Caderno Técnico

5

ESCUTA SUSP

PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO

Atenção Psiquiátrica e Medicamentosa

Serviço IV e V

Promoção da Saúde Mental e Atenção Psicológica aos Profissionais de Segurança Pública

PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO - Escuta Susp

Organização dos

Cadernos Técnicos

Volume 5 de 6

Caderno Técnico 1	Fundamentos e Estrutura de Atendimento	Protocolo 1	Diretrizes Gerais para a Prática da Psicoterapia on-line
		Protocolo 2	Identificação de Alterações do Estado Mental em Profissionais da Segurança Pública no Contexto de Porte de Arma de Fogo
Caderno Técnico 2	Atenção Psicológica (Serviço I)	Protocolo 3	Serviço I - Avaliação on-line para o Profissional de Segurança Pública
		Protocolo 4	Serviço I – Aconselhamento Psicológico on-line – Abordagem Cognitivo-Comportamental
		Protocolo 5	Serviço I - Aconselhamento Psicológico on-line - Abordagem Fenomenológico-Existencial
Caderno Técnico 3	Atenção Psicoterapêutica (Serviço II)	Protocolo 6	Serviço II – Psicoterapia on-line para os Profissionais de Segurança Pública
Caderno Técnico 4	Atenção em Crise (Serviço III)	Protocolo 7	Serviço III – Intervenção on-line para Estabilização de Crise Suicida em Profissionais de Segurança Pública
Caderno Técnico 5	**Atenção Psiquiátrica e Medicamentosa (Serviços IV e V)**	**Protocolo 8**	**Serviço IV - Gerenciamento da Terapia Medicamentosa on-line para Profissionais de Segurança Pública**
		Protocolo 9	**Serviço V - Telemedicina em Psiquiátrica para os Profissionais de Segurança Pública**
Caderno Técnico 6	Guias Operacionais e de Ambientação	Guia 1	Orientações para Terapeutas do Escuta SUSP
		Guia 2	Plataforma de Atendimento on-line

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
Secretaria Nacional de Segurança Pública

Caderno Técnico 5

Atenção Psiquiátrica e Medicamentosa (Serviços IV e V)

Protocolo 8	Serviço IV - Gerenciamento da Terapia Medicamentosa on-line para Profissionais de Segurança Pública
	Serviço V - Telemedicina em Psiquiátrica para os Profissionais de Segurança Pública

Brasília, DF
2026

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
Secretaria Nacional de Segurança Pública – SENASP
Diretoria do Sistema Único de Segurança Pública – DSUSP
Coordenação-Geral de Valorização Profissional – CGVP
Esplanada dos Ministérios, Bloco “T”, Palacio da Justiça Raymundo Faoro, Anexo II, 5° andar, sala 514. Brasília – DF. CEP 7004-900.

Reserva de Direitos
Todos os direitos reservados ao Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP).
Este protocolo poderá ser revisado, atualizado ou alterado a qualquer tempo, a critério do MJSP.
É permitida a reprodução para fins institucionais, desde que preservada a integridade do documento e indicada a fonte, sendo vedada sua utilização para fins comerciais ou em desacordo com sua finalidade.

616.89
P768 Protocolos de atendimento - atenção psiquiátrica e medicamentosa (serviços IV e V) / organização Janaína Marcondes de Moura. -- Brasília : Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2026.
230 p. - (Caderno técnico ; 5)

Conteúdo: Protocolo 8: Serviço IV. Gerenciamento da terapia medicamentosa on-line para profissionais de segurança pública / Cristiane Faiad de Moura ... [et al.] - Protocolo 9: Serviço V. Telemedicina em psiquiátrica para os profissionais de segurança pública / Cristiane Faiad de Moura ... [et al.].

Projeto Esculta SUSP instituído pela Secretaria Nacional de Segurança Pública em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais e outras universidades federais.

ISBN digital 978-85-5506-106-6
ISBN físico 978-85-5506-107-3

1. Profissional de segurança pública, aspectos da saúde, Brasil - 2. Saúde mental, Brasil - 3. Telemedicina - 4. Terapia medicamentosa. I. Moura, Janaína Marcondes de. II. Moura, Cristiane Faiad de. III. Brasil. Secretaria Nacional de Segurança Pública. IV. Título.

CDD

Este protocolo foi formatado com base nas normas da APA – American Psychological Association (7ª edição), com adaptações para documentos técnicos institucionais.

Caderno Técnico 5

Atenção Psiquiátrica e Medicamentosa (Serviços IV e V)

Este caderno contempla os protocolos dos Serviços IV e V do Escuta SUSP, destinados ao acompanhamento especializado em saúde mental com suporte psiquiátrico e gerenciamento da terapia medicamentosa.

Esse nível de atenção abrange avaliação clínica especializada, acompanhamento psiquiátrico, prescrição terapêutica e monitoramento do uso de medicamentos, promovendo cuidado seguro, qualificado e integrado às demais estratégias assistenciais do projeto.

A atuação psiquiátrica e medicamentosa ocorre de forma complementar aos serviços psicológicos e psicoterapêuticos, contribuindo para a abordagem integral da saúde mental dos Profissionais de Segurança Pública e para o adequado manejo de quadros clínicos que demandam intervenção especializada.

A integração multiprofissional entre psicologia, psiquiatria e acompanhamento terapêutico fortalece a efetividade do cuidado ofertado e amplia a capacidade de resposta institucional do Escuta SUSP.

Caderno Técnico 5

PROTOCOLO 8

Caderno Técnico 5

Serviço IV

Gerenciamento da Terapia Medicamentosa on-line para Profissionais de Segurança Pública

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO 8

Coordenação geral do projeto
Prof. Dr. Maycoln L. Martins Teodoro (UFMG)

Docentes
Prof. Dra. Juliana Alvares Teodoro
Prof. Dra. Yone de Almeida Nascimento

Discentes
Ana Clara Oliveira de Aguiar
Ana Gabriela Nunes da Silva Melo
Ana Ludmila Santos Plauska
Lara Luíza Cerávolo Rabelo
Lívia Calijorne Rolim
Lucas Jardim de Sena Pereira
Thecia Karen Murta Miranda
Zaida Clara Teixeira Lopes

FICHA TÉCNICA

Presidente da República
Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro da Justiça e Segurança Pública
Wellington César Lima e Silva

Secretário Nacional de Segurança Pública
Francisco Lucas Costa Veloso

Reitora da UFMG
Sandra Regina Goulart Almeida

Diretor Executivo da FUNDEP
Prof. Jaime Arturo Ramírez

Diretor do Sistema Único de Segurança Pública
João Alberto Nogueira Júnior

Coordenadora-Geral de Valorização Profissional
Juliana Ribeiro

Coordenador de Promoção e Proteção de Direitos
Gustavo de Souza Rocha

Coordenadora de Saúde e Qualidade de Vida
Janaina Marcondes de Moura

Coordenação Técnica do Projeto/SENASP
Rubia Minuzzi Tschiedel

Coordenação do TED/UFMG
Maycoln Leôni Martins Teodoro

Equipe de Pesquisa
Docentes
Cristiane Faiad de Moura (UnB)
Darlindo Ferreira Lima (UFPE)
Helian Nunes de Oliveira (UFMG)
Juliana Alvares Teodoro (UFMG)
Katie Moraes de Almondes (UFRN)
Luciana Almeida Santos (UFMG)
Luciene O. Rocha Lopes (UFMG)
Marcela Mansur-Alves (UFMG)
Paulo Eduardo R A Evangelista (UFMG)
Sérgio Eduardo S Oliveira (UnB)
Yone de Almeida Nascimento (UFMG)
Zenith Nara Costa Delabrida (UFS)

Pesquisadores
Ana Clara Oliveira de Aguiar
Ana Gabriela Nunes da Silva Melo
Ana Letícia Senobio dos Santos
Ana Ludmila Santos Plauska
Brena Thaísa Q. Melo
Carolina Sousa Azulay
Francisco Guilherme Lima Macedo
Gustavo Salgueiro Rocha
Isaak Felipe de Araújo Sales
Isabela Ferreira Coelho
Isabella Ferreira Pinheiro
Júlia Eduarda V de Almeida
Júlia Salles Menezes
Lara Letícia Pinto Barbosa
Lara Luíza Cerávolo Rabelo
Lídia Figueiredo dos Santos
Lívia Calijorne Rolim
Lucas Jardim de Sena Pereira
Marcos Arthur R A Macedo
Mateus Guimarães Nobre
Matheus Felipe G Camargo
Mônica M. Oliveira Melo
Patrícia de Cássia C Campos
Pedro Henrique Francisco de Assis
Rafael Ferreira Simões
Renan Rodrigues da Silva Saraiva
Tayanne de Araujo Lobão
Thecia Karen Murta Miranda
Zaida Clara Teixeira Lopes

Equipe TI
Breno Max Horta Melo
Danielle Resende de Pádua
Paulo Rodrigues Gomes

Equipe Técnica da SENASP
Cirla Busato
Cristiano Abirached Junqueira Lopes
João Paulo de Medeiros
Iranilto Sales de Almeida
Laura Lucia Maximo
Thiago Machado de Araújo

Analista de projetos da FUNDEP
Fernanda Gonçalves de Araujo

Organização e Projeto Gráfico
Janaína Marcondes de Moura

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCP	*American College of Clinical Pharmacy* / Colégio Americano de Farmácia Clínica)
ACh	Acetilcolina
AINE	Anti-inflamatório Não Esteroidal
ALT / TGP	Alanina Aminotransferase / Transaminase Glutâmico-Pirúvica
AMB	Associação Médica Brasileira
AST / TGO	Aspartato Aminotransferase / Transaminase Glutâmico Oxalacética
BPAC	*Best Practice Advocacy Centre (Nova Zelândia)*
CEAF	*Best Practice Advocacy Centre (Nova Zelândia)*
CFF	Conselho Federal de Farmácia
COX-2	Ciclooxigenase-2
Compostos Z	Medicamentos análogos não benzodiazepínicos
CR	*Controlled release* / Liberação controlada
CYP450	Citocromo P450
DM2	Diabetes *mellitus* tipo 2
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSM-5	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5* / Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-5
EASB	Escala de Avaliação da Síndrome de Burnout na Segurança Pública
EMDR	*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* / Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares
EPS	*Extrapyramidal Symptoms* / Sintomas Extrapiramidais
FSII	*Frequency of Suicidal Ideation Inventory* / Inventário de Frequência de Ideação Suicida

Fundep	Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
GAD-7	*General Anxiety Disorder-7* / Transtorno de Ansiedade Generalizada-7
GTM	Gerenciamento da Terapia Medicamentosa
Hb1Ac	Hemoglobina glicada
HMG-CoA	3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzima A
IECA	Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina
IMAO	Inibidor de Monoamina Oxidase
IMC	Índice de Massa Corpórea
Intervalo QT	Tempo decorrido entre o início e o fim da contração e relaxamento ventricular
IRSN	Inibidor da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina
ISRS	Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina
ITQ	*International Trauma Questionnaire* / Questionário Internacional de Trauma
Kg	Quilograma
L	Litro
LDL	Lipoproteína de Baixa Densidade
LSD	*Lysergic Acid Diethylamide* / Dietilamida do Ácido Lisérgico
MAO	Monoamina Oxidase
MDMA	3,4-Metilenodioximetanfetamina
mEq	Miliequivalentes
mg	Miligrama
mL	Mililitro
n°	Número
NPS	*National Prescribing Service* / Serviço Nacional de Prescrição
PCL-5	*Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* / Lista de verificação do transtorno de estresse pós-traumático para o DSM-5
PHQ-9	*Patient Health Questionnaire-9* / Questionário de saúde do paciente-9

PRM	Problema relacionado ao uso de medicamentos
PTSD	*Posttraumatic Stress Disorder* / Transtorno de Estresse Pós-Traumático
PW	*Pharmacotherapy Workup*
RAM	Reação adversa a medicamento
RNI	Razão Normalizada Internacional
SNC	Sistema nervoso central
SOAP	Subjetivo, objetivo, avaliação e plano
SENASP	Secretaria Nacional de Segurança Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSP	Sistema Único de Segurança Pública
TAB	Transtorno afetivo bipolar
TAG	Transtorno de ansiedade generalizada
TAS	Transtorno de ansiedade social
TCC	Terapia cognitivo-comportamental
TDAH	Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
TOC	Transtorno obsessivo compulsivo
TP	Transtorno do pânico
TSH	*Thyroid-stimulating hormone* / Hormônio estimulante da tireoide
VA/DoD	*U.S. Department of Veterans Affairs - Department of Defense* / Departamento de Assuntos dos Veteranos dos EUA - Departamento de Defesa
WHO	*World Health Organization* / Organização Mundial da Saúde
XL	*Extended Release* / Liberação Prolongada
XR	*Extended Release* / Liberação Prolongada
5-	**HT** 5-hidroxitriptofano

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 17

2. INTRODUÇÃO 19

3. ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS DO CUIDADO FARMACÊUTICO (*PHARMACEUTICAL CARE*) 21

4. PROCESSO DE CUIDADO (PROTOCOLO DE ATENDIMENTO) 25
   Documentação da prática 28
   Coleta de dados e anamnese 31
   Avaliação das necessidades farmacoterapêuticas e identificação dos PRM 40
   Elaboração e implantação de um plano de cuidado 46
   Reavaliação do paciente 49

5. GESTÃO DA PRÁTICA 51

6. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM DEPRESSÃO 54
   Coleta de dados e anamnese de pacientes com depressão 54
      História clínica da depressão 55
      História medicamentosa da depressão 62
   Avaliação das necessidades farmacoterapêuticas e identificação dos PRM de pacientes com depressão 62
      Objetivos terapêuticos 62
      Avaliação da farmacoterapia 63
      Necessidade 63
      Efetividade 67
      Segurança 70
      Conveniência 71
   Elaboração e implantação do plano de cuidado de pacientes com depressão 71
   Reavaliação de pacientes com depressão 72

7. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA 73

Coleta de dados e anamnese de pacientes com TAG 73
História clínica do TAG 73
História medicamentosa do TAG 76
Avaliação das necessidades farmacoterapêuticas e identificação de PRM de pacientes com TAG 79
Objetivos terapêuticos 79
Avaliação farmacoterapêutica 81
Necessidade 81
Efetividade 84
Segurança 85
Conveniência 87
Elaboração e implantação do plano de cuidado dos pacientes com TAG 89
Reavaliação do paciente com TAG 89

8. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM TRANSTORNO DO PÂNICO 90
Coleta de dados e anamnese de pacientes com TP 90
História clínica do transtorno do pânico 90
História medicamentosa do TP 94
Avaliação das necessidades farmacoterapêuticas e identificação dos PRM de pacientes com TP 95
Objetivos terapêuticos 95
Avaliação da farmacoterapia 96
Necessidade 96
Efetividade 99
Segurança 101
Conveniência 101
Elaboração e implantação do plano de cuidado dos pacientes com TP 102
Reavaliação do paciente com TP 102

9. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM INSÔNIA 103
Coleta de dados e anamnese de pacientes com insônia 103
História clínica da insônia 103
História medicamentosa da insônia 109
Avaliação das necessidades farmacoterapêuticas e identificação dos PRM de pacientes com insônia 110
Objetivos terapêuticos 110

Avaliação farmacoterapêutica 110
Necessidade 110
Efetividade 113
Segurança 115
Conveniência 116
Elaboração e implantação do plano de cuidado dos pacientes com insônia 118
Reavaliação do paciente com insônia 119

10. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR 120
Coleta de dados e anamnese de pacientes com TAB 120
História clínica do TAB 120
História medicamentosa do TAB 123
Avaliação das necessidades farmacoterapêuticas e identificação dos PRM de pacientes com TAB 123
Objetivos terapêuticos 123
Avaliação da farmacoterapia 124
Avaliação da farmacoterapia 127
Segurança 128
Conveniência 130
Elaboração e implantação do plano de cuidado dos pacientes com TAB 133
Reavaliação do paciente com TAB 133

11. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO 134
Coleta de dados e anamnese de pacientes com TEPT 135
História clínica do TEPT 135
História medicamentosa do TEPT 136
Avaliação das necessidades farmacoterapêuticas e identificação dos PRM de pacientes com TEPT 138
Objetivos terapêuticos 138
Avaliação farmacoterapêutica 139
Necessidade 140
Efetividade 143
Segurança 145
Conveniência 147

Elaboração e implantação do plano de cuidado dos pacientes com TEPT 148
Reavaliação do paciente com TEPT 148

12. AO QUE COMPETE AO SUPERVISOR E AO QUE DEVE ESTAR ATENTO 149

13. CONSIDERAÇÕES FINAIS 150

14. REFERÊNCIAS 151

15. APÊNDICES E ANEXOS 163
Apêndice A – Formulário sobre comorbidades e uso de medicamentos 163
Apêndice B – Posologia e velocidade de titulação dos medicamentos usados no manejo dos transtornos de saúde mental 165
Apêndice C – Principais reações adversas relacionadas aos medicamentos utilizados para o tratamento das condições de saúde mental 175
Apêndice D – Síndrome anticolinérgica 186
Apêndice E – Carga anticolinérgica 191
Apêndice F – Inibidores e indutores do citocromo P450 hepático (CYP450) e transportadores envolvidos no metabolismo de medicamentos 196
Apêndice G – Manejo clínico de interações medicamentosas comumente identificadas entre medicamentos psicotrópicos 201

1. APRESENTAÇÃO

O contexto de trabalho dos profissionais de segurança pública é marcado por desafios intensos e permanentes, inerentes à natureza da atividade e à própria cultura institucional, refletindo-se em elevados índices de sofrimento psíquico, adoecimento mental e suicídio.

