monitorar mudanças sociais (Land, 1975). Embora as pessoas vivam em ambientes objetivamente definidos, é ao mundo subjetivamente definido que elas respondem. A definição da visão do bem-estar do paciente serve como norteador da sua jornada de tratamento continuado.

- **Modelo Transteórico de Mudança** – o modelo transteórico de mudança (MTTM) é um instrumento de apoio para a mudança comportamental do indivíduo. Foi desenvolvido por James Prochaska um psicólogo americano em 1994 que realizava estudos com tabagistas. No entanto, ele elaborou os princípios básicos para explicar a mudança de comportamento para ser aplicado para diversos hábitos. Seja para mudar hábitos alimentares, dependência química, ansiedade e muitos outros, essa abordagem é dividida em 6 etapas:

- Pré contemplação - o indivíduo não pretende agir dentro dos próximos seis meses e provavelmente sequer está consciente de que precisa alterar seu comportamento;
- Contemplação - pretende agir dentro dos próximos seis meses, já tem consciência, mas ainda não sabe o que fazer para mudar;
- Preparação - pretende agir nos próximos trinta dias, isto é, se comprometeu a mudar e possivelmente já tomou ou está tomando providências para tanto;
- Ação - realizou modificações em seu comportamento visíveis há menos de seis meses, ou seja, já iniciou o processo de mudança.
- Manutenção - realizou alterações visíveis há mais de seis meses, ou seja, não só tomou a iniciativa de mudar como vem trabalhando para manter os novos hábitos.
- Recidiva – pode acontecer em qualquer estágio. Os estudos mostram que durante um programa de tratamento de saúde que envolve mudança de comportamento, os casos de recidivas podem chegar em até 45% do total de casos.

Modelo Transteórico Mudança Comportamental



Prochaska et al. (1994)

c. Educação em Saúde e Letramento

Se precisa fazer sentido para o paciente o tratamento para que seja sustentável e o paciente engajar em sua jornada de saúde, é imprescindível que ele tome ciência e tenha consciência de tudo e todos que estão e estarão envolvidos ao longo desse processo. A educação em saúde é o ponto chave para a concretização do plano de tratamento. Nós médicos e profissionais de saúde estamos acostumados a passar informações de saúde durante a consulta; mas em um plano de tratamento continuado o letramento do paciente passa a ter um corpo, uma estruturação pedagógica formal.

O conteúdo programático a ser passado para o paciente engloba informações sobre a evolução do tratamento e da doença, conceitos sobre saúde integral e como praticar rotineiramente um estilo de vida equilibrado através dos 6 pilares da medicina do estilo de vida (sono, alimentação integral, atividade física, gerenciamento de estresse, uso de substâncias tóxicas e conexões sociais), com propósito, autocompaixão, autoeficácia e espiritualidade.

A educação em saúde do paciente pode ser feita em grupo, nos chamados atendimento médico compartilhado (AMC), ou individualmente durante os “touch points” da jornada de saúde. Os estudos mostram que as sessões em grupo aumentam a chance de sucesso do tratamento em até 30%.

d. Jornada de tratamento e mudança do estilo de vida

Quando iniciamos o tratamento do paciente com qualquer condição clínica crônica, temos que ter em mente que para alcançarmos desfechos clínicos positivos se faz necessário que o paciente tenha adesão e engajamento no programa de tratamento proposto. Quando pensamos em um estilo de vida equilibrado para otimização do tratamento clínico e resultados positivos, precisamos ter uma clareza do melhor ponto de equilíbrio para cada paciente, de forma individualizada, que faça muito sentido para ele para que seja sustentável e direcionado para o diagnóstico clínico estabelecido, nosso caso aqui, **ansiedade** e **depressão** e esteja de acordo com as diretrizes do Colégio Brasileiro de Medicina do Estilo de Vida e do Colégio Americano do Estilo de Vida fundamentadas nos 6 pilares da saúde integral.

- Saúde do sono - Dormir 7h a 9h por noite sem acordar mantendo o horário de deitar-se e de se levantar regular mesmo nos finais de semana (deitar até 21:30 e levantar até 6:30). Tomar sol todos os dias por pelo menos 20 minutos
- Movimento – a inatividade física é um dos grandes problemas de saúde do século 21. Além do recomendado pelas diretrizes OMS e da sociedade brasileira de cardiologia e de medicina do esporte, que são 150 minutos por semana de exercício físico estruturado, é recomendado que o paciente ao longo do dia faça pausas ativas (ficar de pé e caminhar) por 5 a 10 minutos a cada 60 a 90 minutos.
- Gerenciamento de estresse – o estresse mata mais que cigarro. Os estudos atuais mostram que é um fator de risco isolado para eventos agudos cardiovasculares como infarto e acidente vascular cerebral, quadros de

Material fornecido pela ANS.

doenças autoimunes e até certos tipos de câncer. Durante a jornada de tratamento continuado, o paciente deverá aprender estratégias para autogerenciar de forma clara e consciente os eventos estressantes da vida cotidiana.

