

Protocolo de Dispensação de Sertralina para o Tratamento da Ansiedade e Depressão.

Coordenação do trabalho: Comissão Permanente de Farmácia e Terapêutica do Estado de Mato Grosso (CPFT-MT).

Elaboração e Redação: Esp.Dorlene Goes Fernandez, Dr.Helder Cássio de Oliveira; Esp.Ivana Cristina Alcantara; Ms.Kelli Carneiro de Freitas Nakata; Esp.Lucí Emilia Grzybowski de Oliveira; Dr^a Neyres Zínia Taveira de Jesus.

Revisão Técnica: Dr. Helder Cássio de Oliveira, Ms.Kelli Carneiro de Freitas Nakata; Maria Helena Bragança.

Consultores técnicos: Esp. Andre Duailib; Maria Helena Bragança.

Corraboradores: Na fase de revisão deste protocolo seu manuscrito foi apreciado pelas seguintes instâncias: Hospital Adauto Botelho; Centro de Atenção Psicossocial(CIAPS); Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF).

Protocolo de Dispensação de Sertralina para o Tratamento da Ansiedade e Depressão.

Público-alvo: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde.

Objetivo Geral: oferecer aos profissionais da saúde orientações sobre a dispensação racional da “sertralina” para o tratamento de ansiedade e depressão.

Objetivos específicos:

-Normatizar o acesso dos portadores de ansiedade e depressão ao tratamento complementar com as tecnologias disponíveis na Relação Estadual de Medicamentos de Mato Grosso (RESME-MT).

-Estabelecer os critérios de inclusão dos pacientes portadores de ansiedade e depressão em relação ao acesso do medicamento sertralina.

1-Introdução

A depressão e os transtornos de ansiedade constituem um conjunto de doenças com características afins, sendo que, dentre os transtornos de ansiedade estão o transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo compulsivo, estresse pós-traumático, síndrome do pânico e fobia social, dentre outros¹.

Estes transtornos têm em comum a interação de vulnerabilidade neurobiológica, como características genéticas, adversidades durante a infância (medo, abuso, doença) e fatores ambientais, como estresse e traumas.

A depressão é uma condição médica comum e recorrente. Está frequentemente associada à incapacitação funcional e comprometimento da saúde física. Os pacientes deprimidos apresentam limitação da sua atividade e bem-estar, além de uma maior utilização de serviços de saúde.

Essas desordens estão associadas com a disfunção da regulação fisiológica dos níveis de serotonina e norepinefrina, além de outros neurotransmissores. As pessoas com transtornos de ansiedade sofrem de doenças com alto custo social e redução da qualidade de vida, sendo que seu tratamento é prioridade, visto a existência de alternativas tanto farmacológicas quanto psicoterapêuticas adequadas. Esses indivíduos são comumente usuários dos serviços de atenção básica de saúde². Entretanto, estas doenças ainda são sub-diagnosticadas e sub-tratadas³.

Assim sendo, com intuito de contribuir para o tratamento farmacológico da ansiedade e depressão, a Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (SES-MT), por meio deste protocolo de dispensação, disponibiliza o fármaco sertralina para a comunidade Mato-Grossense.

2-Metodologia

2.1-Contextualização

A Secretaria Estadual da Saúde (SES) incorporou, no âmbito estadual, o medicamento sertralina para tratamento de depressão por intermédio da Portaria nº 225, de 22 de dezembro de 2004 cujos critérios de uso foram estabelecidos pelo documento: protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento de transtornos depressivos.

No ano de 2015, esta mesma Secretaria através do parecer técnico nº 12/2015, intitulado “Terapêutica Medicamentosa na Saúde Mental” recomendou o uso da sertralina na ansiedade, incluindo-se desta forma os seguintes CIDs: F41 - Outros Transtornos Ansiosos e F06.4 - Transtornos da Ansiedade Orgânicos.

2.2-Da Construção

Para elaboração deste protocolo lançou-se mão de *guidelines* nacionais e internacionais que tratam do diagnóstico e tratamento da ansiedade e depressão. Tais instrumentos foram avaliados no tocante a suas recomendações e nível de evidência clínica, além de modelados para a realidade de Mato Grosso.