A exposição contínua à violência, o estresse ocupacional crônico, a sobrecarga emocional, as jornadas extensas e a elevada exigência funcional impactam diretamente a saúde, a qualidade de vida e o desempenho profissional desses servidores, tornando indispensável a implementação de ações concretas e estruturadas de cuidado e proteção institucional.

Nesse cenário, o Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), por meio da Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP), instituiu o Projeto Escuta SUSP como estratégia nacional de promoção da saúde mental e atenção psicológica especializada aos Profissionais de Segurança Pública (PSP).

O Escuta SUSP integra a implementação da Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS), no âmbito do Sistema Único de Segurança Pública (SUSP), e materializa as diretrizes do Programa Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais de Segurança Pública – Pró-Vida, consolidando a valorização do profissional como eixo estruturante para o fortalecimento das instituições de segurança pública.

Desenvolvido em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e outras Universidades Federais, o projeto estrutura-se como um dispositivo institucional de cuidado, fundamentado em protocolos clínicos baseados em evidências científicas e orientado por princípios éticos, técnicos e humanizados.

Seu principal instrumento de alcance é o teleatendimento, modalidade que garante acesso remoto, seguro e confidencial aos serviços de atenção em saúde mental, ampliando a cobertura territorial das ações e permitindo o atendimento de profissionais lotados em regiões remotas ou submetidos a escalas de plantão, jornadas extensas e deslocamentos frequentes.

A plataforma exclusiva do Escuta SUSP integra inscrição, agendamento, prontuário eletrônico, acompanhamento clínico e atendimento multiprofissional, contemplando serviços de psicologia, psiquiatria e gerenciamento da terapia medicamentosa.

Além de viabilizar o acesso qualificado ao cuidado, essa estrutura contribui para a produção de dados estratégicos essenciais ao monitoramento, à avaliação e ao aperfeiçoamento contínuo das políticas públicas de qualidade de vida e saúde mental no âmbito da segurança pública.

O projeto organiza-se em serviços escalonados, definidos conforme a complexidade da demanda e a especialidade necessária, cabendo aos terapeutas a identificação inicial, a condução clínica e os encaminhamentos aos demais serviços, sempre com base nos protocolos técnicos e na supervisão clínica especializada.

Mais do que uma ação assistencial, o Escuta SUSP representa o fortalecimento de uma política pública permanente de valorização, proteção e cuidado integral aos profissionais de segurança pública, reconhecendo que cuidar de quem protege a sociedade é condição essencial para o fortalecimento das instituições e para a efetividade da segurança pública no país.

2. INTRODUÇÃO

Este Protocolo foi elaborado com o objetivo de oferecer informações, diretrizes e orientações para a condução do Cuidado Farmacêutico, a partir do referencial teórico metodológico conhecido como *Pharmaceutical Care* (Cipolle, Strand, Morley, 2004). Trata-se de uma prática profissional que visa atender à necessidade social de reduzir a morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos, um grave problema de saúde pública mundial. É uma prática clínica generalista e centrada no paciente, na qual o farmacêutico estabelece vínculo terapêutico com seus pacientes e assume responsabilidade pelas suas necessidades farmacoterapêuticas, identificando lacunas e propondo intervenções para sua resolução, garantindo o uso indicado, efetivo, seguro e conveniente de todos os medicamentos, contribuindo, dessa forma, para otimizar a farmacoterapia e para melhorar os resultados em saúde oriundos do uso de medicamentos. Esse arcabouço teórico metodológico redefine o farmacêutico como um profissional competente para oferecer um serviço clínico indispensável ao usuário de medicamentos, denominado Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM), também conhecido como Acompanhamento Farmacoterapêutico (Cipolle, Strand, Morley, 2012; Ramalho de Oliveira, 2011).

Várias questões se associam à necessidade do cuidado farmacêutico (*Pharmaceutical Care*). Em primeiro lugar, os medicamentos são os instrumentos terapêuticos mais utilizados na atualidade, pois são capazes de solucionar ou controlar grande parte dos problemas de saúde que atingem a população (Patient-centered primary care collaborative, 2012). Entretanto, eles podem causar danos sérios se tomados incorretamente, monitorados insuficientemente ou como resultado de um erro, acidente ou problema de comunicação, sendo a principal causa de danos evitáveis em sistemas de saúde em todo o mundo. Tais danos podem ser reduzidos ou mesmo evitados por melhorias nos sistemas e práticas relacionadas ao uso dos medicamentos (WHO, 2017). Outro aspecto relevante que impacta nos resultados em saúde é a complexidade crescente na farmacoterapia, haja visto que diferentes profissionais prescrevem diferentes medicamentos para um mesmo paciente, dificultando sua adesão aos regimes terapêuticos (Pantuzza et al, 2017; WHO, 2003). Além disso, o paciente toma todos os dias decisões sobre a sua saúde e farmacoterapia, muitas vezes sem assistência de um profissional da saúde.

Nessa perspectiva, o farmacêutico assume a responsabilidade específica de gerenciar integralmente a farmacoterapia do paciente, uma vez que não há outro profissional responsável pela avaliação de todos os medicamentos prescritos e não prescritos que o paciente faz uso em um dado momento (Ramalho de Oliveira, 2011).

Como uma prática profissional, contempla uma filosofia profissional, na qual são explicitados o que o farmacêutico faz – contribui para otimizar a farmacoterapia dos pacientes melhorando os resultados em saúde; por que faz – para reduzir a morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos; e como faz – por meio de um processo sistemático, racional e reprodutível de tomada de decisão sobre a farmacoterapia e de uma prática centrada no paciente, a qual se desenvolve por meio do estabelecimento de uma relação terapêutica entre o farmacêutico clínico e o paciente. Nesse sentido, espera-se que o profissional, em conjunto com seu supervisor, assuma a responsabilidade pelos resultados da farmacoterapia dos seus pacientes e seja capaz de tomar decisões de modo a impactar positivamente em suas vidas, do ponto de vista clínico, econômico e humanístico.

Em relação ao processo de cuidado adotado, utiliza-se o método clínico centrado na pessoa, que garante um cuidado holístico, no qual o profissional é responsável por:

1) avaliar todos os medicamentos em uso pelo paciente, assim como a necessidade de introdução de novos medicamentos,
2) identificar possíveis problemas relacionados ao uso/não uso de medicamentos,
3) elaborar um plano de cuidado para resolução desses problemas, em cooperação com o paciente e com os outros profissionais da saúde,
4) realizar o acompanhamento para avaliação dos resultados oriundos do uso de medicamentos (Cipolle, Strand, Morley, 2004; Ramalho de Oliveira, 2011).

Por fim, esse modelo de prática profissional demanda um sistema de gerenciamento, mediante aspectos logísticos e gerenciais. A filosofia da prática e o método de trabalho se aplicam a qualquer ambiente de prática, em qualquer âmbito de cuidado. Já o sistema de gestão da prática precisa ser adaptado ao serviço ao qual está conectado, como no presente caso, no qual o objetivo é prestar atendimento *on-line* a profissionais de segurança pública em âmbito nacional, no contexto de uma política de valorização da vida.

3. ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS DO CUIDADO FARMACÊUTICO (*PHARMACEUTICAL CARE*)

Os princípios legais que orientam o profissional na prática clínica farmacêutica, em consonância com o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), são:

- Constituição Federal Brasileira de 1988.
- Lei Federal nº 8.080 de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, prevê como objetivo do SUS a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.
- Resolução nº 338 de 2004: aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecida com base nos seguintes princípios e em seu Art. 1º define a Assistência Farmacêutica como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.
- Lei nº 13.021 de 2014: dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas e obriga o farmacêutico, no exercício de suas atividades, a:

  III - proceder ao acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes, internados ou não, em estabelecimentos hospitalares ou ambulatoriais, de natureza pública ou privada;

  V - estabelecer o perfil farmacoterapêutico no acompanhamento sistemático do paciente, mediante elaboração, preenchimento e interpretação de fichas farmacoterapêuticas;

VI - prestar orientação farmacêutica, com vistas a esclarecer ao paciente a relação benefício e risco, a conservação e a utilização de fármacos e medicamentos inerentes à terapia, bem como as suas interações medicamentosas e a importância do seu correto manuseio.

- Resolução nº 585 de 2013 do Conselho Federal de Farmácia: regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico que, por definição, constituem os direitos e responsabilidades desse profissional no que concerne à sua área de atuação. De acordo com a resolução, o serviço denominado acompanhamento farmacoterapêutico, ou GTM, caracteriza-se por um conjunto de atividades específicas de natureza técnica, com embasamento legal na definição de atribuições clínicas do farmacêutico.
- Resolução nº 586 de 2016 do Conselho Federal de Farmácia: regulamenta a prescrição farmacêutica como prerrogativa do farmacêutico legalmente habilitado e registrado no Conselho Regional de Farmácia de sua jurisdição. De acordo com o Art. 5º, o farmacêutico poderá realizar a prescrição de medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica. Adicionalmente, o Art. 6º regulamenta que o farmacêutico poderá prescrever medicamentos cuja dispensação exija prescrição médica, desde que condicionado à existência de diagnóstico prévio e apenas quando estiver previsto em programas, protocolos, diretrizes ou normas técnicas, aprovados para uso no âmbito de instituições de saúde ou quando da formalização de acordos de colaboração com outros prescritores ou instituições de saúde.
- Resolução nº 727 de 2022 do Conselho Federal de Farmácia: define e regulamenta a prática da tele farmácia, no intuito de atender às diversas necessidades e realidades dos cidadãos brasileiros, em todos os níveis de atenção à saúde e em todo o território nacional. De acordo com o Art. 2º da resolução, entende-se a tele farmácia como o exercício da farmácia clínica mediado por Tecnologia da Informação e de Comunicação (TIC), de forma remota, em tempo real (síncrona) ou assíncrona, para fins de promoção, proteção, monitoramento, recuperação da saúde, prevenção de doenças e de outros problemas de saúde, bem como para a resolução de

problemas da farmacoterapia, para o uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde.

- Portaria nº 4.379 de 2024 do Ministério da Saúde: estabelece as Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico no âmbito do SUS, direcionando ações e estratégias voltadas ao desenvolvimento do cuidado farmacêutico nos serviços de saúde do SUS. De acordo com o Art. 32º da portaria, cuidado farmacêutico é o modelo de prática profissional que se concretiza por meio de ações e serviços realizados pelo farmacêutico, de forma integrada com as equipes de saúde, voltados ao usuário, à família e à comunidade, visando ao uso seguro e racional de medicamentos e aos melhores resultados em saúde.

Acerca dos aspectos éticos, especificamente das atitudes e comportamentos que devem ser desempenhadas, é de suma importância adotar neutralidade e imparcialidade, a não emissão juízos de valor, principalmente diante de questões de ordem religiosa, social, sexual e moral, assim como recusar desempenhar papéis que o paciente queira impor. Adicionalmente, é importante prezar por uma escuta qualificada e humanizada, em que a existência e as experiências humanas possam emergir como fatos a serem debatidos e valorizados. No contexto do serviço de GTM, a experiência subjetiva com o uso de medicamentos é aspecto central durante a avaliação da farmacoterapia e na elaboração de planos de cuidado.

Frente ao estado de hipervigilância dos profissionais de segurança pública, é importante que, no momento inicial da consulta, seja explicado como será o procedimento e porque ele é importante. Deve ser ressaltado que o sigilo do paciente será respeitado, indicando que as informações fornecidas serão discutidas com o supervisor e não serão repassadas a terceiros. Entretanto, nos casos em que o(a) paciente representar um risco de vida para si mesmo ou para terceiros, o sigilo poderá ser quebrado, e é importante que isso seja explicado para o paciente (Teodoro et al, 2024).

O paciente deve ser esclarecido acerca do processo meticuloso da avaliação clínica farmacêutica, seu objetivo, suas etapas e as responsabilidades envolvidas. Como abordado anteriormente, o objetivo desse serviço é contribuir para otimizar a farmacoterapia, identificando, prevenindo e resolvendo problemas relacionados com o uso de medicamentos que podem comprometer os resultados clínicos esperados. É realizada por meio de

consultas individuais, de cerca de 40 minutos, cuja periodicidade depende dos problemas identificados e das intervenções propostas.

Na primeira consulta será realizada uma avaliação cuidadosa de todos os problemas de saúde e queixas que o paciente apresenta, de todos os medicamentos usados, industrializados ou não, prescritos ou usados por automedicação. Será avaliado se o paciente usa algum medicamento desnecessário, se usa todos os medicamentos que precisa, e se esses são efetivos, seguros e se podem ser usados como indicados. Nos atendimentos subsequentes, as intervenções serão implementadas, os problemas serão reavaliados para verificar os resultados alcançados e novos problemas podem ser encontrados. Trata-se de um processo dinâmico, realizado para todas as condições de saúde que envolvam o uso de medicamentos.

O paciente deve ser orientado em relação às corresponsabilidades na tomada de decisão em relação à farmacoterapia, que inclui o farmacêutico, o próprio paciente e o profissional prescritor. Sempre que for identificado um problema relacionado ao uso de medicamentos, o farmacêutico irá usar a sua expertise e apresentará possíveis soluções para o problema identificado, à luz das melhores evidências disponíveis, e o paciente deve contribuir para a escolha daquela que julgar mais adequada para sua realidade. Caso as opções escolhidas impliquem na alteração de uma prescrição realizada por outro profissional, o farmacêutico irá discutir com esse profissional as sugestões de alteração, em geral por meio de um relatório de atendimento por escrito. A responsabilidade por entregar ao médico o relatório será do próprio paciente, uma vez que concordou previamente com as sugestões descritas no relatório.

O paciente deve compreender a importância de não se distrair durante as consultas com outros aparelhos, como televisão, telefone celular ou computador. Deverá ser realizada verificação em etapas com o paciente antes de começar o processo de avaliação: conferir se ele está em um local em que sua privacidade será mantida, sendo de preferência um local silencioso. É necessária a garantia de que não será interrompido durante o processo por terceiros. É importante recomendar que ele use fones de ouvido e conferir a posição da câmera, pois é recomendada a posição face-a-face. Essas orientações são válidas também para o farmacêutico, que deve garantir que o fundo que aparece na câmera seja neutro, sem excesso de personalização.

4. PROCESSO DE CUIDADO (PROTOCOLO DE ATENDIMENTO)

Durante a provisão do serviço de GTM o farmacêutico clínico utiliza o *Pharmacotherapy Workup* ou PW como método clínico racional para a tomada de decisão sobre medicamentos (Cipolle et al, 2012; Ramalho de Oliveira, 2011). Dessa forma, o profissional é capaz de ofertar um serviço consistente, de forma contínua e padronizada. O arcabouço teórico utilizado propõe um processo de cuidado com todas as etapas que também compõem outras práticas profissionais na área de saúde, como:

1) Avaliação inicial, na qual ocorre a coleta de dados,
2) Avaliação das necessidades do paciente: no caso do cuidado farmacêutico, as necessidades farmacoterapêuticas e a identificação de problemas relacionados ao uso de medicamentos,
3) Desenvolvimento e implementação do plano de cuidado para resolver/prevenir os problemas identificados,
4) Acompanhamento do paciente para avaliar os resultados obtidos com as intervenções propostas.