- Alimentação integral – nós seres humanos (*homo sapiens*), somos onívoros e coletores como caçadores, por isso nossa principal fonte alimentar são os grãos, as fibras. Hoje a população brasileira consome menos da metade da quantidade mínima de fibras recomendada pela OMS que é de 20 gramas ao dia. A alimentação adequada dentro de uma proposta para um estilo de vida equilibrado, é feita com alimentos integral (frutas, grão, leguminosas, verduras e legumes), em torno de 400 a 500 gramas de proteína animal incluindo laticínios, e nada de ultraprocessados com o objetivo central de consumir a dose mínima e ótima de fibras ao dia (20 a 40 gramas).
- Controle de tóxicos – não fumar, não beber, e controlar tempo de tela.
- Conexões sociais — nós, seres humanos, somos naturalmente seres sociais. Precisamos viver em grandes comunidades com uma rede de suporte e sólida. O isolamento social aumenta a chance de adoecimento e morte em até 40%. A habilidade de se comunicar e criar relação quantitativamente e qualitativamente saudáveis é a chave para que a melhora de muitas condições clínicas crônicas relacionadas por exemplo a saúde mental; principalmente os transtornos de humor.

Resumindo:

- ▶ Dormir 7h a 9h por noite.
- ▶ Sol todos os dias (pelo menos 15 minutos).
- ▶ Aprender a gerenciar o estresse de forma eficiente.
- ▶ Não beber bebida alcoólica e não fumar.
- ▶ Praticar alguma atividade física regular e se movimentar ao longo do dia.
- ▶ Construir e manter uma rede de suporte comunitária sólida.
- ▶ Rotina de autocuidado consciente, com propósito de acordo com a visão de bem-estar.



Figura 3 – Os pilares da MEV

Material fornecido pela ANS.

Focado na propedêutica para o tratamento dos transtornos depressivos e transtornos de ansiedade relacionados a um estilo de vida fragmentado, o que pode ser esperado de resultados positivos dos equilíbrios dos pilares da medicina do estilo de vida são as mudanças profundas na saúde do paciente relacionadas por exemplo ao aumento da produção e liberação das endorfinas; Dopamina pela prática regular de atividades físicas, serotonina pelo senso de pertencimento social e exposição regular a luz solar, ocitocina pela prática de espiritualidade e do propósito. A diminuição do cortisol consequente a regulação do estresse e da saúde do sono, além da melhora da imunidade pela mudança da microbiota pela adoção de uma alimentação integral rica em fibras.

Embora o uso criterioso de medicamentos e técnicas psicológicas ainda seja defendido, devido à complexidade da doença/bem-estar humano, as evidências emergentes incentivam uma abordagem mais ampla para a depressão e ansiedade e um reconhecimento de que a modificação do estilo de vida deve ser uma parte rotineira do tratamento e dos esforços preventivos.

Referências

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. **Global Burden of Disease 2021: Findings from the GBD 2021 Study**. Seattle, WA: IHME, 2024. Disponível em www.healthdata.org. Acesso em 15 de julho de 2024.
2. Ministério da Saúde. **Relatório Vigitel**. DF, 2024. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/inqueritos-de-saude/vigitel> Acesso em 18 de agosto de 2024
3. LIANOV LS, JOHNSON M. **Physician Competencies for Prescribing Lifestyle Medicine**. JAMA, 2010 jul 14; 304(2): 202-3
4. LIANOV LS et al. **Lifestyle Medicine Core Competencies**: 2022 update. AM J Lifestyle Med. 2022 Aug 31; 16(6): 734-739
5. AÑEZ CRR et.al. **Validação brasileira do “questionário estilo de vida fantástico”**. Arq.Bras.Cardiol 91 (2), Agosto 2008.
6. PROCHASKA JO. **The Transtheoretical Model of Change**. Am J Health Promot. May 1997; 12(1): 38-48
7. WALDINGER R. **The Good Life: Lessons from the World's Longest Scientific Study of Happiness**. 1 ed. Nova Iorque: Simon & Schuster. Janeiro, 2023
8. SARRIS J. **Lifestyle Medicine for depression**. BMC Psychiatry, 2014 Apr 10;14:1

2. DIAGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Depressão e Ansiedade são os TMC de maior prevalência. Juntos eles causam um custo anual de U\$ 1 trilhão para a economia mundial⁽²⁾. Assim, recomendamos considerar a inclusão rotineira destes transtornos na avaliação da saúde mental dos trabalhadores.

a. Depressão

A depressão é uma doença que se caracteriza por um período mínimo de duas semanas em que a pessoa se sente triste, melancólica ou “para baixo”, com sensações de aperto no peito (angústia), inquietação (ansiedade), desânimo e falta de energia. O indivíduo sente-se apático, perde a motivação, acha tudo sem prazer ou sem sentido, torna-se pessimista e preocupado. Tal estado afeta o organismo como um todo e compromete o sono, o apetite e a disposição física. Pode também afetar a memória e atenção.

A manifestação do quadro clínico é bastante variável. A depressão pode ser intermitente ou contínua, durar semanas, meses ou anos. Muitas vezes a pessoa não se percebe triste, mas com perda de energia e ânimo, que leva a uma perda da qualidade de vida, produtividade e isolamento social. A depressão se diferencia da tristeza normal, que é menos duradoura, possui fator causal claro, melhora com o tempo e não se associa a prejuízos funcionais e sintomas somáticos.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, globalmente a depressão é, de todas, a doença mais subdiagnosticada. Mesmo uma apresentação de intensidade leve pode impactar a produtividade e piorar a qualidade de vida. Pesquisas mostram que cerca de 45% de pessoas com depressão não receberam um diagnóstico³, e, portanto, não recebem um tratamento adequado.