Desta forma utilizou-se das recomendações internacionais da Associação Americana de psiquiatria, através do manual de estatística e diagnóstico das doenças mentais (DSM IV e DSM V), bem como aquelas advindas da décima edição do Código Internacional de Doenças (CID 10), em ambos os casos, avaliando os níveis de evidência e a validade externa das recomendações.

A metodologia utilizada na seleção da droga incluída neste protocolo foi sistematizada no parecer técnico nº 12/2015 disponível no sítio eletrônico da Secretaria Estadual de Saúde, especificamente na página da Comissão Permanente de Farmácia e Terapêutica (CPFT) através do link: <http://www.saude.mt.gov.br/cpft>.

3-Sobre os Agravos

3.1-Ansiedade

Os transtornos da ansiedade e afins são caracterizados por sintomas de excessiva ansiedade, medo, preocupação e evasão. Enquanto a ansiedade pode ser parte normal da vida cotidiana, transtornos da ansiedade estão associados ao comprometimento funcional, com sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo em áreas sociais, ocupacionais ou outras⁶. Caracteriza-se por um estado de tensão, apreensão e desconforto, que se originam de um perigo interno ou externo iminente, podendo ser resposta a estresse ou estímulo ambiental⁷.

Os transtornos da ansiedade apresentam características distintas, podendo ser classificados, de acordo com os critérios diagnósticos estabelecidos no Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais, em sua V edição da revista (DMS-V),⁶ em: transtorno do pânico com agorafobia, agorafobia sem histórico de pânico, fobia específica, fobia social, transtorno da ansiedade generalizada (TAG), transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtorno de estresse agudo e transtorno de estresse pós traumático^{8,9}. A referida classificação embasa a terapêutica da ansiedade.

O transtorno do pânico é caracterizado por ataques de pânico recorrentes e inesperados, na ausência de gatilhos; e preocupação persistente sobre os ataques de pânico adicionais; e/ou alterações no comportamento, relacionados com a má adaptação aos ataques. A agorafobia consiste do medo irracional ou ansiedade marcada sobre uma situação, assim como a prevenção ativa da situação temida, devido aos pensamentos de que a fuga ou a ajuda disponível pode ser difícil se o ataque de pânico ocorrer.¹⁰

Na fobia específica ocorre o medo marcado e irracional, ou ansiedade sobre um objeto ou situação específica, que é evitado de forma ativa, tais como: voar, alturas, animais, tomar injeção, ver sangue. O transtorno da ansiedade social tem por destaque o medo marcado e excessivo, ou ansiedade sobre situações sociais em que não seja possível a exposição ao escrutínio de outros, além de prevenção ativa da situação temida¹⁰.

No transtorno da ansiedade generalizada (TAG), ocorre ansiedade excessiva e difícil de controlar, e preocupação sobre vários eventos ou atividades, dentre elas podemos citar: dificuldades de frequentar a escola e o trabalho, acompanhados de sintomas como inquietude, tensão muscular e outros.

As características do transtorno obsessivo compulsivo (TOC) referem-se às obsessões, pensamentos recorrentes e persistentes, impulsos ou imagens que são experimentados como intrusivos e indesejados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento, e ainda às compulsões, como: comportamentos repetitivos de lavar as mãos, ou atos mentais, a exemplo de: contar, que o indivíduo sente compelido a executar para reduzir a ansiedade gerada pelas obsessões^{6,10,11}.

O transtorno de estresse pós-traumático refere-se à exposição a morte real ou ameaçada, ferimentos graves ou violação sexual; apresentando sintomas de intrusão, tais como: memórias angustiantes ou sonhos, *flashbacks*, angústia intensa e esquiva de assuntos associados ao evento. Caracteriza-se também por alterações negativas em cognição e humor, bem como alterações marcantes na excitação e reatividade como: comportamento irritável e hipervigilância.¹⁰

Os transtornos ansiosos estão entre os mais comuns dentre as perturbações mentais, acometem tanto crianças quanto adultos e apresentam prevalência estimada, durante o período de vida de 9% e 15%, respectivamente.

Nas crianças e adolescentes, os transtornos ansiosos mais frequentes são o transtorno de ansiedade agudo em decorrência de separação, o transtorno de ansiedade generalizada e as fobias específicas¹². Nos adultos, o transtorno de pânico é o de maior destaque epidemiológico, especialmente no sexo feminino (entre as idades de 25 a 44 anos), podendo perdurar até as idades mais avançadas.