Essas etapas são interligadas e requerem uma abordagem sistemática e baseada em evidências, que considera tanto os aspectos clínicos quanto as experiências do paciente (Ramalho de Oliveira, 2011; Cipolle, Strand, Morley, 2012; Mcinnis, Strand, Webb, 2012; ACCP, 2014ab, ACCP, 2018) (FIGURA 1). Essas etapas, assim como a documentação da prática, serão descritas em detalhes nas próximas seções deste Protocolo.

Figura 1:
Etapas do processo de Cuidado Farmacêutico no serviço de GTM



Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

Cabe ainda salientar que o que separa e diferencia os membros de uma equipe é o problema que cada um deles assume o compromisso de solucionar. No caso específico do GTM, o farmacêutico se responsabiliza por avaliar as necessidades farmacoterapêuticas do paciente, verificar se elas não estão sendo atendidas e, dessa forma, identifica, previne ou resolve os problemas relacionados ao uso de medicamentos que comprometem o alcance dos resultados pretendidos (Quadro 1). Ainda, nesse momento, o profissional verifica se a demanda identificada está no âmbito de sua competência profissional e, nesse caso, usa a sua expertise para solucioná-la ou, ainda, identifica se será necessário encaminhar o paciente para outros profissionais (CFF, 2016).

Quadro 1.
Necessidades dos pacientes relacionadas à farmacoterapia e os problemas relacionados ao uso de medicamentos

Indicação O medicamento é necessário?	Existe uma indicação clínica para cada medicamento em uso
	Estão sendo usados todos os medicamentos necessários para as condições clínicas apresentadas
Efetividade O medicamento é efetivo?	Os medicamentos usados são os mais efetivos para o alcance dos objetivos terapêuticos
	As doses dos medicamentos são suficientes para alcançar os objetivos terapêuticos
Segurança O medicamento é seguro?	Não há sinais de reação adversa e não há o risco desse tipo de evento
	Não há sinais de toxicidade relacionada às doses dos medicamentos usados e não existe o risco desse tipo de toxicidade
Conveniência O paciente consegue aderir ao tratamento?	O paciente está informado, compreende, está disposto e tem condições de usar os medicamentos como recomendado, incluindo nesse tópico o acesso aos medicamentos

Fonte: Adaptado de Cipolle, Strand Morley (2004); Ramalho de Oliveira (2011).

Os serviços clínicos descritos pelo Conselho Federal de Farmácia no documento “Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual” (CFF, 2016), serão abordados neste Protocolo como atividades clínicas que podem ser executadas no contexto do serviço de GTM, a partir das demandas apresentadas pelo paciente e inseridas no processo de cuidado já descrito. Assim, essas atividades contribuem, por exemplo, para a execução das etapas de coleta de informações (conciliação medicamentosa), avaliação e identificação de problemas (revisão da farmacoterapia) e na implantação do plano de cuidado (educação em saúde).

Documentação da prática

Antes de entrar especificamente nas etapas do processo de cuidado adotado é preciso discutir brevemente acerca da documentação da prática que será utilizada durante os atendimentos clínicos.

O modelo de documentação utilizado é dividido em duas partes principais, sendo a primeira composta por documentos já preenchidos pelo paciente ou por outros profissionais e que estão disponíveis para consulta na Plataforma Escuta SUSP. Inclui o Cadastro do paciente (ícone próprio), a Avaliação inicial, a Anamnese da psicoterapia e os Questionários de avaliação clínica (organizados no ícone Sumário do paciente). Todos esses documentos serão usados para elaborar um resumo clínico, essencial no primeiro atendimento, mas que podem ser necessários em atendimentos posteriores. A estrutura do resumo clínico será descrita no Item Avaliação inicial e coleta de informações.

1) **Cadastro:** dados de identificação do paciente, como nome, idade e data de nascimento, sexo, cor, estado civil, escolaridade, contatos (telefone, e-mail). Informações profissionais, como ocupação/patente, instituição a qual o paciente está vinculado, regime de trabalho, se ocupa cargo de chefia, tipo de atividade (se operacional ou não), a escala de trabalho e o tempo de carreira. Elementos da história social: se possui filhos, tipo de moradia (alugada ou própria) e pessoa de contato, em caso de necessidade de ações de suporte à vida.
2) **Avaliação inicial:** motivo de procura pelo Escuta SUSP e as metas desejadas, problemas no trabalho, problemas de relacionamento, problemas financeiros, auto relato de problemas psicológicos (ansiedade, depressão etc.), se já esteve em tratamento psicológico, se já esteve em tratamento psiquiátrico, se faz uso de medicamentos regularmente, se faz uso de bebidas alcoólicas, de cigarro ou de outras drogas/substâncias ilícitas, questões relacionadas ao padrão de sono, se realiza exercícios físicos, auto avaliação da qualidade das refeições, história clínica pregressa, auto avaliação da saúde, com quem mora, história clínica familiar, incluindo transtornos psiquiátricos, rede de apoio, incluindo familiar, social e religiosa.
3) **Anamnese da psicoterapia:** motivo de procura pelo serviço e metas; histórico de saúde pessoal; histórico de licença médica por motivos de doença, acidente ou lesão nos últimos doze meses, por motivos

pessoais ou de família; histórico de saúde familiar (incluindo abuso de álcool, drogas ou outras substâncias); rastreio dos principais sintomas de adoecimento, incluindo: uso de substâncias (álcool, cigarro e drogas ilícitas, incluindo padrão de consumo e motivação de uso) e exaustão emocional e física; sintomas de transtornos psiquiátricos como ansiedade e depressão (humor, ansiedade, apetite, concentração, choro, pensamentos negativos sobre si mesmo), estresse pós-traumático; perspectivas de futuro; dados da rotina (lazer, estudo); satisfação com o trabalho; exame do estado mental/psíquico (consciência, orientação, atenção, memória, sensopercepção, pensamento, linguagem, inteligência, juízo de realidade, vida afetiva, volição, psicomotricidade, sentimentos de contratransferências); desejo de ajuda.

4) **Questionários:** são instrumentos objetivos de avaliação psicológica, descritos no Anexo 1, dentre eles: *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), *International Trauma Questionnaire* (ITQ), *General Anxiety Disorder* (GAD-7), Escala de Avaliação da Síndrome de Burnout na Segurança Pública (EASB).

A segunda parte do sistema de documentação foi desenvolvida especialmente para dar suporte ao serviço de GTM. A documentação do cuidado é uma das etapas fundamentais de qualquer serviço clínico, por inúmeros motivos. Em primeiro lugar, documentar o que é feito com o paciente é uma questão ética. O paciente tem o direito de ter um registro detalhado do que aconteceu no momento da prestação do serviço, que permita inclusive a disponibilização de um plano personalizado que ele possa consultar quando necessário. Em segundo lugar, a documentação fornece um respaldo legal para ambos, pacientes e profissionais, pois é a prova do exercício profissional e permite demonstrar que o farmacêutico adere aos dispositivos/regulamentos legais relacionados à sua prática profissional. Além disso, é fundamental para a gestão da prática, permitindo a continuidade do cuidado, a avaliação dos resultados obtidos e a provisão de um serviço de qualidade, que pode ser constantemente avaliado e melhorado.

Desenvolver um modelo de documentação útil ao propósito a que se destina, aplicável na rotina diária e de fácil manejo pelos profissionais que ofertam um serviço de GTM é um grande desafio, uma vez que se trata de uma prática holística, na qual toda a farmacoterapia será avaliada, não apenas

os medicamentos prescritos ou para uma determinada condição de saúde. Isso gera um grande volume de informações, que precisa ser organizado adequadamente, para que o profissional, dentro da sua prática, consiga preenchê-lo e obter as informações importantes para sua tomada de decisão em relação à farmacoterapia. Além disso, deve ser reprodutível, para que outros profissionais da equipe consigam compreender o que foi feito com este paciente no serviço de GTM. Ele foi desenvolvido a partir de um modelo validado pelos farmacêuticos do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEAF) da UFMG e adaptado para se integrar ao sistema informatizado do Escuta SUSP, previamente desenvolvido. Esse modelo contribui para a coleta de informações de forma sistemática e padronizada durante o atendimento, agilizando o processo e tornando-o mais fidedigno, com menos omissões e erros em decorrência de vieses de memória.

1) **Formulário sobre comorbidades:** estarão descritas as informações preenchidas pelo paciente previamente ao atendimento. Esse formulário contém informações relevantes sobre os problemas de saúde autorrelatados e está disponível na aba Questionários.
2) Na aba **Anotações**: há um espaço, na forma de um texto livre, para o registro de um resumo clínico e anamnese farmacêutica.
3) Na aba **Medicamentos**: estarão registrados os dados descritos pelo paciente, o que inclui apenas o nome do medicamento, forma farmacêutica e quantidade por unidade posológica. Essas informações poderão ser alteradas pelo farmacêutico no momento do atendimento. No sistema de documentação desenvolvido para o projeto Escuta SUSP, todos os medicamentos comercializados no Brasil já estão listados no programa, com o nome do princípio ativo, a forma farmacêutica, a unidade posológica e os nomes comerciais disponíveis no mercado.
4) Na aba **Plano de cuidado**: a organização das informações segue o registro orientado por problema (SOAP), no qual cada letra corresponde a um tipo de informação (S = dados subjetivos; O = dados objetivos; A = avaliação e conclusões; P = plano de cuidado) (Massad et al, 2003). Será realizado um registro adaptado do SOAP para cada condição de saúde/motivo de uso de medicamentos, registrados separadamente. Para cada uma delas serão elencadas as seguintes informações: farmacoterapia em uso, parâmetros de efetividade, segurança e adesão (parâmetros subjetivos e objetivos),

problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) identificados (avaliação), condutas para resolução dos PRM identificados, outras condutas que fazem parte do plano de cuidado, a situação clínica e a situação farmacoterapêutica do paciente

Nos atendimentos de retorno, todas as informações preenchidas no atendimento anterior serão resgatadas e poderão ser modificadas de acordo com o desenrolar do atendimento.

Coleta de dados e anamnese

O objetivo dessa etapa é coletar e interpretar as informações objetivas e subjetivas acerca do paciente com o intuito de compreender a história clínica, medicamentosa e o estado de saúde atual do paciente. Esses dados permitem que o farmacêutico determine se todas as necessidades terapêuticas estão sendo atendidas e, em caso negativo, identifique PRM (JCPP, 2014; Ramalho de Oliveira, 2011).

A avaliação inicial é o momento de conhecer o paciente, iniciando uma relação terapêutica e compreendendo o motivo do encaminhamento pelo serviço de Psicologia ou Psiquiatria do Escuta SUSP, bem como o que o paciente necessita/quer/espera do atendimento com o farmacêutico clínico, uma vez que aceitou o encaminhamento e marcou o atendimento. Essa informação direcionará a coleta de dados durante a entrevista e a tomada de decisão profissional, sendo uma forma de priorizar as demandas, caso existam muitos PRM a serem resolvidos. Dessa forma, caso não sejam encontrados PRM graves, que demandem uma intervenção imediata, o profissional implementará intervenções que busquem resolver o PRM responsável pela queixa principal do paciente (Ramalho de Oliveira, 2011).

Nesse momento, o farmacêutico clínico deverá também explicar de forma clara e sucinta os objetivos do serviço, as suas etapas e as responsabilidades de cada uma das partes. Assim, é importante explicar que o serviço tem como objetivo garantir que o paciente consiga os melhores resultados com seus medicamentos e, para isso, será necessário conhecer aspectos acerca dos medicamentos usados, das condições de saúde e de exames laboratoriais ou clínicos que possam contribuir para a avaliação da efetividade e segurança dos tratamentos. O farmacêutico irá solicitar que o paciente anexe as últimas prescrições e exames laboratoriais na plataforma.

Após a coleta dessas informações, o farmacêutico, em conjunto com a supervisão clínica, irá traçar um plano de cuidado. Esse será então discutido com o paciente, que irá avaliar as opções apresentadas e quais delas podem ser mais adequadas para a sua vida. Por se tratar de uma prática centrada na pessoa, o compartilhamento de decisões é etapa fundamental. Por isso, o paciente precisa também ser esclarecido acerca da sua responsabilidade em relação às decisões compartilhadas. Ele precisa estar ciente de que o farmacêutico, quando identificar a necessidade de sugerir alterações na farmacoterapia prescrita, o fará por meio de um encaminhamento aos médicos responsáveis pela prescrição. Ainda, poderá fazer relatórios de encaminhamento para os psicólogos e psiquiatras do Escuta SUSP.

No âmbito do Escuta SUSP, o farmacêutico clínico terá vários dados importantes para a sua avaliação clínica disponíveis no sistema (Cadastro do paciente, Formulário de comorbidades, Avaliação Inicial, Anamnese da Psicoterapia – Ver o Item Documentação da prática). Esses dados deverão ser consultados antes do atendimento do paciente para a elaboração de um resumo clínico e deverá ser registrado no campo livre **Anotações**, evitando a repetição de questionamentos já realizados por outros profissionais. No resumo clínico serão informados elementos relevantes da histórica clínica que não farão parte do plano de cuidados, uso de substâncias, sono, atividade física e autoavaliação da alimentação, história social, incluindo rede de apoio. Entretanto, caso o farmacêutico julgue necessário confirmar/atualizar as informações poderá fazê-lo, registrando na parte específica da **Anamnese farmacêutica**.

As informações relativas ao tabagismo, uso de álcool ou de substâncias ilícitas, sono, exercício físico, qualidade das refeições, compõe os **Hábitos de vida**, que têm como objetivo conhecer os hábitos do paciente que possam influenciar em sua rotina de tomada de medicamentos, assim como a ingestão de substâncias que possam interagir com os medicamentos usados, ou que possam ser consideradas como fatores de risco para a ocorrência/agravamento de várias condições de saúde (Ramalho de Oliveira, 2011). O tabagismo e o alcoolismo deverão ser classificados como problemas de saúde que exigem um plano de cuidado por parte do farmacêutico. Mesmo que o uso de álcool não seja considerado como um problema de saúde, é preciso avaliar o seu impacto no controle das doenças crônicas, exigindo que o profissional faça as orientações necessárias. As questões relativas à rotina, incluindo os horários da alimentação, de dormir e de acordar serão coletadas junto ao paciente e

registradas, pois são importantes para o aprazamento dos medicamentos. O questionamento relacionado ao uso de substâncias ilícitas seja feito após o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida, respeitando os princípios éticos do cuidado centrado no paciente.

A **História social** visa fornecer elementos acerca da rede de apoio que o paciente possui para os tratamentos/uso de medicamentos.

Ainda no campo **Anotações**, deverão ser registradas informações relativas à **Anamnese farmacêutica**, incluindo o motivo do encaminhamento e motivação e interesse do paciente pelo serviço; a avaliação do profissional quanto a atitude, comportamento, coerência e energia do paciente; dados da história pregressa relativos às doenças graves, história de cirurgias ou hospitalizações; medicamentos de uso eventual; alertas, incluindo a história prévia de reações adversas; revisão de sistemas; dados antropométricos; alertas, exames que não são parâmetros de efetividade/segurança dos medicamentos usados, mas são considerados importantes pelo farmacêutico.

Os dados antropométricos serão coletados por meio do autorrelato do paciente. Esses dados podem ser usados, por exemplo, para avaliar o risco cardiovascular, dentre outras funções.

Algumas situações servem como alertas, como a presença ou a intenção de engravidar, a lactação, a presença de limitações físicas ou cognitivas que possam impactar o uso de medicamentos e a história de reações adversas. São situações que podem ser importantes para a elaboração do plano de cuidado.