Para o diagnóstico da depressão nas empresas, recomendamos o **Patient Health Questionnaire (PHQ-9)** ⁽⁴⁾, um instrumento amplamente utilizado e com uma versão validada para o Brasil (vide apêndice).

b. Transtornos de ansiedade

Os transtornos ansiosos incluem um grupo de doenças cuja principal característica são os sintomas ansiosos considerados patológicos do ponto de vista quantitativo (excessiva, paralisante) ou qualitativo (não compatível com a situação). A ansiedade é um estado emocional de apreensão, uma expectativa de que alguma coisa ruim ou desagradável aconteça.

Enquanto o medo tem um objeto definido, a ansiedade é uma emoção difusa, voltada para o futuro com sintomas físicos e psicológicos extremamente desconfortáveis. A presença de sintomas ansiosos moderados ou graves podem se associar a prejuízos funcionais e de qualidade de vida. A ansiedade pode ser acompanhada de crises de pânico, caracterizadas por palpitações, falta de ar, sensação de desmaio ou perda de controle, sem que exista uma ameaça externa real. Os principais transtornos ansiosos

Material fornecido pela ANS.

são o Transtorno de Ansiedade Generalizada, o Transtorno do Pânico, o Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social), Estresse Pós-Traumático e as Fobias Simples (ou específicas). Os transtornos ansiosos muitas vezes se apresentam em conjunto com sintomas depressivos.

Devido à sua alta prevalência e à natureza de seus sintomas, os transtornos de ansiedade têm um forte impacto na vida social e familiar, na saúde em geral e, obviamente, na produtividade e no convívio no ambiente de trabalho. Todavia, estes transtornos respondem muito bem ao tratamento adequado, podendo ocorrer uma remissão total dos sintomas dentro de poucas semanas.

Para o diagnóstico dos Transtornos de Ansiedade nas empresas, recomendamos a escala **Generalized Anxiety Disorder 7-item scale** ⁽⁵⁾, um instrumento amplamente utilizado e com uma versão validada para o Brasil (vide apêndice).

Referências:

1. ARIAS, Daniel. SAXENA, Shekhar. Verguet, Stephane. **Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value**. The Lancet Vol 54, (2022). Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101675>. Acesso em 26 de agosto de 2024.
2. The Lancet Global Health. **Editorial: Mental health matters**. Volume 8, Issue 11, (2020). Disponível em [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30432-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30432-0). Acesso em 26 de agosto de 2024.
3. Y. Lecrubier. **Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European studies**. J. Clin. Psychiatry, 68 (Suppl. 2) (2007), pp. 36–41
4. Kurt Kroenke, Robert L. Spitzer, Janet B. W. Williams. **The PHQ-9- Validity of a Brief Depression Severity Measure**. Journal of General Internal Medicine: Volume 16, Issue 9, 2001, pp 573-647. Disponível em <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>. Acesso em 26 de agosto de 2024.
5. Robert L. Spitzer; Kurt Kroenke; Janet B. W. Williams; Bernd Löwe
A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. The GAD-7 Arch Intern Med. 2006;166(10):1092-1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092

APENDICE – ESCALAS RECOMENDADAS PARA O DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE

1. DEPRESSÃO PHQ9 – Patient Health Questionnaire

A avaliação da PHQ-9, ou "Patient Health Questionnaire-9", é uma ferramenta amplamente utilizada para identificar e avaliar a gravidade dos sintomas de depressão. O PHQ-9 é composto por 9 perguntas que refletem os critérios diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior (TDM) segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5).

Aqui está um resumo de como a avaliação da PHQ-9 é realizada:

1. **Administração:** O questionário é apresentado ao paciente, que deve responder a cada uma das 9 perguntas. Cada pergunta é relacionada a um sintoma de depressão e avalia a frequência com que o paciente tem experimentado esses sintomas nas últimas duas semanas.
2. **Perguntas:** As perguntas do PHQ-9 são formuladas para cobrir uma gama de sintomas depressivos, como tristeza, perda de interesse, alterações no apetite e no sono, entre outros. As perguntas são:
 - 1. Com que frequência você tem se sentido desanimado, deprimido ou sem esperança?
 - 2. Com que frequência você perdeu interesse ou prazer em fazer as coisas que costumava gostar?
 - 3. Com que frequência você tem dificuldades para adormecer, dormir mal ou dormir demais?
 - 4. Com que frequência você tem pouco apetite ou come demais?
 - 5. Com que frequência você se sente cansado ou tem pouca energia?
 - 6. Com que frequência você se sente mal consigo mesmo — ou que é um fracasso ou que feriu a si mesmo ou à sua família?
 - 7. Com que frequência você tem dificuldades para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou assistir TV?
 - 8. Com que frequência você se movimenta ou fala de forma mais lenta do que o habitual, ou, ao contrário, fica agitado ou incapaz de ficar parado?
 - 9. Com que frequência você teve pensamentos de que estaria melhor morto ou de se machucar de alguma forma?
3. **Escala de Respostas:** Cada resposta é dada com base na frequência dos sintomas e usa a seguinte escala:
 - 0 = Nada
 - 1 = Poucos dias
 - 2 = Mais da metade dos dias
 - 3 = Quase todos os dias
4. **Pontuação:** Cada resposta é pontuada conforme a escala, e as pontuações são somadas para obter uma pontuação total que varia de 0 a 27.