Ao longo da vida, o transtorno do pânico apresenta prevalência estimada entre 2-4%, o TAG entre 5-7%, a fobia social entre 13-16%, fobias específicas 10%, agorafobia 6%, TOC entre 2-3% e transtorno do estresse pós traumático entre 7-9%¹³.

3.2- Depressão

A depressão é caracterizada por intensa sintomatologia que pode incluir sentimento de tristeza; angústia e desesperança; baixa autoestima; incapacidade de sentir prazer; ideias de culpa; ruína e desvalia; visões pessimistas do futuro e pensamentos recorrentes de morte, acompanhadas de alterações somáticas, tais como sono, apetite, atividade psicomotora e função sexual¹⁴.

Vários sistemas neuronais podem estar envolvidos na neurobiologia e neuroquímica da depressão, com destaque para o envolvimento dos neurotransmissores ácido gama-aminobutírico (GABA), acetilcolina, dopamina e alguns neuropeptídeos; mas principalmente a noradrenalina e a serotonina parecem participar da patogênese da depressão.

A teoria clássica da depressão é a hipótese monoaminérgica, a qual propõe que a depressão está relacionada com o déficit de noradrenalina e serotonina em determinadas sinapses do Sistema Nervoso Central¹⁵.

A associação americana de psiquiatria, no DSM-IV, classifica os transtornos depressivos em: transtorno depressivo maior –TDM (subdividido em episódio único ou recorrente), transtorno distímico (que pode ser especificado como de início em precoce ou tardio), transtorno depressivo sem outra especificação- SOE, transtorno bipolar (subclassificado em tipo I, que inclui a ocorrência de episódio maníaco único podendo ser: hipomaníaco, maníaco, depressivo, misto ou inesperado e tipo II, que se caracteriza por hipomania associada a pelo menos um episódio depressivo maior), transtorno ciclotímico, transtorno bipolar sem outra especificação, transtorno de humor devido à condição médica geral, transtorno de humor induzido por substâncias e transtorno de humor sem outra especificação^{16,17}.

Os transtornos depressivos são considerados comuns dentre as desordens do humor. E acometem principalmente idosos, mulheres, portadores de doenças crônicas e pessoas com maior vulnerabilidade social¹⁸. A prevalência na população geral varia de 3 a 11%, sendo duas a três vezes mais frequente em mulheres que em homens¹⁹. Sendo que o transtorno depressivo maior (TDM) pode ocorrer em qualquer idade, porém as chances aumentam com o início da puberdade²⁰.

Um episódio de depressão possui duração média de 16 a 20 semanas e 12% dos pacientes têm um curso crônico sem remissão de sintomas²¹.

A elevada e crescente prevalência de depressão em populações de todos os continentes e os graves impactos que produz, configuram a doença como um dos mais sérios problemas de saúde pública no início do século XXI²².

4-Do Fármaco

4.1. Sertralina

A sertralina pertence ao grupo dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (5-HT) neuronal, que resulta na potencialização dos efeitos serotoninérgicos. Possui efeito muito fraco sobre a recaptação neuronal da dopamina e norepinefrina. É desprovida de atividades estimulantes, sedativas ou anticolinérgicas ou de cardiotoxicidade.

A sertralina está disponível no mercado farmacêutico nacional na forma de comprimidos revestidos ou não, nas concentrações de 25, 50 e 100mg; sendo, a dose máxima diária permitida de 200mg.

De acordo com a bula aprovada pela ANVISA,⁴ as indicações deste fármaco são:

- Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC);
- Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) em pacientes pediátricos;
- Transtorno do pânico, acompanhado ou não de agorafobia;
- Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT);
- Sintomas da Síndrome da Tensão Pré-Menstrual (STPM) e/ou Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM);
- Fobia Social (Transtorno da Ansiedade Social).

As principais reações adversas da sertralina encontram-se descritas no quadro 01:

Quadro 01. Distribuição da frequência de ocorrências das principais reações adversas associadas ao uso da sertralina.