A **Revisão de sistemas** compreende uma série de perguntas utilizadas para avaliar os vários sistemas orgânicos com o objetivo de identificar sintomas ou problemas que não foram revelados durante a avaliação conduzida por problema de saúde. Por esse motivo, em geral é realizada ao término do atendimento, para avaliar todos os sistemas, começando pela cabeça e seguindo os diversos sistemas anatômicos (gastrointestinal, cardiovascular, pulmonar, urinário, musculoesquelético, endócrino, pele, entre outros). Para esta coleta de dados deve-se usar perguntas mais gerais como: "Você tem algum problema com sua visão/audição/garganta?" "Você tem algum problema no estômago/pulmão/intestino/fígado/rins?", "Algum problema na pele/unhas?" No caso de resposta positiva por parte do paciente, o farmacêutico deve aprofundar sua avaliação, identificando o início, a gravidade, a frequência e duração; a localização, a característica, os fatores que agravam ou aliviam e os sintomas associados, buscando estabelecer relação temporal com o uso

dos medicamentos (Ramalho de Oliveira, 2011). Para cada achado na revisão de sistemas, o farmacêutico deve responder a duas perguntas:

1) Esse problema/sintoma pode ser causado por medicamento? Em caso afirmativo, o farmacêutico suspeita de um PRM de segurança e deve lançar essa informação no Item segurança do medicamento associado;
2) Esse problema/sintoma pode ser resolvido com o uso de medicamento? Se a resposta for positiva, o farmacêutico suspeita de uma nova condição de saúde e, para tanto, deve registrar uma nova condição no prontuário, com o seu respectivo PRM e conduta.

As informações do resumo clínico e algumas informações da anamnese inicial (medicamentos de uso eventual, história pregressa, história de reações adversas) são documentadas no primeiro atendimento, mas, se necessário, podem ser atualizadas em atendimentos posteriores. Já a avaliação do profissional quanto a atitude, comportamento, coerência, energia, revisão dos sistemas e os exames laboratoriais devem ser documentados em cada atendimento.

Durante a consulta, o farmacêutico terá em mão as informações acerca dos medicamentos informadas pelo paciente (medicamento e apresentação farmacêutica) e a partir desse registro inicia a estruturação de uma lista acurada de todos os medicamentos utilizados pelo paciente, incluindo os medicamentos prescritos, os de venda livre, homeopáticos, fitoterápicos e plantas medicinais, assim como os suplementos nutricionais, usados para cada problema de saúde, compondo o registro da **Farmacoterapia atual** (ACCP, 2018; Cipolle, Strand, Morley, 2012; Ramalho de Oliveira, 2011). Nesse momento, deve confirmar se o paciente realizou o upload das prescrições médicas e exames solicitados no e-mail de marcação da consulta e, de posse dessas informações, deverá confirmar a posologia relatada pelo paciente e a posologia prescrita (no caso de medicamentos prescritos), modo e tempo de uso. Se o paciente não realizou o upload, é importante orientá-lo sobre como realizar o procedimento.

Ainda em relação à **Farmacoterapia atual**, é importante ressaltar a necessidade de fazer perguntas diretas sobre polivitamínicos, medicamentos de pingar, cremes e pomadas, xampus medicamentosos, adesivos, contraceptivos hormonais, vitaminas, suplementos, fitoterápicos ou plantas medicinais, pois muitos pacientes não consideram estes produtos como medicamentos (Brasil, 2014).

Caso seja necessário acrescentar medicamentos à lista, basta clicar no ícone adicionar e escolher o medicamento por meio do seu nome comercial ou princípio ativo.

Se pertinente, ou seja, se medicamentos de uso oral que devem ser ingeridos em jejum ou com alimentos, confirmar com o paciente a forma que ele administra e documentar no campo **Modo de uso**. Considera-se como jejum a ingestão do medicamento uma hora antes ou duas horas depois da refeição. No dia a dia o farmacêutico pode não conhecer a forma correta de administração de alguns medicamentos. Nesse caso, recomenda-se averiguar com o paciente e documentar a informação para que ela seja confirmada posteriormente. Esse campo deve ser usado para todas as demais informações relevantes sobre a forma de uso, como horário de administração, técnica de uso de dispositivos, dentre outras.

Assim, ao comparar os dados relativos aos medicamentos prescritos com as informações relativas ao uso pelos pacientes, o farmacêutico realiza a conciliação de medicamentos, definida como:

> "Serviço pelo qual o farmacêutico elabora uma lista precisa de todos os medicamentos (nome ou formulação, concentração/dinamização, forma farmacêutica, dose, via de administração e frequência de uso, duração do tratamento) utilizados pelo paciente, conciliando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente, de cuidadores, entre outras. Este serviço é geralmente prestado quando o paciente transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde, com o objetivo de diminuir as discrepâncias não intencionais" (CFF, 2016).

Entretanto, ao cuidar do indivíduo por meio do GTM, não basta construir essa lista, é importante usar um processo sistemático de raciocínio clínico para avaliar a necessidade/indicação, efetividade, segurança e conveniência dos medicamentos.

Caso exista discrepância entre a forma de uso relatada e a prescrita, o farmacêutico deve averiguar o motivo pelo qual o paciente altera a sua prescrição, seja devido às crenças, reações adversas, dificuldades de aquisição ou de uso. Se o paciente não estiver atingindo os objetivos terapêuticos, essa informação é importante para guiar as intervenções futuras.

O **Tempo de uso** é importante para definir se o medicamento é efetivo ou não, ou se existe a associação entre uma queixa com o medicamento,

caracterizando um possível problema de segurança. Muitas vezes, essa informação será registrada de forma aproximada, quando o paciente fizer uso do medicamento por um longo período. É importante registrar quando ocorreu uma alteração na dose do medicamento ou na forma de uso para reavaliar a efetividade do tratamento; assim, esse campo deverá ser atualizado sempre que necessário nos atendimentos posteriores.

Após atualizar e validar toda a lista de medicamentos usados e prescritos, o farmacêutico continuará a anamnese por problemas de saúde/motivo de uso dos medicamentos, o que inclui as doenças diagnosticadas, assim como sinais e sintomas relatados pelo paciente. Do ponto de vista farmacêutico, o objetivo é relacionar estes problemas aos medicamentos usados pelo paciente, bem como aqueles causados ou agravados pela falta de uso dos medicamentos (Brasil, 2014). No sistema de documentação do Escuta SUSP, na aba **Planos de cuidado**, o profissional irá clicar no ícone adicionar para incluir o nome da condição de saúde/motivo de uso de medicamento, a história clínica e medicamentosa e os medicamentos em uso. O objetivo terapêutico, a situação clínica, a situação farmacoterapêutica, a data de reavaliação e outras condutas pertinentes para o plano de cuidado da condição avaliada serão descritos com maiores detalhes ao longo do item **Elaboração e implantação de um plano de cuidados**.

O profissional deve ficar atento pois a consulta é dinâmica e as informações vão surgindo em diferentes momentos; desse modo, várias vezes o farmacêutico poderá voltar para campos já coletados para complementar informações relatadas pelo paciente em outros momentos da consulta. Portanto, é essencial que o farmacêutico conheça o seu processo de documentação detalhadamente. É importante salientar, ainda, que para evitar a perda de informações, é essencial salvar as informações antes de navegar por outras partes do prontuário, pois o salvamento não é automático.

O mais importante nesta etapa é escutar, intercalando perguntas abertas que permitam que o paciente conte a sua história, com as perguntas fechadas, relacionadas às informações essenciais acerca dos medicamentos usados e a evolução de cada condição de saúde. Esta é a etapa mais importante do ciclo de cuidado, uma vez que todas as decisões tomadas nas etapas posteriores dependerão da qualidade das informações coletadas nessa etapa. É essencial compreender a farmacoterapia, como o paciente toma decisões sobre seus medicamentos e como os sinais e sintomas estão evoluindo até o momento presente (Ramalho de Oliveira, 2011).

A construção da **História clínica** atual e pregressa do paciente, por condição de saúde, se inicia com a descrição, de forma aproximada, do ano do diagnóstico, da situação clínica na qual o paciente se encontrava quando foi realizado, dos procedimentos médicos realizados, como cirurgias, exames de imagem e procedimentos invasivos pertinentes a cada problema de saúde, tentando identificar aproximadamente o ano em que isso ocorreu e a evolução clínica o longo do tempo. Nesse momento, o paciente descreve a sua evolução ao longo do tempo, sendo oportunidade para o farmacêutico compreender e documentar a **História medicamentosa pregressa**, ou seja, quais medicamentos o paciente já usou para aquela condição de saúde e a resposta obtida, o que pode contribuir para a tomada de decisão em relação à farmacoterapia. Assim, é importante registrar o que foi utilizado, a resposta, quando ocorreu a alteração e o motivo da alteração. Entretanto, embora essa informação seja especialmente útil no planejamento de novas intervenções, em geral as informações são escassas em decorrência da limitação da memória e desconhecimento do paciente em relação à sua farmacoterapia pregressa.

A **História familiar** busca identificar os problemas de saúde que acometeram os familiares do paciente, o que pode contribuir para a avaliação de risco e influenciar a escolha da melhor alternativa terapêutica para o paciente. Assim, para doenças nas quais seja importante o componente familiar, verifica-se a existência em parentes de primeiro grau. Também compõe o campo História clínica e medicamentosa.

O farmacêutico irá adicionar os medicamentos usados para o problema de saúde, clicando no ícone adicionar, e irá aparecer a lista de medicamentos validada na etapa anterior. Ao escolher o ícone que indica uma seta, aparecerá para o farmacêutico os campos relacionados a efetividade, segurança, dificuldades com o uso, incluindo questões relativas ao acesso aos medicamentos. Serão preenchidos também os itens PRM e sua causa, que estão descritos de forma mais detalhada no item **Avaliação das necessidades farmacoterapêuticas e identificação dos PRM**. Já os itens conduta e a situação do PRM, estão descritos no item **Elaboração e implantação de um plano de cuidados**.

A **Efetividade** do tratamento é determinada pela melhora nos sintomas/sinais do paciente ou pela melhora nos resultados dos exames laboratoriais. Sempre é importante avaliar a efetividade por meio da perspectiva do paciente e do farmacêutico. A percepção do paciente em relação à efetividade pode ser averiguada por meio de questões como: “Você notou alguma melhora?

Qual?", "Você acha que seus medicamentos estão funcionando para você?"

Já para avaliar a efetividade do medicamento na perspectiva profissional, são usados os parâmetros de monitorização, que podem ser subjetivos (sinais/sintomas) ou objetivos (exames clínico laboratoriais apresentados pelo paciente), definidos em diretrizes clínicas atualizadas para cada condição de saúde avaliada. Os principais parâmetros relacionados à efetividade dos medicamentos usados no tratamento das condições que afetam a saúde mental estão descritos no Apêndice A. Para a avaliação das condições relacionadas à saúde mental serão usados os **Instrumentos objetivos de avaliação psicológica**, descritos no Anexo 1, dentre eles:

1) Patient Health Questionnaire (PHQ-9),
2) International Trauma Questionnaire (ITQ),
3) General Anxiety Disorder (GAD-7),
4) Escala de Avaliação da Síndrome de Burnout na Segurança Pública (EASB).

Esses instrumentos serão usados como parâmetros de efetividade dos tratamentos já em curso. O farmacêutico clínico deve se atentar para a relação temporal entre a aplicação do instrumento e o início/alteração dos tratamentos farmacológicos, incluindo a forma de uso pelo paciente, para que possa avaliar de forma adequada a resposta ao tratamento. Ainda, caso julgue necessário, poderá pedir para o paciente reaplicar os instrumentos.

A **Segurança** do medicamento é determinada pela piora no quadro clínico do paciente ou alteração negativa nos resultados dos exames laboratoriais que indicam o desenvolvimento de efeitos indesejáveis dos medicamentos. Também deve ser avaliada a partir da perspectiva do paciente e do profissional, sendo que no primeiro caso pode-se perguntar: "Você experimentou algum efeito indesejável que acredita possa estar associado com algum dos seus medicamentos?" "Você tem alguma preocupação com relação aos seus medicamentos?".

Já na perspectiva profissional, são avaliados sinais/sintomas ou alterações nos resultados de exames clínicos e/ou laboratoriais, a maioria devido às ações farmacológicas esperadas do medicamento, já documentados na literatura e que devem ser elencados para acompanhar a segurança do medicamento para o paciente em questão (Ramalho de Oliveira, 2011). É importante lembrar que a presença de comorbidades pode tornar um medicamento inseguro para determinado paciente, sem se constituir em uma contraindicação

para o seu uso, mas que demanda uma monitorização mais frequente. Os principais parâmetros relacionados à segurança dos medicamentos usados no tratamento das condições que afetam a saúde mental estão descritos no Apêndice B. Os parâmetros para os demais medicamentos deverão ser consultados nas diretrizes específicas.

A **Adesão** ao tratamento é avaliada durante toda a entrevista, por meio da narrativa que o paciente vai construindo acerca de cada medicamento investigado. Portanto, muitas vezes essa informação aparece de forma espontânea durante a entrevista. Caso o paciente não relate esse tipo de situação vale a pena investigar as dificuldades que pode apresentar para usar o medicamento, por meio de alguns questionamentos, como por exemplo: "Você tem dificuldade em usar este medicamento? Se sim, qual dificuldade?" "Você costuma esquecer-se de tomá-los? Com que frequência?" As questões relativas à essas dificuldades podem indicar para o farmacêutico situações que levam o paciente a não aderir ao tratamento proposto. Essa mesma abordagem deve ser realizada para cada medicamento usado.

Serão avaliadas também questões específicas relacionadas ao acesso aos medicamentos, por meio das seguintes questões:

1) Você tem alguma dificuldade para conseguir os medicamentos? Se sim, qual(is)? Pode marcar mais de uma opção:
   - Tem dificuldade para marcar a consulta e conseguir a receita médica
   - Tem dificuldade para conseguir o medicamento no SUS (nos casos em que ele está disponível)
   - Tem dificuldade para comprar o medicamento
   - Tem alguma outra dificuldade. Qual? – campo aberto para especificar
2) Outras considerações sobre acesso a medicamentos – campo aberto.

Muitas vezes, na realidade dos serviços de saúde, o farmacêutico não consegue completar a anamnese com todas as informações na primeira consulta. Nesses casos, a sugestão é priorizar a investigação detalhada dos problemas de saúde e medicamentos usados, uma vez que essas informações são essenciais para o processo de tomada de decisão. Assim, o farmacêutico pode ser resolutivo já identificando pelo menos algum PRM e propondo intervenções, o que é o coração da sua prática e a sua contribuição diferenciada para o cuidado das pessoas.

A **Experiência subjetiva com o uso do medicamento** engloba as expectativas, as preocupações, as crenças, as informações ético culturais e religiosas, as preferências, o nível de entendimento sobre os medicamentos de forma geral ou a algum medicamento em particular (Shoemaker e Ramalho de Oliveira, 2008; Ramalho de Oliveira, 2009b; Shoemaker et al., 2011). Todas essas questões se traduzem em uma forma de experienciar o uso dos medicamentos e podem determinar a atitude do paciente em relação aos seus medicamentos, influenciando as suas decisões e o seu comportamento frente ao tratamento recomendado (Nascimento, Silva, Ramalho de Oliveira, 2020; Nascimento, Ramalho de Oliveira, 2021).

Entretanto, essas experiências não são identificadas por meio de perguntas feitas diretamente ao paciente, mas por julgamentos e conclusões às quais o farmacêutico deve chegar durante ou ao final da avaliação inicial. São experiências que emergem na história do paciente e devem ser observadas pelo farmacêutico. Expressões do tipo "Eu estou tomando muitos remédios" ou "Eu não posso ficar sem este medicamento" ou "Eu não gosto de muita química, prefiro coisas naturais" representam algumas formas que o paciente atribui significados ao medicamento, sendo consideradas manifestações de experiências com medicamentos. Este é um conceito chave para a avaliação dos problemas relacionados ao uso de medicamentos e para a construção de um plano de cuidado centrado no paciente. Nesse contexto, o farmacêutico pode usar uma técnica de entrevista, questionando: "A partir do que conversamos, posso entender que você se sente (denominar o sentimento/experiência) em decorrência do uso desse medicamento?" "A partir do que conversamos, posso entender que você adota tal conduta em relação ao uso desse medicamento?"