5. Interpretação:

- **0-4:** Sem ou mínima depressão
- **5-9:** Depressão leve
- **10-14:** Depressão moderada
- **15-19:** Depressão moderadamente severa
- **20-27:** Depressão severa

6. **Uso Clínico:** A pontuação ajuda os profissionais de saúde mental a identificar a gravidade da depressão e a planejar o tratamento apropriado. Assim como no GAD-7, a interpretação e o diagnóstico final devem ser realizados por um profissional de saúde qualificado.

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.

**2. ANSIEDADE
Generalized Anxiety Disorder 7-item scale**

A avaliação da GAD-7, ou "Generalized Anxiety Disorder 7-item scale", é uma ferramenta amplamente utilizada para medir a severidade dos sintomas de transtorno de ansiedade generalizada (TAG). Ela é composta por 7 perguntas que avaliam a frequência dos sintomas de ansiedade nas últimas duas semanas.

Aqui está um resumo de como a avaliação é feita:

1. **Administração:** O paciente responde a cada uma das 7 perguntas do questionário, que são formuladas para avaliar com que frequência ele tem experimentado determinados sintomas de ansiedade.
2. **Perguntas:** Cada pergunta do GAD-7 é relacionada a um sintoma comum de ansiedade, como sensação de nervosismo, dificuldade de relaxar, preocupações excessivas, entre outros. As perguntas são:
 - Com que frequência você se sente nervoso, ansioso ou no limite?
 - Com que frequência você se preocupa com a sua capacidade de controlar a preocupação?
 - Com que frequência você se preocupa com a presença de sintomas físicos, como batimento cardíaco acelerado ou sudorese?
 - Com que frequência você se sente incapaz de relaxar?
 - Com que frequência você se sente facilmente irritado?
 - Com que frequência você se preocupa com a possibilidade de algo ruim acontecer?
 - Com que frequência você evita situações por medo de ter uma crise de ansiedade?
3. **Escala de Respostas:** As respostas são dadas em uma escala de 0 a 3, onde:
 - 0 = Nenhum dia
 - 1 = Vários dias
 - 2 = Mais da metade dos dias
 - 3 = Quase todos os dias

Material fornecido pela ANS.

4. **Pontuação:** Cada resposta é pontuada conforme a escala, e as pontuações são somadas para obter uma pontuação total que varia de 0 a 21.

5. **Interpretação:**

- **0-4:** Ansiedade mínima
- **5-9:** Ansiedade leve
- **10-14:** Ansiedade moderada
- **15-21:** Ansiedade severa

6. **Uso Clínico:** A pontuação ajuda os profissionais de saúde mental a identificar a severidade da ansiedade e a planejar o tratamento adequado. É importante que a interpretação e o diagnóstico final sejam realizados por um profissional de saúde qualificado.

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.

3. TRIAGEM INICIAL E MONITORAMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Implementação de Ferramentas de Triagem

A triagem para depressão deve ser realizada usando instrumentos validados como o PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), uma ferramenta amplamente utilizada que permite identificar a gravidade dos sintomas depressivos. A triagem deve ser aplicada em ambientes clínicos, comunitários e durante consultas de rotina, possibilitando a detecção precoce da depressão. A escala é de fácil utilização, podendo ser preenchida pelo próprio paciente ou sob orientação de não especialistas.

A triagem para transtornos de ansiedade deve utilizar ferramentas como o GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7), que permite avaliar a gravidade dos sintomas de ansiedade generalizada. Outras ferramentas, como a escala de pânico e a escala de obsessões e compulsões (Y-BOCS), também podem ser usadas para avaliar tipos específicos de ansiedade, entretanto apresentam maior complexidade de preenchimento. Para GAD-7, o preenchimento pode ser realizado pelo próprio paciente ou com auxílio de não especialistas.

Avaliação Inicial

Pacientes identificados com escores significativos no PHQ-9 ou GAD-7 (5 ou mais pontos em cada uma das escalas) devem ser submetidos a uma avaliação clínica completa para confirmar o diagnóstico de depressão ou transtorno de ansiedade e excluir outras condições médicas ou psiquiátricas que possam apresentar sintomas semelhantes. A avaliação inclui histórico clínico, exame físico e psíquico e exames laboratoriais subsidiários, quando necessário.

Material fornecido pela ANS.

Exames a se considerar:

- Hemograma, ferro e, ferritina, se suspeita de anemia
- Hormônios tireóideos, se suspeita de hipo ou hipertireoidismo
- Vitamina B12, ácido fólico e vitamina D, se suspeitas de deficiências nutricionais
- Cortisol livre e urinário, se suspeita de Síndrome de Cushing
- Exames de imagem (CT ou RNM), se sintomas neurológicos focais ou declínio cognitivo associado

Nível de Gravidade e Estratificação de Risco

Com base na avaliação inicial e no escore do PHQ-9 ou GAD-7, os pacientes são classificados em três níveis de gravidade (1,2):

- Leve: Sintomas que causam desconforto, mas não comprometem significativamente a funcionalidade. O tratamento pode ser focado em intervenções psicossociais. Intervenções farmacológicas podem ser consideradas ponderando riscos e benefícios com o paciente.
PHQ-9 ou GAD-7 entre 5 e 9 pontos.
- Moderado: Sintomas mais pronunciados que afetam a funcionalidade, necessitando de intervenção psicoterapêutica e farmacológica.
PHQ-9 ou GAD-7 entre 10 e 14 pontos.
- Grave: Sintomas severos, com alto risco de suicídio ou comprometimento funcional significativo. O tratamento deve ser intensivo e imediato, incluindo a possibilidade de internação ou outras estratégias como as formas de psiquiatria intervencionista.
PHQ-9 ou GAD-7 maiores do que 15 pontos.