REAÇÕES ADVERSAS COM O USO DE SERTRALINA ^{4,5}	
Frequência de ocorrências	Principais Reações adversas (RAM)
Comum (≥ 1/100)	Dor de cabeça (25%), náusea (13 a 30%), diarreia (13 a 24%), insônia (12 a 28%), diminuição da libido (11%), fadiga (10 a 16%), distúrbios da ejaculação (7 a 19%), tontura (6 a 17%), boca seca (6 a 16%), tremores (5 a 11%), sudorese (3 a 11%), sonolência (2 a 15%), púrpura (2%), incontinência urinária (2%), dor no peito (1%), zumbido (1%), palpitações (1%), menstruação irregular.
Raro (≥ 1/10 000 a < 1/1 000)	Hemorragia, síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético, alteração do controle glicêmico, distúrbio psicótico, vasoconstrição cerebral (incluindo síndrome da vasoconstrição cerebral)

	reversível e síndrome de Call Fleming) pancreatite, necrólise epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson, priapismo, galactorreia, ginecomastia.
--	--

Fonte: 4. System Health MICROMEDEX®, 5. Bula. sertralina ANVISA

O tratamento das patologias, ansiedade e depressão, em muitos casos é longo, portanto, se faz necessário conhecer as principais interações entre a sertralina e outros medicamentos subsidiando, assim, os profissionais da saúde no manejo seguro de pacientes ansiosos e/ou depressivos que apresentam comorbidades e outras condições clínicas agudas.

O Quadro 02 apresenta alguns medicamentos que interferem na ação farmacológica da sertralina de acordo com sua severidade e evidência clínica^{4,5}.

Quadro 2 - Interações medicamentosas com sertralina, classificadas segundo sua gravidade e evidência clínica de acordo com MICROMEDEX® Healthcare Series.

Medicamentos	Severidade	Documentação	Efeitos
Inibidores da Monoaminoxidase (IMAO) (Ex. selegilina, Tranilcipromina, Isocarboxazida, Moclobemida)	Contra indicada	Boa	Pode resultar em crise hipertensiva (dor de cabeça, palpitação, rigidez de nuca) ou apreensão. Toxicidade do SNC ou síndrome da serotonina (mudanças hipertensão, hipertermia, mioclonias, confusão mental).
Linezolida	Contra indicada	Boa	Pode resultar em um aumento do risco de síndrome da serotonina (hipertensão, taquicardia, hipertermia, mioclonias, alterações do estado mental).
Pimozida	Contra indicada	Boa	Pode elevar os níveis de Pimozida.
Drogas que prolongam o intervalo QT (levofloxacina, ciprofloxacina, fluconazol, etc.)	Maior	Boa	Pode resultar em aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.
Varfarina	Maior	Boa	Aumento do risco de hemorragias.
<p>Legenda: Maior: a interação pode representar perigo à vida e/ou requerer intervenção médica para diminuir ou evitar efeitos adversos graves. Boa: a documentação sugere com veemência a existência da interação, mas faltam estudos controlados adequados. Contra indicada: os medicamentos são contra indicados para uso concomitante.</p>			

Fonte: HUTCHISON TA & SHAHAN DR (Eds): Interações medicamentosas® System. MICROMEDEX, Inc., Greenwood Village; 2015. Disponível em <http://www.portaldapesquisa.com.br>; acesso em 04.05.2016.

RECOMENDAÇÕES

- Observar a dose máxima permitida de sertralina e informar aos usuários sobre seus possíveis efeitos adversos.
- Avaliar as possíveis interações medicamentosas da sertralina com outros fármacos.

5- Diagnóstico para os transtornos ansiosos e depressivos

O diagnóstico para os transtornos de ansiedade e depressão é essencialmente clínico e deve ser feito com base em anamnese psiquiátrica cuidadosa. Existem vários sistemas de diagnósticos, dentre eles os mais utilizados são: a Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde, 10ª edição (CID10) e o Manual de Diagnóstico e Classificação dos Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana, que nesse momento se encontra na sua 5ª edição (DSM V). Desta forma, as referidas ferramentas podem nortear o profissional médico na busca de um diagnóstico acertado.

Segundo Araújo (2014), o DSM ou o CID-10 são ferramentas desenvolvidas para serem aplicadas por profissionais habilitados, com experiência clínica e grande conhecimento da psicopatologia. Portanto, não deve ser usado como uma simples lista de sintomas para serem assinalados por profissionais não habilitados, pois isso implicaria em falsos diagnósticos positivos²⁴.

Por esse motivo este Protocolo de dispensação de sertralina para os transtornos depressivos e ansiosos não tem intuito de estabelecer critérios de diagnóstico embasados em lista de sintomas e sim apresentar as derivações da depressão e ansiedade com seus respectivos CIDs para facilitar a dispensação racional do referido fármaco.