A avaliação inicial do paciente está programada para durar cerca de 40 minutos, e, a seguir, o profissional deverá dispor de mais 20 minutos para terminar a documentação da prática.

Avaliação das necessidades farmacoterapêuticas e identificação dos PRM

A etapa de avaliação das necessidades e identificação de problemas apenas será executada de forma adequada se a coleta de informações tiver ocorrido de forma eficiente. Nessa etapa o profissional, com as informações coletadas, utiliza um processo lógico, sistemático e reprodutível para avaliar

se todas as necessidades farmacoterapêuticas do paciente (indicação, efetividade, segurança e conveniência) estão sendo atendidas. Para tanto, o profissional compara os resultados esperados para a situação clínica em questão (objetivos terapêuticos), com os resultados obtidos pelo paciente. Nesse sentido, ao realizar essa etapa do processo de cuidado, o farmacêutico realiza a revisão da farmacoterapia, processo pelo qual o profissional:

> "Faz uma análise estruturada e crítica sobre os medicamentos utilizados pelo paciente, com os objetivos de minimizar a ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, melhorar a adesão ao tratamento e os resultados terapêuticos, bem como reduzir o desperdício de recursos." (CFF, 2016)

Da mesma maneira que discutido anteriormente em relação à conciliação medicamentosa, a revisão da farmacoterapia no contexto do GTM é realizada com o intuito de otimizar a farmacoterapia e não é realizada como uma atividade separada de todo o processo de cuidado. Trata-se de uma de suas etapas.

Caso essas necessidades não sejam atendidas o farmacêutico clínico identifica um PRM e sua respectiva causa (Quadro 2). Na plataforma, ao escolher o PRM, automaticamente serão listadas as possíveis causas para o PRM em questão.

Quadro 2.
Necessidades farmacoterapêuticas, problemas relacionados ao uso de medicamentos e possíveis causas

Necessidade farmacoterapêutica	PRM	Causa
Indicação / Necessidade	Tratamento farmacológico desnecessário	• Ausência de indicação clínica • Uso de múltiplos medicamentos (duplicidade terapêutica) • Terapia não medicamentosa mais apropriada • Tratamento de reação que poderia ter sido prevenida • Uso recreativo/abusivo
	Necessita de medicamento	• Transtorno não tratado • Tratamento profilático para reduzir o risco de outros problemas • Tratamento adicional para obter efeito sinérgico ou adicional
Efetividade	Medicamento inefetivo	• Existência de um medicamento mais efetivo • Medicamento não efetivo (Transtorno refratário) • Forma farmacêutica inadequada
	Dose baixa	• Dose menor que a necessária para obter o efeito desejado • Frequência de administração inadequada (intervalo maior) • Interação medicamentosa que reduz quantidade de fármaco • Duração do tratamento menor que a necessária • Armazenamento incorreto do produto • Administração incorreta

Segurança	Reação adversa ao medicamento	• Efeito indesejável não é relacionado com a dose • Medicamento inseguro para o paciente • Interação causa reação que não é dose relacionada • Administração incorreta • Regime posológico alterado rapidamente (aumento ou redução) • Reação alérgica ao medicamento
	Dose alta	• Dose alta • Frequência de administração inadequada (intervalo menor) • Duração do tratamento maior que a necessária • A interação causa uma reação dose relacionada
Conveniência	Não adesão / Acesso	• O paciente não compreendeu as instruções • O paciente prefere não utilizar • O paciente esquece de utilizar • Impossibilidade de deglutição ou administração • O produto não está disponível para o paciente • O paciente não consegue adquirir o medicamento

Fonte: Adaptado de Cipolle, Strand Morley (2004); Ramalho de Oliveira (2011).

Esse trabalho cognitivo é denominado "*Pharmacotherapy workup*" e é uma maneira disciplinada e sistemática de avaliar a farmacoterapia. Esse processo pode ser dividido em quatro perguntas principais que o farmacêutico deve fazer durante a avaliação de cada medicamento:

1. O medicamento é necessário (indicado) no momento para a condição do paciente, considerando as diretrizes clínicas atualizadas?

Um medicamento só deve ser utilizado se houver evidência de que ele trará benefício terapêutico. Ainda, deve-se avaliar se o paciente pode se beneficiar de medicamentos adicionais e se o paciente está em uso de medicamentos desnecessários no momento.

2. O medicamento é efetivo (ou tem tudo para ser efetivo, considerando as melhores evidências científicas)?

Mesmo que um medicamento seja indicado ele deve ser efetivo para a condição específica a qual se destina. Vários fatores podem influenciar essa avaliação como: a existência de medicamentos mais efetivos para a condição, o uso de dose menor ou de intervalo maior que o recomendado, o uso de formas farmacêuticas incorretas e a presença de interações medicamentosas.

As doses iniciais, usuais e máximas, assim como o escalonamento de doses para os medicamentos usados nos transtornos psiquiátricos estão descritos no Apêndice A – Parâmetros de efetividade.

3. O medicamento é seguro (ou tem tudo para ser seguro, considerando as melhores evidências científicas)?

Mesmo que o medicamento seja indicado e efetivo, ele deve ser seguro para o paciente e fatores, como a presença de comorbidades, a idade, o uso de doses maiores ou de intervalos menores que o recomendado, a alteração muito rápida de doses, ou uso concomitante de outros medicamentos, aumentam o risco de reações adversas e comprometem a segurança.

Os parâmetros de segurança dos principais medicamentos usados no manejo das condições relacionadas à saúde mental estão descritos no Apêndice B – Parâmetros de Segurança. Os parâmetros para as demais condições de saúde deverão ser consultados nas diretrizes específicas.

4. O paciente está aderindo ao tratamento (ele compreende, deseja e consegue usar o medicamento como recomendado)?

Mesmo que o medicamento seja indicado, e possa ser efetivo e seguro para o paciente em questão, se o paciente não o utilizar corretamente, os benefícios do tratamento podem não ser alcançados. A falta de adesão ao tratamento é um problema comum, especialmente em pacientes com doenças crônicas, e pode resultar em complicações graves e desfechos negativos (WHO, 2003). Existem evidências de que a exposição aos serviços de GTM melhoram a adesão ao tratamento de várias doenças crônicas

(Brummel, Carlson, 2016). São fatores que influenciam a adesão ao tratamento: esquecimento, a complexidade do regime terapêutico, acesso ao tratamento, o custo do medicamento, a compreensão do paciente, assim como suas preferências.

A ordem da avaliação (indicação, efetividade, segurança e conveniência) é intencional e delineada para orientar o farmacêutico clínico na determinação da adequação de cada medicamento. Assim, é preciso determinar se a indicação de um medicamento é correta antes que a efetividade, a segurança e a adesão sejam consideradas, e assim sucessivamente (ACCP, 2018; Ramalho de Oliveira, 2011).

Por fim, quando todos os medicamentos foram avaliados e ainda existam condições de saúde sem tratamento farmacológico, o farmacêutico clínico deve verificar se existe a necessidade de introduzi-los, identificando, assim, um transtorno não tratado que necessita de um medicamento.

Estabelecer o **Objetivo terapêutico** é um passo essencial para que o usuário, o farmacêutico e a equipe de saúde trabalhem juntos no sentido de atingir o benefício máximo com a terapia medicamentosa em questão. São oriundos de ensaios clínicos, estudos epidemiológicos e consensos de especialistas nacionais e internacionais. São estabelecidos para cada condição clínica/motivo de uso de medicamento e devem ser descritos em termos de parâmetros clínicos observáveis ou mensuráveis (sintomas com significado clínico, estágios das doenças), parâmetros fisiológicos e bioquímicos (anormalidades em exames e de funções fisiológicas), anormalidades físicas e na capacidade funcional do indivíduo. Ainda, vários parâmetros subjetivos também podem ser usados, como escores de sintomas, queixas subjetivas, e uma série de indicadores psicológicos como os instrumentos padronizados para avaliação da saúde mental e que serão utilizados no âmbito do Escuta SUSP. Dessa forma, auxiliam o farmacêutico clínico a responder as questões relativas à efetividade do tratamento farmacológico.

Ainda, o objetivo terapêutico deve ser realista em relação às capacidades reais e potenciais do paciente de atingi-los e ser alcançável com relação aos recursos disponíveis para ele. Por esse motivo, devem ser negociados com o paciente e com os outros profissionais de saúde e devem ser reavaliados durante a elaboração do plano de cuidado (Ramalho de Oliveira, 2011).

Elaboração e implantação de um plano de cuidado

O plano de cuidado consiste no conjunto de ações pactuadas com o paciente ao final da consulta, bem como a redefinição das metas terapêuticas a serem atingidas de acordo com a realidade de cada paciente (BRASIL, 2014). O plano de cuidado tem como objetivo determinar, com o paciente, como controlar seus problemas de saúde com a farmacoterapia e inclui todo o trabalho que é necessário para atingir este objetivo. Deve ser elaborado um plano de cuidado para cada condição clínica manejada com medicamentos, independente da ocorrência de problemas relacionados ao uso de medicamentos. Quando existir uma condição clínica não manejada com medicamentos, mas que o farmacêutico julga que deva sê-lo (ou seja, quando há um problema do tipo "necessita medicamento", também deve ser elaborado um plano de cuidado (Ramalho de Oliveira, 2011).

Quando há a identificação de problemas relacionados com o uso de medicamentos (PRM), que se traduzam em danos reais ou potenciais para o paciente, o farmacêutico clínico precisa pensar em alternativas terapêuticas para sua resolução ou prevenção. As intervenções podem ser recomendações feitas diretamente ao paciente e/ou ao médico, com o objetivo de resolver os PRM identificados e alcançar os objetivos terapêuticos. Devemos ainda enfatizar que a resolução dos PRM é a prioridade do plano de cuidado, porque estes interferem ou inibem o processo para alcançar os objetivos terapêuticos e atender às necessidades farmacoterapêuticas do paciente.

No campo **Condutas** da documentação do GTM deve-se registrar as condutas planejadas/implantadas para a resolução dos PRM identificados, que devem ter relação direta com o PRM e a causa identificada. A conduta deve ser descrita de forma completa para o adequado entendimento e deve ser assinalado se ela foi implantada ou não, para permitir a posterior avaliação dos resultados do serviço realizado.

Existem várias intervenções que o farmacêutico pode recomendar em relação à farmacoterapia, ou mesmo realizar diretamente com o paciente, respeitando seu âmbito de atuação profissional e os acordos de colaboração, dentre elas (CFF, 2013 a,b):

1. Mudanças nos medicamentos: troca de medicamentos que não estão alcançando os efeitos desejados ou que estão causando efeitos adversos.

2. Ajustes de dose ou adição de medicamentos: aumentos ou reduções de dose com base na resposta do paciente e nos parâmetros clínicos.
3. Mudanças na forma de administração: para melhorar efetividade, a segurança ou a adesão ao tratamento.
4. Educação e suporte adicional: para os pacientes que não compreendem totalmente as instruções ou estão tendo dificuldades para seguir o plano de cuidados.
5. Prescrição de medicamentos isentos de prescrição para o manejo de condições de saúde autolimitadas.

No processo de cuidado do paciente do serviço de GTM, após avaliar o paciente e determinar a presença ou não de problemas relacionados ao uso de medicamentos (associando estes problemas aos seus respectivos problemas de saúde), é responsabilidade do farmacêutico avaliar e documentar a Situação clínica e a Situação Farmacoterapêutica para cada problema de saúde do paciente (Quadro 3). Para fazer essa avaliação, que deve ser considerada a principal medida de resultado do serviço de GTM, considera-se tanto a clínica do paciente (o alcance ou não dos objetivos terapêuticos traçados) quanto a presença de problemas relacionados ao uso de medicamentos (se será ou não necessário alterar a farmacoterapia do paciente). Assim, indica o declínio, a falta de progresso, o progresso ou o alcance dos objetivos terapêuticos, ou seja, a evolução dos parâmetros clínicos de efetividade e segurança, associado à ação (se necessária) em relação à farmacoterapia.

Quadro 3.
Situação clínica e Situação farmacoterapêutica

Situação clínica	Situação farmacoterapêutica
Os objetivos foram estabelecidos	Recomenda-se iniciar a farmacoterapia
Os objetivos foram alcançados	Recomenda-se o término da farmacoterapia.
Os objetivos foram alcançados	Recomenda-se a manutenção da farmacoterapia.
O progresso é adequado, mas os objetivos terapêuticos ainda não foram alcançados	Recomenda-se a manutenção da farmacoterapia

O progresso é adequado, mas os objetivos terapêuticos ainda não foram alcançados	Recomenda-se ajustes na farmacoterapia para alcançar os objetivos terapêuticos
Não há progresso evidenciado até o momento.	Recomenda-se manter a mesma farmacoterapia para tentar obter um efeito melhor
Piora da saúde enquanto recebia a farmacoterapia	Recomenda-se ajustes na farmacoterapia
Os objetivos não foram alcançados apesar do uso de doses adequadas e pelo tempo adequado.	Recomenda-se descontinuar a farmacoterapia atual e iniciar farmacoterapia diferente
Paciente faleceu durante o acompanhamento	---
Não foi possível avaliar	Não foi possível avaliar

Fonte: Adaptado de Cipolle et al (2012).

O plano de cuidado contempla a continuidade do acompanhamento por meio da programação do retorno do paciente para avaliação de resultados. O farmacêutico deve revisar o progresso do paciente em intervalos regulares para garantir que as intervenções estão funcionando conforme esperado e que as metas estão sendo atingidas. É essencial para que o farmacêutico e o usuário saibam quando esperar a resposta desejada. Na determinação dessa data, deve-se levar em consideração o período mais provável para a observação/mensuração dos efeitos desejados do medicamento, contrabalançando com o tempo mais provável para o aparecimento de efeitos indesejáveis da farmacoterapia em questão (Ramalho de Oliveira, 2011). Esses prazos podem variar dependendo da complexidade do caso e do estado de saúde do paciente e estão definidos nas diretrizes clínicas de cada condição de saúde (ACCP, 2018; ACCP, 2014ab; Cipolle, Strand, Morley, 2012; Ramalho de Oliveira, 2011). O campo **Data para avaliação dos resultados** auxilia o farmacêutico a planejar a data dessa reavaliação.

O farmacêutico, assim como os outros profissionais responsáveis pelo cuidado do paciente, pode identificar **Outras condutas**, ou seja, intervenções que não visam diretamente resolver os problemas relacionados ao uso de medicamentos, mas que são importantes do ponto de vista do cuidado. Incluem medidas não farmacológicas, educação em saúde acerca das doenças, acerca da necessidade de monitorização, encaminhamento para outros profissionais, dentre outras.

Reavaliação do paciente

A última etapa do processo de cuidado farmacêutico é a avaliação de resultados. Esta etapa é fundamental para determinar se as intervenções realizadas no plano de cuidados estão funcionando conforme o esperado e se os PRMs identificados foram resolvidos. O farmacêutico não está oferecendo um serviço de GTM, fundamentada nos pilares do *Pharmaceutical care*, a menos que acompanhe o paciente para determinar o que realmente aconteceu como resultado de suas decisões clínicas e de seus planos com o paciente. É preciso considerar que as decisões clínicas tomadas podem produzir um resultado clínico positivo, como desejado, mas também um resultado clínico negativo, ou pode não acontecer absolutamente nada. Portanto, o profissional deve estar preparado para lidar com os resultados das suas decisões. Este é um risco inerente a qualquer prática de cuidado ao paciente (Ramalho de Oliveira, 2011).

Assim, espera-se que o farmacêutico proceda à Avaliação de Resultados durante os retornos do paciente. Cabe salientar que em um determinado retorno não é necessário reavaliar todas as condições de saúde, uma vez que elas podem estar em momentos diferentes de implantação do plano de cuidado. Mas, para as condições elegíveis, o farmacêutico clínico deve avaliar e registrar devidamente no prontuário as modificações nas prescrições, nos parâmetros de efetividade, nos parâmetros de segurança e no comportamento do paciente em relação ao uso de medicamentos. Ainda, o farmacêutico deve avaliar:

1. Resolução dos PRM: Os problemas identificados no atendimento anterior foram resolvidos?
2. Progresso em direção às metas terapêuticas: O paciente está respondendo ao tratamento conforme esperado?
3. Ocorrência de eventos adversos: Surgiram novos problemas relacionados à segurança dos medicamentos que precisam ser gerenciados?
4. Adesão ao regime terapêutico: O paciente continua a seguir o regime terapêutico corretamente, ou surgiram novas barreiras à adesão?
5. Novos problemas clínicos: O paciente apresenta novas condições clínicas/indicação de uso de medicamentos?