Para os transtornos depressivos, além da severidade dos sintomas, é essencial avaliar o risco suicida, a presença de comorbidades e o suporte social. Pacientes com histórico de tentativas de suicídio, ideação suicida ativa, comorbidades psiquiátricas graves ou ausência de rede de proteção social devem ser estratificados como de alto risco e receber atenção especial, com um plano de tratamento mais intensivo e acompanhamento rigoroso por especialista.

Nos quadros de ansiedade patológica, pacientes com histórico de comorbidades psiquiátricas, abuso de substâncias, ou que apresentam risco elevado de autolesão, devem ser estratificados como de alto risco, exigindo acompanhamento intensivo e, possivelmente, encaminhamento a serviços especializados.

4. Tratamento dos transtornos mentais comuns

Tratamento de Casos Leves

O manejo de pacientes com depressão leve pode envolver psicoeducação, mudanças no estilo de vida, e intervenções psicoterapêuticas, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) ou Terapias Contextuais que revelam maior nível de evidência

Material fornecido pela ANS.

de forma geral. A farmacoterapia pode não ser necessária inicialmente, mas deve ser considerada se não houver melhora após 4 a 8 semanas de intervenções psicossociais e educativas. Considerar fortemente apoio por grupos terapêuticos ou grupos de mútua-ajuda.⁽³⁾

Para pacientes com transtornos de ansiedade leves, o tratamento também pode se concentrar em intervenções psicossociais, incluindo psicoeducação e terapia cognitivo-comportamental (TCC). Mudanças no estilo de vida, como a prática regular de exercícios físicos, técnicas de relaxamento e manejo do estresse, também são recomendadas. Práticas baseadas em mindfulness, seja presencialmente ou guiadas de forma digital, parecem ter bom nível de evidência nos casos leves. Considerar fortemente apoio por grupos terapêuticos ou grupos de mútua-ajuda. ⁽⁴⁾

Tratamento de Casos Moderados

Para casos de depressão moderados, a combinação de psicoterapia e farmacoterapia é recomendada. O tratamento farmacológico inicial costuma incluir ISRSs como citalopram, escitalopram, fluoxetina ou sertralina. O ajuste da dosagem deve ser realizado com base na resposta do paciente e na presença de efeitos colaterais, com reavaliações periódicas a cada 4 semanas, até remissão dos sintomas. Com pontuações do PHQ-9 abaixo de 5, o paciente entra em fase de manutenção do tratamento e poder ser avaliado de forma mais espaçada, com consultas trimestrais. A tabela 1 anexa apresenta as formas mais comuns de tratamento farmacológico de acordo com dose, linha de tratamento, potenciais efeitos colaterais e perfil de pacientes que mais poderiam se beneficiar do uso dos diversos medicamentos para depressão.⁽³⁾

Nos casos moderados dos transtornos ansiosos, além da TCC, é indicado o uso de farmacoterapia, preferencialmente com ISRSs como sertralina, escitalopram ou paroxetina. A dosagem deve ser ajustada de acordo com a resposta do paciente e a presença de efeitos colaterais. A reavaliação deve ocorrer em intervalos regulares de 4 a 6 semanas, podendo ser espaçados para avaliações trimestrais quando a pontuação do GAD-7 estiver abaixo de 5 pontos. A tabela 2 anexa traz os medicamentos usados de forma mais habitual no tratamento dos transtornos ansiosos. Além dos antidepressivos, é relativamente comum o uso de alguns anticonvulsivantes e, no curto prazo, o uso de ansiolíticos benzodiazepínicos para controle mais imediato dos sintomas, até que o manejo por outras classes medicamentosas seja suficiente.⁽⁴⁾

Para ambos os transtornos de intensidade moderada, recomenda-se estratégias como matriciamento, interconsulta ou mesmo consultoria com especialista psiquiatra para auxílio no manejo de doses dos medicamentos ou trocas de classes medicamentosas. As tabelas abaixo podem ser utilizadas como guias nesses ajustes. Estratégias de coordenação do cuidado, navegação do usuário e gerenciamento de casos podem otimizar o tratamento, garantindo o cuidado certo, na hora certa, com o profissional certo.