Deste modo, o quadro 3 apresenta um panorama das principais características identificadas na depressão e ansiedade de acordo com o CID-10.

Quadro 3- Visão geral dos principais atributos da depressão e ansiedade segundo o CID 10.

DEPRESSÃO
F31- Transtorno afetivo bipolar
<p>Caracterizado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dois ou mais episódios de alternância de humor e nível de atividade, ou seja, ocasiões de hipomania ou mania e ocasiões de depressão. ➤ Pacientes que sofrem somente de episódios repetidos de hipomania ou mania são classificados como bipolares.
<p><i>Desmembramento do CID F31:</i></p> <p>F31.0 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaniaco F31.1 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos F31.2 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos F31.3 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado F31.4 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos F31.5 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos F31.6 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto F31.7 Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão F31.8 Outros transtornos afetivos bipolares F31.9 Transtorno afetivo bipolar não especificado</p>
F32- Episódios depressivos
<p>Independente da gravidade, o paciente apresenta os sintomas abaixo descritos; sendo que o número e a gravidade dos mesmos é que permitirão classificar o episódio depressivo em leve, moderado e grave.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Um rebaixamento do humor, redução da energia e da atividade; ➤ Alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse; ➤ Capacidade de concentração diminuída, associada em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo; ➤ Insônia ou hipersonia; ➤ Auto-estima e autoconfiança reduzidas; ➤ Ideias frequentes de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves; ➤ Despertar matinal precoce (várias horas antes da hora habitual); ➤ Agravamento da depressão no período matinal; ➤ Lentidão psicomotora importante; ➤ Agitação; ➤ Perda de apetite e da libido, perda ou ganho de peso;
<p><i>Desmembramento do CID F32:</i></p> <p>F32.0 Episódio depressivo leve F32.1 Episódio depressivo moderado F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos F32.8 Outros episódios depressivos F32.9 Episódio depressivo não especificado</p>

F33- Transtorno depressivo recorrente

Caracteriza-se por reincidência de episódios depressivos categorizados como F32, excluindo os episódios breves.

Desmembramento do CID F33:

F33.0 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve

F33.1 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado

F33.2 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos

F33.3 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos

F33.4 Transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão

F33.8 Outros transtornos depressivos recorrentes

F34 Transtornos de humor [afetivos] persistentes

Atributos característicos:

- Transtornos de humor persistentes e normalmente flutuantes. No entanto, não se justifica um diagnóstico de episódio maníaco ou depressivo leve uma vez que os episódios individuais não são suficientemente graves.
- Sofrimento e incapacidade consideráveis devido à persistência dos sintomas por um longo período de tempo.

Desmembramento do CID F34:

F34.0 Ciclotimia:

Tipificado por oscilação persistente do humor com repetidos períodos de depressão ou de leve grandeza. Entretanto nenhum deles é grave ou prolongado o bastante para responder aos critérios de um transtorno afetivo bipolar.

F34.1 Distímia:

Caracterizado por queda do humor de forma crônica, perdurando por anos, mas cuja magnitude não é suficiente ou os episódios individuais são muito curtos para responder aos critérios de transtorno depressivo recorrente grave, moderado ou leve.

F34.8 Outros transtornos de humor [afetivos] persistentes.

F34.9 Transtorno de humor [afetivo] persistente não especificado.

ANSIEDADE

F41 Outros transtornos ansiosos

Caracteriza-se pela existência de manifestações ansiosas que não desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma determinada situação, podendo vir associadas de sintomas depressivos ou obsessivos, bem como de dadas manifestações que traduzem uma ansiedade fóbica, desde que tais manifestações sejam, nitidamente secundárias ou pouco graves.

Desmembramento do CID F41:

F41.0 Transtorno de pânico [ansiedade paroxística episódica]

Tipificado por ataques recorrentes de uma ansiedade grave (ataques de pânico), que não ocorrem exclusivamente numa situação ou em circunstâncias determinadas, ou seja, são imprevisíveis. Apresenta-se com os seguintes sintomas:

- Ocorrência brutal de palpitação e dores torácicas;
- Sensações de asfixia;
- Tonturas;
- Sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização);
- Medo secundário de morrer, de perder o autocontrole ou de ficar louco.