Se os objetivos terapêuticos não foram atingidos ou se surgirem problemas adicionais, o plano de cuidado deve ser revisado e ajustado. Por fim, é preciso salientar a importância de documentar a resolução dos PRM identificados no atendimento anterior no campo **Resolvido** para permitir a avaliação da qualidade do serviço prestado.

5. GESTÃO DA PRÁTICA

Um aspecto da gestão da prática do Serviço de GTM ofertada no âmbito do Escuta SUSP diz respeito aos critérios de elegibilidade, ao acesso ao serviço e ao fluxo de atendimento. Os pacientes inicialmente elegíveis para o serviço de GTM serão identificados por meio de um alerta, que será visualizado pelo psicólogo que está atendendo o paciente. Esse alerta será gerado a partir do algoritmo abaixo:

- 2 ou mais doenças
- 3 ou mais medicamentos
- 2 medicamentos + uso de álcool (respostas 'Diariamente' ou 'Algumas vezes na semana' da Questão 5 do formulário Avaliação)
- 2 medicamentos + uso de drogas ilícitas (respostas 'Diariamente' ou 'Algumas vezes na semana' da Questão 7 do formulário Avaliação)
- 2 medicamentos + uso de cigarro (resposta 'Sim' da Questão 6 do formulário Avaliação)

O psicólogo receberá o seguinte texto de alerta: "Esse paciente tem indicação para acompanhamento farmacoterapêutico. Favor apresentar o serviço e agendar a consulta".

Ainda, os psicólogos do Escuta SUSP poderão identificar os usuários que potencialmente se beneficiariam no serviço do GTM ao avaliarem a experiência subjetiva com o uso dos medicamentos, tanto aqueles usados no tratamento das condições de saúde mental, quanto para as demais condições de saúde, e que podem ser expressas por meio da demonstração de expectativas, preocupações e crenças relacionadas ao uso de medicamentos, que possam modular o comportamento do paciente em relação ao uso desses. No **Questionário de avaliação inicial**, há um campo para a o registro das impressões relacionadas ao uso de medicamentos. São exemplos de situações que assinalam a possibilidade de encaminhamento para o serviço de GTM:

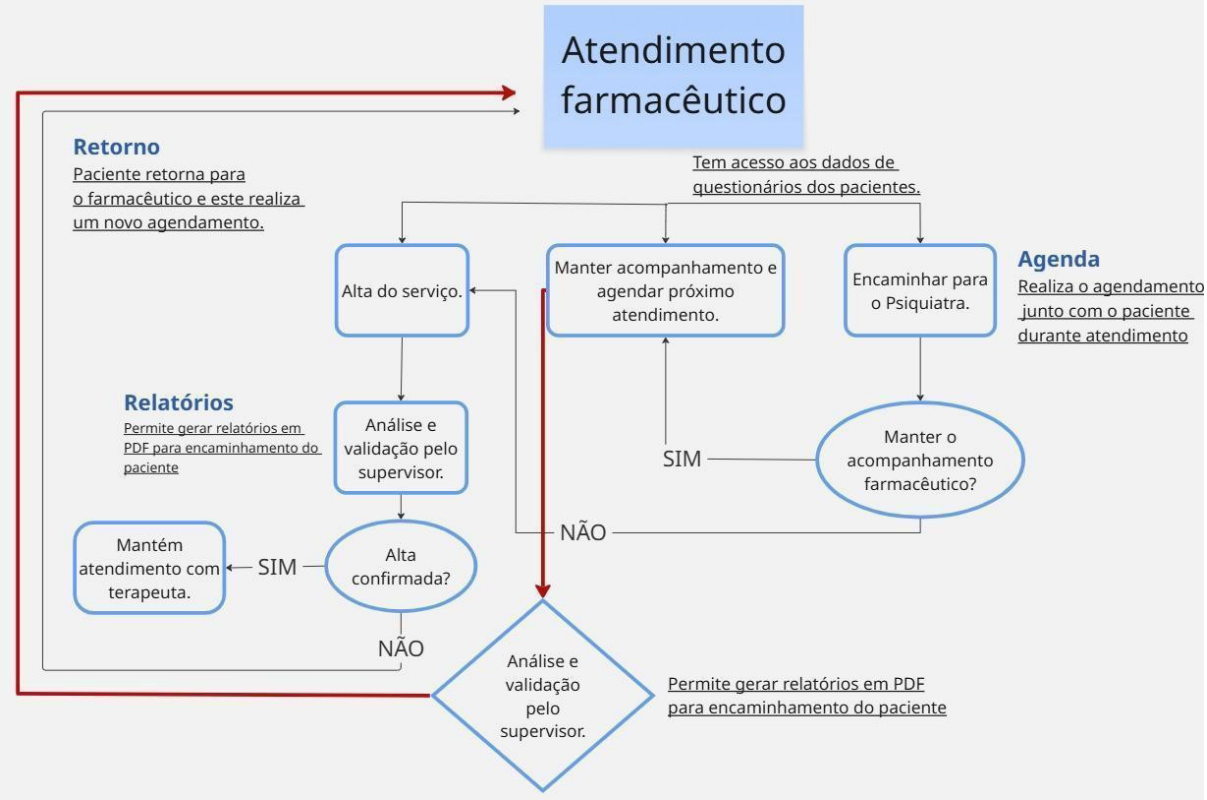
- deixar de usar porque acha que não funciona
- deixar de usar porque tem medo dos efeitos colaterais
- deixar de usar por causa dos efeitos colaterais
- deixar de usar porque não gosta de tomar remédios
- deixar de usar porque acha que medicamentos fazem mal

- ter medo de parar de usar os medicamentos, mesmo quando recomendado pelo médico
- usar medicamentos por conta própria
- alterar a dose prescrita
- consultar a internet ou amigos para usar medicamentos

Os terapeutas que fazem o atendimento em qualquer uma das modalidades previstas no Escuta SUSP e em qualquer momento durante os atendimentos poderão encaminhar os usuários para o serviço.

Em relação ao fluxo de atendimento, as etapas estão descritas na Figura 2.

Figura 2.
Fluxo de atendimento dos pacientes no serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa



Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

Outro aspecto importante da Gestão da Prática diz respeito aos meios para avaliar a qualidade do serviço. Nesse projeto, o sistema de documentação foi construído para auxiliar na prática clínica, mas também para contribuir para a avaliação da qualidade. É a prova do exercício profissional, sendo

essencial para demonstrar que o profissional adere aos padrões da prática. A documentação é essencial para que o serviço possa ser avaliado quanto sua efetividade e eficiência, além de demonstrar a adesão dos profissionais às normativas vigentes.

6. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM DEPRESSÃO

A depressão afeta cerca de 322 milhões de pessoas no mundo, segundo estimativas, e foi considerada a segunda maior causa de incapacitação mundial até 2020 (Soares; Rodrigues; Pimenta, 2021). No contexto da segurança pública, a natureza da atividade — marcada por exposição constante a ambientes hostis, situações de violência e alta pressão — exerce um impacto significativo sobre a saúde mental dos profissionais da área, fazendo da depressão um dos principais transtornos enfrentados (Peixoto, 2008; Soares; De Assis; Da Roza; Bernardino, 2020). No Brasil, esse cenário é especialmente preocupante, com altas taxas de transtornos mentais, incluindo a depressão, sendo observadas entre os aproximadamente 425 mil policiais militares distribuídos por todas as regiões do país (de Assis; da Roza; Bernardino, 2020).

A recuperação da depressão é possível, e o tratamento adequado, efetivo e seguro desempenha papel essencial nesse processo. Os medicamentos antidepressivos constituem uma das principais estratégias terapêuticas para o tratamento dessa condição de saúde. No entanto, medicamentos que atuam no sistema nervoso estão envolvidos na ocorrência de reações adversas (Fonteles et al, 2009), interações medicamentosas, problemas relacionados à adesão, entre outros. Diante desse cenário, o serviço de GTM pode exercer papel importante na promoção do uso adequado dos medicamentos. A literatura evidencia avanços expressivos na saúde mental após o início do tratamento medicamentoso aliado ao acompanhamento especializado (Peixoto, 2008).

Coleta de dados e anamnese de pacientes com depressão

O processo de cuidado com suas etapas, coleta de informações e anamnese, avaliação da farmacoterapia e identificação de PRM, elaboração, implementação e avaliação do plano de cuidados, está detalhadamente descrito na parte inicial deste Protocolo. Neste Protocolo serão abordadas questões específicas dessas etapas que se relacionam com o GTM para pacientes com depressão.

História clínica da depressão

Como descrito na Seção 4, a plataforma do Escuta SUSP contém dados relevantes para a avaliação clínica que deverão ser consultados antes do atendimento com o intuito de construir a **História clínica atual e pregressa** da depressão, assim como a **História medicamentosa pregressa**. Para tanto, deve adicionar a condição de saúde depressão na aba **Planos de cuidados**.

Especificamente no manejo de pacientes com depressão, cabe atenção às seguintes informações:

- autorrelato de problemas psicológicos (**Avaliação inicial**): se já esteve em tratamento psicológico, se já esteve em tratamento psiquiátrico, se faz uso de medicamentos regularmente, inclusive psiquiátricos.
- sintomas de depressão (humor, ansiedade, apetite, concentração, choro, pensamentos negativos sobre si mesmo), padrão e qualidade do sono, dados da rotina como lazer (**Avaliação inicial** e **Anamnese da psicoterapia**, quando disponível): esses documentos trazem o ponto inicial de referência dos sintomas da depressão, que deverão ser comparados posteriormente com os relatos nos questionários PHQ-9.
- exame do estado mental/psíquico (**Anamnese da psicoterapia**, quando disponível): consciência, orientação, atenção, memória, sensopercepção, pensamento, linguagem, inteligência, juízo de realidade, vida afetiva, volição, psicomotricidade, sentimentos de contratransferência.
- informações sobre o uso de álcool, cigarro ou de substâncias ilícitas, incluindo padrão de consumo e motivação de uso (**Avaliação inicial** e **Anamnese da psicoterapia**, quando disponível): a retirada abrupta de algumas dessas substâncias se associa com o desenvolvimento de sintomas depressivos.
- prática de exercícios físicos (**Avaliação inicial**): pode ser uma importante medida não farmacológica no manejo da depressão.

Com esses dados em mãos, o farmacêutico clínico deve iniciar a anamnese, buscando compreender o motivo da procura pelo serviço de GTM. É importante compreender por que o paciente aceitou o encaminhamento e marcou o atendimento com o farmacêutico.

A seguir, o profissional deve continuar a construir a **História clínica atual e pregressa** para a depressão, assim como a história medicamentosa, confirmando os dados descritos anteriormente e buscando complementar as informações faltantes. Especificamente no que diz respeito à depressão, o farmacêutico precisa buscar as seguintes informações, que são essenciais para determinar a necessidade de manutenção ou de modificação da farmacoterapia e que não constam claramente dos documentos anteriores (Coryell, 2024; Krishnan, 2025; Rush, 2025):

- número de episódios depressivos apresentados pelo paciente no decorrer da vida e quando foi o primeiro episódio.
- dados que facilitem a identificação de episódios de recorrência (novo episódio depressivo) e de recaída (retorno dos sintomas depressivos anteriores em até seis meses da remissão).
- sinais e sintomas presentes no diagnóstico e sua evolução ao longo do tempo (parte dessa informação pode ser consultada antes do atendimento).

O diagnóstico de depressão é estabelecido por profissionais médicos ou psicólogos, com base na identificação de cinco ou mais dos seguintes sintomas (sendo obrigatórios a presença de humor deprimido e anedonia), os quais devem persistir por um período mínimo de duas semanas consecutivas (CORYELL, 2024; RISHNAN, 2025; RUSH, 2025):

1. Humor deprimido;
2. Perda de interesse ou prazer em atividades usuais, como hobbies ou no trabalho (anedonia);
3. Insônia (dificuldade para adormecer, permanecer dormindo, ou o despertar precoce) ou hipersonia;
4. Mudança significativa no apetite ou peso (perda ou ganho de mais de 5% do peso corporal em um mês);
5. Retardo ou agitação psicomotora (inquietação, por exemplo, andar de um lado para o outro, torcer as mãos; explosões de ansiedade ou agitação, por exemplo, chorar ou gritar)
6. Fadiga ou perda de energia crônica;
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada;
8. Diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se, e indecisão;
9. Pensamentos recorrentes de morte (não só o medo de morrer) e ideação suicida recorrente sem plano específico, com tentativa ou com plano específico para cometer suicídio.

Para alguns desses domínios, foram listadas perguntas para auxiliar o farmacêutico a complementar a anamnese quanto aos sinais e sintomas da depressão (Quadro 4).

Quadro 4.
Lista de perguntas norteadoras para identificação de sinais e sintomas de depressão

Domínio	Perguntas ou formas de expressar o domínio
Humor deprimido	"Você chora sem razão?" "Você se sente para baixo, deprimido e sem perspectiva?"
Perda de interesse ou prazer em atividades usuais, como hobbies ou no trabalho (anedonia);	"Como você passa o seu tempo?" "Você tem atividades de lazer ou hobbies?" "Como está o seu interesse em fazer as atividades que te dão prazer?"
Insônia ou hipersonia	"Que horas você dorme?", "Que horas você acorda?" "Você tem dificuldade para começar a dormir?" "Você acorda durante a noite e tem dificuldade de voltar a dormir?" "Você se sente descansado com o sono?" "Você dorme mais do que de costume?"
Mudança significativa no apetite ou peso (perda ou ganho de mais de 5% do peso corporal em um mês)	"Seu peso mudou recentemente?" "Se, sim, qual a mudança?" "Quanto você ganhou ou perdeu em quanto tempo?"
Retardo ou agitação psicomotora	Retardo: lentidão dos movimentos, da fala e do pensamento Agitação: inquietação (andar de um lado para o outro, torcer as mãos), explosões de ansiedade ou agitação (chorar ou gritar)

Domínio	Perguntas ou formas de expressar o domínio
Fadiga ou perda de energia crônica	"Seu nível de energia mudou recentemente?" "Você deixa de fazer atividades que antes você fazia normalmente?" "Você se sente cansado ou com pouca energia?" "A fadiga melhora com o descanso"?
Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada;	"Você tem sentimento de culpa?" "Você se sente mal consigo mesmo/a?" "Você se sente um fracasso?" "Você sente que decepcionou sua família ou você mesmo/a"?"
Diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se, e indecisão	"Você tem dificuldades para lembrar o nome de amigos, números de telefone, compromissos?" "Você tem dificuldade em se concentrar nas coisas, como ler ou assistir televisão?"
Pensamentos recorrentes de morte (não só o medo de morrer) e ideação suicida recorrente sem plano específico, com tentativa ou com plano específico para cometer suicídio.	Avaliar as respostas do paciente no Questionário FSII. Ver as questões no instrumento de avaliação de ideação suicida.

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

A obtenção de dados acerca dos sintomas é um aspecto importante para avaliação da necessidade e da efetividade do tratamento instituído. Os nove domínios relacionados ao diagnóstico da depressão devem ser avaliados, estando alguns deles presentes no instrumento PHQ-9.

Além do escore obtido no PHQ-9, é fundamental compreender a gravidade e a evolução dos sintomas ao longo do tempo. Nessa perspectiva, o farmacêutico deve avaliar o impacto dos sintomas depressivos na qualidade de vida e na funcionalidade do paciente, determinando quais sintomas melhoram e quais permanecem residuais. Ainda, é necessário estar atento a certas falas que correspondem a um alerta de risco, como: ‘‘tenho vontade

de sumir'', ''não aguento mais'', ''minha vida não tem mais sentido'', dentre outras que apresentem um viés de dor e frustração irreparáveis. Quanto maior a intensidade, frequência e detalhes desses pensamentos, maior risco para o suicídio (Brasil, 2025; Vandenberg, 2023). Nesses casos, o farmacêutico deve relatar o fato imediatamente ao seu supervisor, para os encaminhamentos necessários.