Tratamento de Casos Graves

Em casos graves de depressão, pode ser necessário um tratamento mais ágil, envolvendo medicação de alta potência, como a combinação de ISRSs ou IRSNs com outros agentes, como antipsicóticos (quetiapina ou aripiprazol) ou estabilizadores de humor (lítio, lamotrigina ou outros). A hospitalização pode ser considerada para pacientes com alto risco de suicídio. A resposta ao tratamento deve ser monitorada de perto, com consultas frequentes, a cada 2 a 4 semanas, para ajustes terapêuticos. Nesses casos, sempre se recomenda a avaliação por especialista. Outras formas de tratamento podem ser aplicáveis, como regimes em Hospital Dia, intervenções como eletroconvulsoterapia, estimulação magnética transcraniana ou aplicação de drogas de uso intra-hospitalar, como a ketamina em situações de planejamento suicida. As intervenções psicossociais como terapias, grupos terapêuticos e mudanças de estilo de vida devem ser estimuladas, mas em muitas situações, o paciente não apresenta condições clínicas para aderir a essas estratégias no início do cuidado.-(3)

Já pacientes com transtornos de ansiedade graves podem necessitar de uma combinação de terapia farmacológica e intervenções psicoterapêuticas intensivas. Medicamentos como ISRSs, IRSNs e, em alguns casos, benzodiazepínicos de curto prazo podem ser utilizados para manejo de sintomas agudos. O uso combinado de anticonvulsivantes, como Ácido Valproílico ou Pregabalina, está indicado também nesses casos, mantendo atenção aos efeitos colaterais como aumento de peso e sedação. A hospitalização pode ser necessária para pacientes com crises de pânico frequentes ou risco de autolesão, entretanto, são raras as internações por quadros ansiosos. Estratégias de mindfulness e outras intervenções psicoterapêuticas devem ser estimuladas, mas os pacientes podem não apresentar condições clínicas que permitam adesão inicial a essas estratégias, que não devem ser abandonadas em novas oportunidades. Nessas situações, também, recomenda-se o encaminhamento para avaliação por especialistas, já que as terapias combinadas requerem conhecimento profundo dos protocolos de tratamento e prática clínica reconhecida.-(4)

Em casos graves está sempre recomendado o encaminhamento a uma avaliação com especialista psiquiatra. Estratégias de introdução rápida, potencialização ou mesmo associação medicamentosa podem ser necessárias no cuidado. Formas de gerenciamento dos casos e cuidados colaborativos entre equipes médicas, enfermagem e equipe multiprofissional agregam valor ao cuidado.

Seguimento, Reavaliação e Desfecho

Consultas de Seguimento

Após o início do tratamento da depressão, os pacientes devem ser reavaliados regularmente. A cada consulta, deve-se aplicar o PHQ-9 para monitorar a evolução dos sintomas, ajustar a medicação, se necessário, e avaliar a adesão ao tratamento. O alvo terapêutico é que a pontuação do PHQ-9 esteja abaixo de 5, associado a melhora na qualidade de vida e funcionalidade relatadas pelo paciente.-(1)

Material fornecido pela ANS.

O seguimento regular dos transtornos ansiosos também é essencial para ajustar o tratamento e prevenir recaídas. Durante as consultas, devem ser utilizadas escalas como o GAD-7 para monitorar a evolução dos sintomas e fazer ajustes na medicação, se necessário. A adesão ao tratamento também deve ser avaliada e incentivada. O alvo terapêutico é que a pontuação da GAD-7 esteja abaixo de 5, associado a melhora na qualidade de vida e funcionalidade relatadas pelo paciente. (2)

Manutenção do Tratamento

No cuidado à depressão, o tratamento deve continuar por pelo menos 6 a 9 meses num primeiro episódio, após a remissão dos sintomas, para prevenir recaídas. Nos casos de depressão recorrente, o tratamento de manutenção deve se estender por 2 anos ou mais, a fim de evitar novos episódios, mantendo-se o seguimento a cada 3 a 6 meses.

Quadro 1 – Fases do Tratamento da Depressão (5)

FASES DO TRATAMENTO	AGUDA	MANUTENÇÃO
Sintomatologia	Paciente sintomático	Assintomático sem alterações de funcionalidade
PHQ-9	> ou = 5	< 5
TEMPO	normalmente 6 a 8 semanas	6-9 meses (1o episódio sem gravidade) ou 2 anos ou mais (recorrentes ou fatores de risco de recorrência - sintomas psicóticos, perda de funcionalidade, ideação suicida, episódios crônicos, presença de comorbidades clínicas e psiquiátricas, sintomas residuais, refratariedade ao tratamento)

Nos quadros de ansiedade, o tratamento de manutenção deve continuar por pelo menos 12 meses após a remissão dos sintomas, com monitoramento contínuo. Em casos de ansiedade crônica ou recorrente, o tratamento pode ser prolongado, e as consultas de seguimento devem ser realizadas a cada 3 a 6 meses.

Encaminhamento

Pacientes com depressão que não respondem ao tratamento após múltiplos ajustes, ou que apresentam sintomas graves e com risco significativo, devem ser encaminhados para especialistas. Terapias avançadas, como ECT, EMTr, ou aplicação de quetamina, podem ser indicadas em casos de depressão refratária ou de difícil tratamento.

Pacientes com ansiedade grave, resistência ao tratamento ou comorbidades complexas devem ser encaminhados a especialistas para avaliação e tratamento avançado. Opções terapêuticas como a EMTr podem ser consideradas para casos refratários. Associações ou potencializações também podem ser utilizadas.