F41.1 Ansiedade generalizada:

Ansiedade flutuante e persistente, caracterizada pelos seguintes sintomas:

- Nervosismo persistente;
- Tremores;
- Tensão muscular;
- Transpiração;
- Sensação de vazio na cabeça;
- Palpitações;
- Tonturas e desconforto epigástrico;
- Medo frequente de ficar doente, sofrer um acidente ou morrer;
- Medo de pessoas próximas possam ficar doente, sofrer um acidente ou morrer.

F06.4 Transtornos da ansiedade orgânicos

Transtorno definido pela presença das características de uma ansiedade generalizada, transtorno de pânico, ou de uma combinação de ambas, no entanto, provocado por um transtorno orgânico, excluindo os transtornos da ansiedade não-orgânicos ou não especificados.

Recomendações

- Para considerar a depressão ou ansiedade em um paciente é recomendado lançar mão de uma ferramenta diagnóstica como: DSM-V e CID-10. Embora esses dois agravos sejam de diagnóstico essencialmente clínico, esses instrumentos podem embasar e qualificar a decisão do profissional médico.

6- Critérios de inclusão para a dispensação de sertralina

Serão incluídos neste protocolo paciente com transtorno de ansiedade ou depressão que tiverem diagnósticos correspondentes aos CIDs descritos acima, segundo o Código Internacional de Doença na sua décima edição (CID-10).

6.1. Documentos necessários:

Todos os pacientes ou seus representantes deverão apresentar os documentos abaixo listados junto à farmácia do componente especializado do estado:

- Formulário de diagnóstico conforme anexo I, preenchido e assinado por profissional médico. **E**
- Cópia dos documentos pessoais: RG, CPF, Cartão SUS e comprovante de residência. **E**
- Receita médica para medicamentos especiais da classe C1 (Receituário branco em duas vias).

6.2- Situações especiais

De acordo com as orientações preconizadas no humaniza SUS, será flexibilizada a apresentação dos documentos pessoais dos pacientes considerados vulneráveis (pessoas de situação de ruas, pessoas com restrição de liberdade, pacientes em acompanhamentos no Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas-CAPS AD), que eventualmente não possuam comprovantes de endereço, RG ou CPF, devendo, entretanto, apresentar o cartão do SUS ou seu número.

6.3 - Da renovação

As solicitações de sertralina deverão ser renovadas a cada seis meses junto à farmácia do componente especializado. Nesta ocasião deve ser apresentado um novo laudo médico, bem como receita médica para medicamentos especiais da classe C1 (receituário branco em duas vias).

7- Acompanhamento

Pacientes com ansiedade devem ser acompanhados utilizando-se de abordagens múltiplas, incluindo educação; avaliação de comorbidades; resposta terapêutica e intervenções psicológicas.

Na maioria dos pacientes o curso do tratamento é de aproximadamente 12 a 24 meses. Nesse período o ideal é que a frequência do acompanhamento deva ocorrer em intervalos de duas semanas durante as primeiras seis semanas. A partir daí o acompanhamento pode ter periodicidade reduzida.

A psicoterapia exige contatos semanais do paciente com o terapeuta durante 12 a 20 semanas. Findo este período a frequência do tratamento pode ser a cada quatro semanas e, em seguida, a cada dois a três meses é suficiente.

Recomendação

- Em havendo necessidade, sempre que possível, encaminhar o paciente para psicoterapia.
 - Avaliar resposta terapêutica do tratamento.
 - Avaliar comorbidades.
-

Declaração de conflito de interesse.

A equipe de pesquisa, elaboração e revisão técnica declara não ter nenhum conflito de interesse com relação ao medicamento aqui estudado.