Além disso, o farmacêutico deve buscar informações específicas sobre comorbidades e medicamentos que possam estar associados com a depressão. Pacientes sem diagnóstico prévio de transtorno bipolar, mas que apresentem sinais e sintomas sugestivos da doença, deverão ser cuidadosamente avaliados, uma vez que certos antidepressivos - principalmente os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), como escitalopram ou fluoxetina - podem precipitar crises de mania. Nesse contexto, se observados sinais e sintomas característicos de mania ou hipomania, o farmacêutico deve relatar o fato ao psicólogo que acompanha o paciente e para o profissional médico para avaliação clínica e diagnóstico.

Esse mesmo raciocínio se aplica à insônia e aos distúrbios alimentares (Vandenberg, 2023). Os distúrbios de sono estão presentes no cotidiano dos pacientes com depressão, podendo estar relacionados ao quadro depressivo ou agravados por eles (Winkelman, 2025). Além disso, pacientes com diagnóstico de depressão frequentemente podem apresentar distúrbios alimentares, com perda ou ganho de peso associados (Vandenberg, 2023).

Sintomas de ansiedade também estão presentes em aproximadamente 90% dos pacientes ambulatoriais com diagnóstico de depressão. Alguns dos medicamentos utilizados para o tratamento da depressão também apresentam eficácia no manejo da ansiedade, no entanto, a avaliação deve ser feita de forma individualizada, considerando a resposta clínica para ambas as condições de saúde (Vandenberg, 2023; Melton; Kirkwood, 2023). Diante desse contexto, o farmacêutico deve se atentar ao perfil dos antidepressivos prescritos, especialmente aqueles que possam agravar ou amenizar sintomas específicos associados à depressão, como sono, apetite e nível de energia, conforme descrito no Apêndice B – Parâmetros de segurança.

Adicionalmente, múltiplas condições de saúde estão associadas ao desenvolvimento ou exacerbação de sintomas depressivos, como dor crônica, hipotireoidismo, diabetes mellitus e doença arterial coronariana, em especial em situações de descontrole. Ressalta-se que a dor crônica pode estar associada a outros sintomas físicos, como a fadiga crônica, em que não há

melhora após repouso, e cefaleia. Alguns antidepressivos podem contribuir diretamente para o tratamento de dores crônicas associadas à depressão, como os ISRS e os antidepressivos tricíclicos (HIRSCH; BIRNMAUM, 2025; RUSH, 2024; RUSH,2025). Além disso, o farmacêutico clínico deve ficar atento ao relato de outros sintomas físicos associados ao quadro depressivo, como distúrbios gastrointestinais, queixas cardiovasculares (ex. palpitações), perda de libido etc.

Em relação aos demais medicamentos pertencentes à farmacoterapia do paciente, alguns podem contribuir para a exacerbação dos sintomas depressivos (Quadro 5). Nessa perspectiva, o farmacêutico deve se atentar à temporalidade da sua utilização e sua relação com a progressão dos sintomas e avaliar se as queixas apresentadas pelo indivíduo são sinais/sintomas relacionados à depressão, outras condições de saúde e/ou reações adversas aos medicamentos em uso.

Quadro 5.
Medicamentos associados com exacerbação dos sintomas depressivos

Classe	Medicamento	Observações
Anticonvulsivantes	Levetiracetam	Aumento do risco de pensamentos ou comportamentos suicidas
	Topiramato	
	Vigabatrina	
	Clonazepam e clorazepato	
Medicamentos que atuam no sistema cardiovascular	β-bloqueadores	Aumento de sintomas físicos, como fadiga e baixa energia
	Clonidina	Dados conflitantes
	Metildopa	Dados conflitantes
	Reserpina	Depleção de monoaminas
	Antagonistas dos receptores de angiotensina II	Dados conflitantes

Classe	Medicamento	Observações
Terapia hormonal	Hormônio liberador de gonadotropina	Alterações nos níveis de progesterona e estrogênio, com possível ligação à atividade da monoamina oxidase (MAO)
	Contraceptivos orais	
	Esteroides (prednisona)	Associados à inflamação e alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal na depressão
Imunobiológicos	Interferons	A neuroinflamação no sistema nervoso central desempenha papel na fisiopatologia da depressão. Pensamentos suicidadas e casos de suicídio foram relatados na literatura
Medicamentos para enxaqueca	Triptanos	Risco de síndrome serotoninérgica se usado com frequência em altas doses ou combinados com Inibidores da MAO (IMAOs)
Tratamento de acne	Isotretinoína	Monitorar sintomas psiquiátricos
Medicamentos antitabagismo	Vanreniciclina	Estudos pós-comercialização não apoiam o risco aumentado de depressão
Durante a retirada de:	Cocaína, cannabis e álcool	Aumento dos sintomas depressivos e do risco de suicídio

Fonte: Adaptado de Dipiro et al (2023, p. 783); Dipiro et al (2023, p. 583); LAI et al (2023).

O farmacêutico deve ainda investigar a presença de histórico ou abuso de substâncias lícitas ou ilícitas, como álcool, cocaína e cannabis, uma vez que a interrupção abrupta do consumo dessas substâncias pode contribuir para a alteração dos sintomas depressivos (Quadro 5). Informações iniciais sobre o uso dessas substâncias podem ser obtidas no **Questionário de Avaliação Inicial**.

História medicamentosa da depressão

Durante a consulta, o paciente deve ser questionado sobre a utilização prévia de medicamentos para o tratamento da depressão. Em caso positivo, o farmacêutico deve obter as seguintes informações:

- Qual medicamento foi utilizado;
- em que momento e por quanto tempo utilizou;
- qual foi a resposta obtida e, se houve alteração, qual foi o motivo;
- presença de reações adversas.

Para a construção da **Farmacoterapia atual**, ver as recomendações descritas no item Coleta de dados e Anamnese da Seção 4.

O farmacêutico também precisa documentar a **Experiência subjetiva com o uso de medicamentos** e usá-la em seu processo de tomada de decisão.

Avaliação das necessidades farmacoterapêuticas e identificação dos PRM de pacientes com depressão

Objetivos terapêuticos

Para possibilitar a adequada avaliação da farmacoterapia, o farmacêutico deve conhecer os objetivos terapêuticos do tratamento da depressão, que incluem:

- Resolução dos sintomas, com alcance da remissão completa;
- restauração da função basal do paciente;
- prevenção de episódios depressivos futuros, sejam recaídas ou recorrências;
- melhora da qualidade de vida.

Cada fase do tratamento apresenta objetivos terapêuticos específicos, como descrito abaixo:

- **Fase aguda:** o principal objetivo nesta fase é o alcance da remissão dos sintomas, definida por um escore inferior a 5 no PHQ-9; durante esse período, podem ser necessárias intervenções na farmacoterapia, como aumento ou redução da dose e/ou troca dos medicamentos, conforme a resposta individual do paciente. A fase aguda geralmente

tem duração de seis a doze semanas, embora possa se prolongar até que a remissão seja atingida. Em casos nos quais persistem sintomas residuais com baixo impacto na qualidade de vida e na funcionalidade do indivíduo, é possível considerar a transição para a fase de continuação do tratamento (Rush, 2024; Rush,2025).

- **Fase de continuação:** após a remissão dos sintomas, esta fase objetiva prevenir recaídas e eliminar possíveis sintomas residuais. Assim, o farmacêutico deve reavaliar periodicamente o paciente, utilizando o instrumento o PQH-9. A fase de continuação tem duração de quatro a nove meses. A permanência nesta fase pelo período preconizado reduz o risco de recaídas em 50% (Fleck et al, 2003).
- **Fase de manutenção:** tem início após a recuperação do paciente, definida como a manutenção de um estado estável de remissão por um período de 8 a 24 semanas. O objetivo desta fase é prevenir a recorrência, ou seja, o surgimento de um novo episódio depressivo após a recuperação. Ela é especialmente importante para pacientes que tiveram três ou mais episódios depressivos nos últimos cinco anos, ou mais de cinco episódios ao longo da vida. A duração mínima recomendada desta fase é de um ano; contudo, em casos de pacientes com muitos episódios ao longo da vida, deve-se manter o tratamento por tempo indeterminado (Vandenberg, 2023).

Avaliação da farmacoterapia

De forma racional e sistemática, o farmacêutico avalia todos os medicamentos utilizados pelo paciente quanto à necessidade, efetividade, segurança e conveniência. Para facilitar esta etapa de revisão da farmacoterapia, o profissional deve consultar as informações disponíveis neste Protocolo, assim como as diretrizes clínicas e monografias de medicamentos disponíveis (UptoDate, Medscape, dentre outras).

Necessidade

No contexto da depressão, a avaliação da necessidade do uso de medicamentos baseia-se na avaliação da gravidade da doença – classificada como leve, moderada, moderada grave ou grave –, a partir dos resultados

do instrumento PHQ-9. Nesse sentido, para pacientes com diagnóstico de depressão leve e/ou aqueles que apresentam os primeiros episódios depressivos, a terapia farmacológica com antidepressivos não é recomendada como primeira linha de tratamento. Nesses casos, privilegia-se o manejo não farmacológico, com ênfase na psicoterapia (Rush, 2025).

Por outro lado, em casos de depressão leve persistente, ou em pacientes com histórico de depressão moderada-grave que não estejam em uso de antidepressivos, o farmacêutico deve identificar um PRM de **Indicação/ Necessidade de um medicamento**, correspondente à necessidade de início de uso de um medicamento antidepressivo. No manejo da depressão, os ISRS são os medicamentos de primeira escolha, na ausência de comorbidades e/ou sintomas específicos que justifiquem o uso de outras opções terapêuticas. Em pacientes já tratados anteriormente, a resposta prévia aos medicamentos é um dos critérios para guiar a escolha do medicamento. O medicamento deve ser iniciado em dose baixa, com aumento gradual até a dose alvo, conforme a resposta clínica do paciente e a tolerabilidade às reações adversas (Apêndices A e B).

Outra situação que caracteriza um PRM de **Indicação** é a **necessidade de medicamento adicional**. Isso ocorre quando o paciente já está em tratamento com uma farmacoterapia otimizada, mas ainda não alcançou os objetivos terapêuticos estabelecidos. Tal cenário configura depressão resistente, quadro que afeta mais de 40% dos indivíduos com depressão em tratamento (VANDENBERG, 2023). Cabe destacar que, para a identificação desse PRM, o farmacêutico deve, primeiramente, avaliar os parâmetros de efetividade, segurança e conveniência (adesão).

Nesses casos, a estratégia recomendada é a potencialização da farmacoterapia, por meio da adição de um antipsicótico atípico. A potencialização deve ser considerada quando não há resposta após a troca e otimização de pelo menos dois antidepressivos, ou na ocorrência de resposta parcial – definida como melhora de 26% e 49% nos sintomas basais – após otimização do antidepressivo inicial (Vandenberg, 2023). Com a introdução do antipsicótico atípico, espera-se uma melhora clínica significativa a partir de uma semana após o início do tratamento. A manutenção desse medicamento na farmacoterapia deve ocorrer por um período de 6 a 12 semanas, conforme a resposta do paciente e orientações clínicas (Vandenberg, 2023). Os medicamentos disponíveis no Brasil para o tratamento da depressão estão descritos no Quadro 6.

Quadro 6.

Antidepressivos e antipsicóticos atípicos disponíveis no Brasil

Fármacos	Formulações disponíveis	Disponível no SUS? Componente	Genérico?
Inibidores seletivos de recaptação de serotonina			
Citalopram	Comprimidos de 20 mg	Não	Sim
Escitalopram	Comprimidos de 10 mg, 15 mg, 20 mg Solução oral 20 mg/mL	Não	Sim
Fluoxetina	Cápsulas 20 mg Solução oral 20 mg/mL	Básico	Sim
Fluvoxamina	Comprimidos de 50 mg e 100 mg	Não	Sim
Paroxetina	Comprimidos 20 mg	Não	Sim
Paroxetina CR	Comprimidos 12,5 mg e 25 mg	Não	
Sertralina	Comprimidos de 25 mg, 50 mg e 100 mg	Não	Sim
Inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina			
Desvenlafaxina	Comprimidos 50 mg e 100 mg Comprimidos de liberação prolongada	Não	Sim
Duloxetina	Comprimidos 30 mg e 60 mg	Não	Sim
Venlafaxina	Cápsulas 37,5 mg, 75 mg e 150 mg	Não	Sim
Venlafaxina XR		Não	Sim
Antidepressivos atípicos			
Agomelatina	Comprimidos 25 mg	Não	Sim
Bupropiona	Comprimidos 150 mg	Não	Sim
Bupropiona XL	Comprimidos 150 mg e 300 mg	Estratégico	Sim
Mirtazapina	Comprimidos 15, 30 e 45 mg	Não	Sim
Moduladores de serotonina			
Trazodona	Comprimidos de 50 mg, 100 mg, 150 mg	Não	Sim

Fármacos	Formulações disponíveis	Disponível no SUS? Componente	Genérico?
Vilazodona	Comprimidos de 20 mg, 40 mg	Não	Não
Vortioxetina	Comprimidos de 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg	Não	Sim
Antidepressivos tricíclicos			
Amitriptilina	Comprimidos de 25mg e 75 mg	Básico	Sim
Clomipramina	Comprimidos de 10 mg e 25 mg	Básico	Sim
Imipramina	Comprimidos 25 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg	Não	Sim
Nortriptilina	Cápsula de 10 mg, 25 mg, 50 mg e 75 mg	Básico	Sim
Antipsicóticos atípicos			
Quetiapina	Comprimido de 25 mg, 100mg, 200 mg, 300 mg	Especializado (100, 200 e 300 mg)	Sim
Quetiapina XR	Comprimidos 50 mg, 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg	Não	Sim
Olanzapina	Comprimido de 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 15 mg e 20 mg	Especializado (5 e 10 mg)	Sim
Aripiprazol	Comprimidos de 10 mg, 15 mg, 20 mg e 30 mg Solução oral 1 mg/mL (Frascos 150 mL ou 30 mL)	Não	Sim
Brexpiprazol	Comprimidos 0,5 mg, 1 mg, 2 mg ou 3 mg	Não	Não
Risperidona	Comprimido 1 mg, 2 mg, 3 mg Solução oral 1 mg/mL	Especializado	Sim
Lurasidona	Comprimidos revestidos de 20 mg, 40 mg e 80 mg	Não	Não

Fonte: Adaptado de Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2025); Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (2024).

Em relação ao uso de **Medicamento desnecessário**, o farmacêutico deve estar atento a possíveis causas associadas que justifiquem a identificação desse PRM. Uma delas é a **ausência de indicação clínica**, que pode ocorrer quando o paciente ultrapassa o tempo recomendado para a fase de manutenção e não apresenta critérios para tratamento crônico. O prolongamento indevido costuma estar relacionado ao receio de recaídas, tanto por parte do paciente quanto dos profissionais envolvidos no cuidado.

Outra causa comum é a **duplicidade terapêutica**, caracterizada pelo uso concomitante de dois ou mais medicamentos antidepressivos da mesma classe terapêutica. Cabe salientar que há possibilidade de associação de medicamentos das classes ISRS e IRSN, mas não de medicamentos de uma mesma classe. Essa mesma lógica se aplica à prescrição simultânea de dois antipsicóticos atípicos, que deve ser evitada devido ao aumento do risco de efeitos adversos (Vandenberg, 2023).

Efetividade

Os ISRS são considerados os medicamentos de primeira escolha para o tratamento inicial da depressão. As doses-alvo, posologia e critérios para titulação das doses estão descritas no Apêndice A. Ainda, algumas situações podem justificar o uso de alternativas terapêuticas, configurando, assim, um problema de **Medicamento Inefetivo**, uma vez que existe uma **opção mais efetiva disponível** para o paciente (Quadro 7).