Desfecho e Finalização do Tratamento

A decisão de finalizar o tratamento deve ser baseada na remissão completa dos sintomas e na estabilização da funcionalidade do paciente, tanto para os

episódios de depressão quanto nos casos de ansiedade. A descontinuação da medicação deve ser gradual, com acompanhamento próximo para evitar a síndrome de descontinuação de alguns medicamentos. Deve-se sempre orientar ao paciente da importância do tratamento farmacológico de manutenção para evitar recaídas ou novos episódios. A recomendação da desprescrição dos medicamentos deve ser realizada apenas após utilização por tempo de manutenção adequado.-(3,4,5)

A concomitância dos tratamentos psicoterápicos é recomendada também na prevenção de recaídas, desenvolvimento de habilidades de enfrentamento ao estresse e promoção da resiliência. Práticas de psicologia positiva, estratégias cognitivas comportamentais e algumas terapias contextuais demonstram evidências de apoio ao tratamento e redução da vulnerabilidade individual.

A redução da medicação deve ser feita gradualmente para minimizar os sintomas de abstinência. A prevenção de recaídas envolve a continuidade de suporte psicossocial e acompanhamento regular. Após suspensão dos medicamentos e encerramento das intervenções psicoterápicas, sugere-se que periodicamente o paciente seja reavaliado por meio das escalas PHQ-9 e GAD-7, a fim de avaliar recidiva de sintomas ou mesmo novos episódios.

Material fornecido pela ANS.

ANEXO 1 – Tabelas de medicamentos

Tabela 1 – Medicamentos mais comumente utilizados no tratamento dos transtornos depressivos

Medicamento	Classe	Linha de Tratamento	Dose Inicial	Dose Típica	Efeitos Colaterais Comuns	Perfil de Pacientes Indicado
Citalopram	ISRS	Primeira Linha	20 mg/dia	20-40 mg/dia	Náusea, cefaleia, disfunção sexual, sonolência	Pacientes sem histórico de ganho de peso significativo
Escitalopram	ISRS	Primeira Linha	10 mg/dia	10-20 mg/dia	Insônia, disfunção sexual, náusea, fadiga	Pacientes com histórico de insônia leve, com bom perfil de tolerabilidade
Sertralina	ISRS	Primeira Linha	50 mg/dia	50-200 mg/dia	Diarreia, insônia, disfunção sexual, ganho de peso	Pacientes com transtornos de ansiedade comórbidos
Fluoxetina	ISRS	Primeira Linha	20 mg/dia	20-80 mg/dia	Insônia, nervosismo, disfunção sexual, perda de apetite	Pacientes com sobrepeso ou obesidade, auxilia na perda de peso
Venlafaxina XR	IRSN	Primeira Linha	37,5 mg/dia	75-225 mg/dia	Aumento da pressão arterial, insônia, náusea, disfunção sexual	Pacientes com dor crônica ou neuropática associada à depressão
Desvenlafaxina	IRSN	Primeira Linha	50 mg/dia	50-100 mg/dia	Náusea, tontura, aumento da pressão arterial	Pacientes com sintomas vasomotores associados à menopausa
Duloxetina	IRSN	Primeira Linha	30 mg/dia	60-120 mg/dia	Náusea, boca seca, fadiga, aumento da sudorese	Pacientes com dor crônica (ex.: fibromialgia) ou neuropatia diabética
Mirtazapina	Antagonista de receptor de serotonina e noradrenalina	Primeira Linha	15 mg/dia	15-45 mg/dia	Sedação, aumento de apetite, ganho de peso	Pacientes com insônia grave ou perda de apetite significativa
Bupropiona	Inibidor da recaptação de dopamina e norepinefrina	Primeira Linha	150 mg/dia	150-300 mg/dia	Insônia, boca seca, perda de peso, tremores	Pacientes com sobrepeso, ex-fumantes ou que desejam parar de fumar
Vortioxetina	Modulador de serotonina	Primeira Linha	10 mg/dia	10-20 mg/dia	Náusea, tontura, disfunção sexual	Pacientes idosos ou com comprometimento cognitivo leve

Material fornecido pela ANS.

Amitriptilina	Tricíclico	Segunda Linha	25 mg/dia	75-150 mg/dia	Sedação, ganho de peso, boca seca, constipação	Pacientes com dor crônica (ex.: dor neuropática), depressão refratária
Nortriptilina	Tricíclico	Segunda Linha	25 mg/dia	50-150 mg/dia	Sedação, boca seca, constipação, hipotensão	Pacientes idosos ou sensíveis a efeitos sedativos
Clomipramina	Tricíclico	Segunda Linha	25 mg/dia	75-250 mg/dia	Sedação, ganho de peso, hipotensão, disfunção sexual	Pacientes com sintomas obsessivo-compulsivos comórbidos
Trazodona	Antagonista de receptor de serotonina	Segunda Linha	50 mg/dia	150-300 mg/dia	Sedação, tontura, priapismo, boca seca	Pacientes com insônia severa, especialmente aqueles intolerantes aos ISRS
Fenelzina	IMAO	Terceira Linha	15 mg/dia	45-90 mg/dia	Hipotensão ortostática, ganho de peso, interação com alimentos	Pacientes com depressão atípica ou refratária
Tranilcipromina	IMAO	Terceira Linha	10 mg/dia	30-60 mg/dia	Insônia, hipotensão, interação com alimentos	Pacientes com depressão resistente ao tratamento
Reboxetina	Inibidor seletivo da recaptação de noradrenalina	Terceira Linha	4 mg/dia	8-12 mg/dia	Insônia, boca seca, constipação, hipotensão	Pacientes com sintomas de anedonia ou baixa energia

Tabela adaptada de *CANMAT 2023* e *The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry* com lista dos principais medicamentos utilizados para depressão no Brasil, com classe medicamentosa, linha de tratamento, dose inicial, dose diária recomendada, principais efeitos colaterais e perfil de pacientes que se beneficiariam com esse tratamento (5,6)

Material fornecido pela ANS.