Referências

1. Faculdade de Farmácia da UFMG. Centro colaborador do SUS: Avaliação de tecnologias e excelência em saúde – CCATES. Parecer técnico. Transtornos de Ansiedade II: Eficácia e segurança de sertralina, citalopram e venlafaxina no tratamento de Ansiedade Generalizada. Belo Horizonte, 2014.
2. B. Bandelow et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive – compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2012; 16: 77–84.
3. COSTA, E. , et al. The public health impact of anxiety disorders: a WHO perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. v. 98, p. 2S-5S, 1998
4. Bula. sertralina ANVISA> Disponível em http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=6221192013&pIdAnexo=1722638. Acesso 13.04.2016
5. HUTCHISON TA & SHAHAN DR (Eds): DRUGDEX® System. MICROMEDEX, Inc., Greenwood Village; 2016. Disponível em <http://www.portaldapesquisa.com.br>. (acesso mediante assinatura acesso em 07.04.2016.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition-text revision (DMS-V). Washington; DC: American Psychiatric publishing, 2013.
7. Silva P. Farmacologia. 5 ed .Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1997.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition-text revision (DMS-IV-TR). 4. Ed. Washington; DC: American Psychiatric publishing, 2000.
9. Almeida, R.N. Psicofarmacologia: Fundamentos práticos. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2006.
10. Katzman, M.A.; Bleau, P.; Blier, P.; Chokka, P.; Kjernisted, K.; Ameringen, M.V. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC psychiatry*, 14(1):S1. 2014.
11. Ruscio, A.M.; Stein, D.J.; Chiu, W.T. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1): 53-63. 2010.
12. Castillo, A.R.G.L.; Recondo, R.; Asbahr, F.R.; Manfro, G.G. Transtornos de ansiedade. *Rev Bras Psiquiatr*, 22(Supl II):20-3. 2000.
13. Hollander, E.; Simeon, D. Transtornos de ansiedade. *Artmed*. 2004.
14. Juruena, M.F.; Cleare, A.J. Overlap between atypical depression, seasonal affective disorder and chronic fatigue syndrome. *Revista brasileira de psiquiatria*, 29:S19-S26.2007.
15. Almeida, R.N. Psicofarmacologia: Fundamentos práticos. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2006.

16. Anderson, I.M; Nutt, D.J; Deakin, J.F. Evidence based guidelines for depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology Guidelines. British Association for Psychopharmacology. J. Psychopharmacology, treating 14 (1): 320. 2000.
17. Del Porto, J.A. Depressão: conceito e diagnóstico. Revista Brasileira de Psiquiatria, 21:SI6-SI11. 1999.
18. Jacondino, C.B.; Borges, C.A.; Gottlieb, M.G.V. Associação dos polimorfismos rs53576 e rs2254298 do gene receptor da ocitocina com depressão: uma revisão sistemática. Scientia médica, 24(40); 411-419. 2014.
19. Fleck, M.P.A.; Lafer, B.; Sougey, E.B.; Del Porto, J.A.; Brasil, M.A.; Juruena, M.F. Diagnóstico e tratamento da depressão. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina. Associação Brasileira de Psiquiatria. 2001.
20. Duailibi, K.; Da Silva, A.S.M. Depressão: critérios DSM-5 e tratamento. Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica, 40(1):27-32. 2014.
21. Juruena, M.F. Depressão: diagnóstico e tratamento. Revista Brasileira de Medicina. 70(5):6-20. 2013.
22. Boing, A.F.; Melo, G.R.; Boing, A.C.; Moretti-Pires, R.O.; Peres, K. Z.; Peres, M.A. Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. Rev Saúde Pública, 46(4):617-23. 2012.
23. World Health Organization. Classificação de transtornos mentais e de comportamento CID.10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Genebra: WHO, 1993.
24. ARAUJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. Rev. bras. ter. comport. cogn., São Paulo , v. 16, n. 1, p. 67-82, abr. 2014 .

ANEXO I

RELATÓRIO MÉDICO PARA DISPENSAÇÃO DE SERTRALINA PARA ANSIEDADE E DEPRESSÃO

1-DADOS DO PACIENTE/ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome:		
Data de Nascimento:	CID10:	
Cartão SUS	Peso (Kg):	Sexo:
Telefone:	CPF:	
Estabelecimento de Saúde Solicitante: CNES:		

2- CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO / DADOS SOBRE O TRATAMENTO

Ferramenta utilizada para diagnóstico () CID 10 () DSM-V () Outros. Se outros: Qual?	
Descrição dos sinais e sintomas segundo a ferramenta utilizada:	
Conclusão Diagnóstica:	
Dados do tratamento com sertralina:	Dose:
	Posologia:
	Tempo de tratamento previsto:
	Quantidade solicitada(mensal):
Justificativa para o tratamento proposto:	

3- ESPAÇO RESERVADO AO AVALIADOR

Autorização da dispensação: () Sim () Não
Justificativa:
<p>_____</p> <p>Médico Avaliador</p>
Cuiabá, ___/___/___.