Tabela 2 - Medicamentos mais comumente utilizados no tratamento dos transtornos ansiosos

Medicamento	Classe	Linha de Tratamento	Dose Inicial	Dose Típica	Efeitos Colaterais Comuns	Perfil de Pacientes Indicado
Sertralina	ISRS	Primeira Linha	25-50 mg/dia	50-200 mg/dia	Diarreia, insônia, disfunção sexual, ganho de peso	Pacientes com transtorno de ansiedade generalizada e comorbidade de depressão
Escitalopram	ISRS	Primeira Linha	5-10 mg/dia	10-20 mg/dia	Insônia, disfunção sexual, náusea, fadiga	Pacientes com ansiedade leve a moderada, com boa resposta a ISRS
Paroxetina	ISRS	Primeira Linha	10-20 mg/dia	20-50 mg/dia	Sedação, ganho de peso, disfunção sexual, constipação	Pacientes com ansiedade grave ou comórbida com transtorno de pânico
Duloxetina	IRSN	Primeira Linha	30 mg/dia	60-120 mg/dia	Náusea, boca seca, fadiga, aumento da sudorese	Pacientes com ansiedade e dor crônica ou neuropática associada
Venlafaxina XR	IRSN	Primeira Linha	37,5 mg/dia	75-225 mg/dia	Aumento da pressão arterial, insônia, náusea, disfunção sexual	Pacientes com transtorno de pânico e ansiedade generalizada
Pregabalina	Anticonvulsivante	Segunda Linha	75 mg/dia (dividida)	150-600 mg/dia (dividida)	Tontura, sonolência, ganho de peso, edema periférico	Pacientes com ansiedade generalizada e histórico de dor neuropática
Buspirona	Ansiolítico não-benzodiazepínico	Segunda Linha	5 mg 2xd	15-30 mg/dia	Tontura, cefaleia, náusea, agitação	Pacientes com ansiedade leve, especialmente aqueles com risco de abuso de benzodiazepínicos
Alprazolam	Benzodiazepínico	Terceira Linha	0,25-0,5 mg 3xd	0,5-4 mg/dia	Sedação, fadiga, dependência, tontura	Pacientes com ansiedade aguda ou ataques de pânico, uso de curto prazo
Clonazepam	Benzodiazepínico	Terceira Linha	0,25-0,5 mg 2xd	0,5-4 mg/dia	Sedação, fadiga, dependência, tontura	Pacientes com ansiedade severa ou transtornos de pânico, uso de curto prazo
Diazepam	Benzodiazepínico	Terceira Linha	2-5 mg 2xd	5-20 mg/dia	Sedação, fraqueza muscular, dependência, ataxia	Pacientes com ansiedade aguda e necessidade de relaxamento muscular, uso de curto prazo
Lorazepam	Benzodiazepínico	Terceira Linha	1-2 mg 2xd	2-6 mg/dia	Sedação, tontura, fraqueza, dependência	Pacientes idosos ou com comprometimento hepático (meia-vida curta), uso de curto prazo

Material fornecido pela ANS.

Tabela adaptada de *CANMAT 2023* e *The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry* com lista dos principais medicamentos utilizados para depressão no Brasil, com classe medicamentosa, linha de tratamento, dose inicial, dose diária recomendada, principais efeitos colaterais e perfil de pacientes que se beneficiariam com esse tratamento (5,6)

Referências Bibliográficas

1. Kurt Kroenke, Robert L. Spitzer, Janet B. W. Williams. **The PHQ-9- Validity of a Brief Depression Severity Measure**. Journal of General Internal Medicine: Volume 16, Issue 9, 2001, pp 573-647. Disponível em <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>. Acesso em 26 de agosto de 2024.
2. Robert L. Spitzer; Kurt Kroenke; Janet B. W. Williams; Bernd Löwe. **A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder**. The GAD-7, Arch Intern Med. 2006;166(10):1092-1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
3. National Institute for Health and Care Excellence. **Depression in adults: treatment and management**. NICE guideline [NG222]. 2022. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>. Acesso em 26 de agosto de 2024.
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). **Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management**. 2024. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>. Acesso em 26 de agosto de 2024.
5. Kennedy, S. H., Lam, R. W., McIntyre, R. S., Tourjman, S. V., Bhat, V., Blier, P., Hasnain, M., Jollant, F., Levitt, A. J., MacQueen, G. M., McInerney, S. J., McIntosh, D., Milev, R. V., Müller, D. J., Parikh, S. V., Pearson, N. L., Ravindran, A. V., Uher, R. (2023). **Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults**. Journal of Affective Disorders, 276, 1-53.
6. Taylor, D. M., Barnes, T. R. E., & Young, A. H. **The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry**. 13th ed. John Wiley & Sons Ltd. 2018.