Quadro 7.
Opções terapêuticas mais efetivas/seguras por situação clínica

Situação clínica	Opção mais efetiva/segura
Ansiedade generalizada	venlafaxina, paroxetina, sertralina e imipramina
Insônia	mirtazapina e amitriptilina, devido efeitos sedativos
Fadiga	bupropiona, devido efeito estimulante
Transtorno do Pânico (TP)	clomipramina, imipramina, paroxetina e sertralina, devido à redução da ansiedade antecipatória
Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)	inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS)

Situação clínica	Opção mais efetiva/segura
Idosos	Evitar o uso de medicamentos com ação anticolinérgica. Atenção especial aos medicamentos que interagem com o metabolismo hepático, particularmente os que envolvem o sistema enzimático do citocromo P450 (CYP450). ISRS e os inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN) estão associados a um maior risco de hiponatremia. A mirtazapina geralmente é o antidepressivo de escolha, por seus efeitos colaterais benéficos, como aumento do apetite e indução do sono. A bupropiona apresenta efeito estimulante, o que pode ser indicado em alguns casos

Fonte: Adaptado de Dopp; Phillips et al (2023, p. 1187); Melton; Kirkwood (2023, p. 1151); Vandenberg (2023, p. 1107).

Cabe salientar que o farmacêutico não deve classificar um PRM com base apenas em recomendações teóricas ou diretrizes padronizadas. A identificação de um PRM deve considerar a resposta terapêutica individualizada, sendo avaliada a efetividade do tratamento no contexto específico de cada paciente. Dessa maneira, a efetividade deve ser avaliada por meio das respostas do PHQ-9, disponíveis na plataforma, ou aplicado em momentos específicos para avaliar a resposta às intervenções, se necessário.

A resposta ao tratamento medicamentoso para depressão não é imediata. De modo geral, uma redução de pelo menos 5 pontos no PHQ-9 entre a segunda e a quarta semanas de uso do medicamento é considerada clinicamente significativa e está associada a uma maior probabilidade de resposta positiva ao tratamento (Hirsch; Birnmaum, 2025; Rush, 2024; Rush,2025). Por outro lado, a ausência de melhora nesse intervalo reduz a chance de resposta. No entanto, vale ressaltar que alguns pacientes podem apresentar resposta clínica até a sexta semana de tratamento (Fleck et al, 2003). Os critérios para classificação da resposta são:

- Ausência de resposta: < 25% de redução dos sintomas iniciais, com até seis semanas de tratamento (Hirsch; Birnmaum, 2025; Rush, 2024; Rush,2025; Vandenberg, 2023);

- resposta parcial: entre 26 e 49% ou < 30% de redução dos sintomas iniciais ou 5 pontos no PHQ-9 com até seis semanas de tratamento (Hirsch; Birnmaum, 2025; Rush, 2024; Rush,2025; Vandenberg, 2023)
- resposta: > 50% redução dos sintomas iniciais; ocorre em 40 a 50% dos pacientes com 8 a 12 semanas de tratamento (Vandenberg, 2023);
- remissão: ausência de sintomas, o que equivale a um resultado do PHQ-9 menor que 5, que se mantém estável por pelo menos um mês; ocorre com 25 a 30% dos pacientes com 8 a 12 semanas de tratamento (Hirsch; Birnmaum, 2025; Rush, 2024; Rush,2025; Vandenberg, 2023).

Após atingir a remissão total, o tratamento entra na fase de continuação, com duração de 4 a 9 meses (VANDENBERG, 2023).

Um aspecto essencial no tratamento farmacológico da depressão é o uso adequado das doses-alvo. Nesse sentido, quando o paciente estiver utilizando o medicamento por um período de 12 semanas, mas sem alcançar a resposta (pelo menos 50% de redução dos sintomas iniciais), o farmacêutico deve avaliar a possibilidade de uso inadequado da dose alvo, o que pode ocorrer, por exemplo, devido a um escalonamento inadequado. Nessa situação, caracteriza-se um PRM de Dose baixa, que pode ser resolvido pelo aumento da dose. Por outro lado, se a titulação da dose foi realizada de forma adequada, e mesmo assim não houve resposta clínica satisfatória, entende-se que o transtorno é refratário àquele medicamento (VANDENBERG, A.M, 2023). Nesses casos, o farmacêutico deve ser sugerir a substituição do medicamento por outro da mesma classe ou de classe farmacológica distinta, de acordo com as características clínicas do paciente.

Em adição, interações medicamentosas também representam uma causa importante de baixa efetividade do tratamento, podendo configurar um PRM de Dose baixa. A maioria dos antidepressivos é metabolizada pelas enzimas do sistema hepático citocromo P450 (CYP450), a coadministração com indutores enzimáticos potentes pode reduzir a concentração plasmática dos antidepressivos, comprometendo a resposta terapêutica (Hirsch; Birnmaum, 2025; Rush, 2024; Rush,2025). As interações medicamentosas mais relevantes que afetam a efetividade do tratamento estão descritas nos Apêndice D e E.

Salienta-se que antes de concluir que o medicamento não é efetivo, o farmacêutico deve considerar fatores que possam comprometer a resposta ao

tratamento. Entre eles, destacam-se aspectos clínicos que devem ser avaliados em conjunto com a equipe multidisciplinar, como o diagnóstico correto, a duração da doença, a gravidade do episódio, a presença de comorbidades e, ainda, questões socioeconômicas, como a dificuldade de acesso e aquisição do medicamento.

Segurança

A avaliação da segurança do tratamento está intrinsecamente relacionada à posologia adotada, à ocorrência de reações adversas a medicamentos (RAM), às interações medicamentosas e à presença de precauções e contraindicações. Dessa forma, torna-se imprescindível realizar análise prévia da história clínica do paciente, incluindo antecedentes de RAM relevantes, alergias e outras condições clínicas que possam influenciar a tolerabilidade ao uso do medicamento antes da sua introdução à farmacoterapia.

Considerando que os medicamentos comumente empregados no manejo da depressão estão associados a diferentes RAM, é preciso ponderar a relação risco-benefício de forma individualizada, e o impacto dessas reações na adesão ao tratamento. Nesse sentido, o farmacêutico deve avaliar a necessidade de substituição do medicamento em uso, alternativamente, avaliar a viabilidade de manejo das RAM por meio de estratégias específicas. Os problemas de segurança, com sua monitorização e manejo estão descritos no Apêndice B.

Um fator frequentemente associado ao PRM do tipo **reação adversa** é o escalonamento acelerado da dose de antidepressivo até o alcance da dose alvo, o que pode desencadear efeitos adversos indesejados. Esse tipo de RAM, no entanto, é geralmente reversível mediante um esquema de titulação da dose (Hirsch; Birnmaum, 2025; Rush, 2024; Rush,2025). O esquema de escalonamento de doses encontra-se descrito no Apêndice A.

Além disso, as interações medicamentosas constituem outro fator de risco para PRM relacionados à segurança, sobretudo quando há potencialização do efeito farmacológico. Tais interações também podem contribuir para PRM de **dose alta**, como ocorre no uso concomitante de antidepressivos e inibidores enzimáticos (CYP450) que diminuem o metabolismo dos antidepressivos, elevando suas concentrações plasmáticas e aumentando o risco de toxicidade (Hirsch; Birnmaum, 2025; Rush, 2024; Rush,2025).

Conveniência

Por fim, o farmacêutico deve avaliar a conveniência relacionada ao tratamento proposto, considerando não apenas os aspectos clínicos e farmacológicos, mas também a perspectiva do paciente. É fundamental avaliar se o indivíduo compreende e concorda com a farmacoterapia em uso ou recomendada, uma vez que a adesão ao tratamento está relacionada a múltiplos fatores, não apenas socioeconômicos, que influenciam o acesso aos medicamentos, mas também às experiências subjetivas do paciente, à sua compreensão sobre o diagnóstico e ao nível de envolvimento nas decisões terapêuticas.

Ressalta-se que nem todos os medicamentos contemplados na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos) estão disponíveis em todos os municípios brasileiros. A oferta local está condicionada à REMUME (Relação Municipal de Medicamentos), que adapta a lista nacional às particularidades regionais, incluindo necessidades epidemiológicas, recursos financeiros e logísticos. Dessa forma, recomenda-se a consulta prévia à REMUME vigente no município de atendimento do paciente antes da definição do plano terapêutico.

Elaboração e implantação do plano de cuidado de pacientes com depressão

O farmacêutico deve, em conjunto com o paciente, estabelecer objetivos terapêuticos individualizados, com o foco na redução dos sintomas, alcance da remissão completa, restauração da função basal e prevenção de novos episódios depressivos, promovendo, assim, a melhora da qualidade de vida do paciente.

Para isso, o farmacêutico deve avaliar em qual fase do tratamento o paciente se encontra (aguda, continuação ou manutenção), utilizando o instrumento PHQ-9, a fim de alinhar os objetivos terapêuticos para cada uma delas. Adicionalmente, deve estabelecer um **Marco temporal** para a reavaliação dos objetivos terapêuticos definidos, permitindo ajustes oportunos no plano de cuidado, conforme a evolução clínica do paciente.

Frequentemente, pacientes com diagnóstico de depressão interrompem o tratamento por entenderem que os medicamentos não são efetivos para o tratamento da condição de saúde (HIRSCH; Birnmaum, 2025; Rush, 2024;

Rush,2025). Diante disso, o farmacêutico deve informar que a resposta terapêutica inicial geralmente ocorre entre 2 e 4 semanas após o início do uso, com pico máximo de ação em até 3 meses, gerenciando suas expectativas e prevenindo a descontinuação precoce do tratamento (Vandenberg, 2023). Essa orientação é essencial para o gerenciamento das expectativas do paciente e para a prevenção da descontinuação precoce, que pode comprometer os resultados terapêuticos. Quando não diretamente relacionados à resolução de um PRM, essas intervenções devem ser registradas no campo **Outras condutas**.

Além disso, é importante alertar o paciente quanto à possibilidade de ocorrência de efeitos adversos no início do tratamento, os quais são, na maioria dos casos, autolimitados e tendem a desaparecer nas duas primeiras semanas de uso contínuo do antidepressivo. Caso ocorram reações adversas que impactem a qualidade de vida do paciente, o que caracteriza um PRM de segurança, o farmacêutico clínico deve se basear nas melhores evidências disponíveis e nas preferências do paciente para buscar soluções para essas reações. Essas intervenções devem ser registradas no campo apropriado, logo após a descrição do PRM.

Reavaliação de pacientes com depressão

O farmacêutico deve se atentar em observar a resolução dos sintomas, o alcance da remissão completa e restauração da função basal do paciente; também deverá ser avaliada a fase do tratamento na qual o paciente se enquadra e os objetivos específicos de cada uma delas. O farmacêutico deve, ainda, prevenir episódios depressivos futuros, garantindo a melhora da qualidade de vida do paciente.

7. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

A prevalência do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) na população geral varia de 2% a 7%; entretanto, no Brasil, o cenário é ainda mais alarmante. O país registra a maior taxa de pessoas com transtornos de ansiedade do mundo, com prevalência estimada entre 10% e 20% da população (WHO, 2020 apud Souza et al., 2024).

A ansiedade, embora uma reação humana natural, pode assumir caráter patológico quando se torna desproporcional às situações enfrentadas ou quando surge sem uma causa aparente. Nessas condições, ela pode comprometer significativamente a qualidade de vida e o desempenho funcional dos indivíduos. No âmbito da segurança pública, a constante exposição a ameaças e a necessidade de manter um estado de alerta contínuo, mesmo durante momentos de descanso, favorecem a transição da ansiedade como resposta natural para um transtorno psiquiátrico ou uma reação emocional disfuncional. Esse quadro pode envolver manifestações físicas, alterações cognitivas e mudanças no comportamento (PEIXOTO, 2008).

Coleta de dados e anamnese de pacientes com TAG

História clínica do TAG

Como descrito na Seção 4, a plataforma do Escuta SUSP contém dados relevantes para a avaliação clínica. Portanto, a primeira etapa, antes de iniciar o atendimento do paciente, deve ser a consulta aos seguintes documentos:

- **Formulário sobre comorbidades e uso de medicamentos**
- Questionário de **Avaliação Inicial**
- **Instrumentos objetivos de avaliação psicológica**: para a avaliação específica do TAG, será utilizado o GAD-7. Este instrumento é empregado como ferramenta de triagem e mensuração da gravidade dos sintomas ansiosos. A relação temporal entre a aplicação do instrumento e o início ou a modificação do tratamento farmacológico deve ser considerada para a análise da necessidade e da efetividade da farmacoterapia.

O diagnóstico do TAG, realizado por profissional habilitado, médico psiquiatra e/ou psicólogo, é estabelecido quando a ansiedade e a preocupação excessiva estão presentes na maior parte dos dias, por um período mínimo de seis meses (Melton; Kirkwood, 2023). Além dessa preocupação persistente, o paciente deve apresentar pelo menos três dos seguintes sintomas (Fagundes et al., 2024):

1) Inquietação ou sensação de estar “à flor da pele”
2) Fadiga ou cansaço fácil
3) Dificuldade de concentração ou sensação de mente “em branco"
4) Irritabilidade
5) Tensão muscular
6) Perturbação do sono (como dificuldade para adormecer, permanecer dormindo ou sono insatisfatório).

Para alguns desses domínios, foram listadas perguntas para auxiliar na anamnese (Quadro 8).

Quadro 8.
Lista de perguntas norteadoras para identificação de sinais e sintomas de TAG

Domínio	Perguntas ou formas de expressar o domínio
Nervosismo, ansiedade e tensão	"Nas últimas duas semanas, com que frequência você se sentiu nervoso(a), ansioso(a) ou muito tenso(a)?"
Dificuldade em controlar preocupações	"Você tem a sensação de que suas preocupações são excessivas e difíceis de controlar?"
Preocupação excessiva generalizada	"Suas preocupações abrangem várias áreas da vida, como trabalho, finanças, saúde ou família?"
Dificuldade de relaxamento	"Com que frequência você sentiu dificuldade para relaxar?"
Inquietação / agitação Psicomotora	"Você se sente inquieto(a) ou agitado(a) na maior parte do tempo?"
Irritabilidade	"Você se sente mais irritadiço(a) do que o normal?"

Domínio	Perguntas ou formas de expressar o domínio
Temor / medo de Eventos Futuros	"Você tem um medo desproporcional ou uma sensação constante de ameaça?"
Fadiga / cansaço	"Você se sente facilmente cansado(a) ou sem energia, mesmo sem esforço físico?"
Dificuldade de concentração	"Você tem dificuldade para se concentrar, ou sua mente parece ficar 'em branco'?"
Tensão muscular	"Você sente tensão ou dor nos músculos, frequentemente sem uma causa clara?"
Problemas de sono	"Como tem sido seu sono? Você tem dificuldade para pegar no sono, permanecer dormindo, ou acorda sentindo que não descansou, ou dorme em excesso?"
Sintomas somáticos / físicos diversos	"Você sente palpitações, sudorese excessiva, boca seca, dores abdominais ou de cabeça, tontura, vertigens, náuseas, tremores ou sensação de afogamento/ sufocamento?"
Prejuízo funcional / sofrimento	"Quão difícil tem sido lidar com esses problemas no trabalho, em casa, nos relacionamentos ou em outras áreas importantes da sua vida?". Ou: "Esses sintomas causam sofrimento significativo ou prejuízo em seu funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes?"

Fonte: Autoria própria (2025).

O farmacêutico deve avaliar os sintomas não apenas de forma quantitativa, por meio do instrumento GAD-7, mas também qualitativamente, especialmente no que se refere à intensidade e à gravidade. Além disso, é importante que seja realizada a avaliação do impacto desses sintomas na qualidade de vida e na funcionalidade do paciente, identificando quais sintomas apresentaram melhora e quais persistem como sintomas residuais.

Algumas informações são especialmente relevantes e irão subsidiar a avaliação clínica quanto à **Indicação/necessidade** da farmacoterapia:

- Desde quando o paciente apresenta sintomas relacionados à ansiedade?
- Quando foi estabelecido o diagnóstico de TAG?

- Houve momentos de agravamento dos sintomas? Em caso positivo, quando ocorreram essas pioras e quais fatores podem tê-las desencadeado?
- Quais sinais e sintomas estavam presentes no momento do diagnóstico? Como esses sintomas evoluíram ao longo do tempo? O farmacêutico deve atentar-se em avaliar a frequência, intensidade e duração dos episódios ansiosos, bem como sua interferência na rotina e qualidade de vida do paciente.

O farmacêutico também deve investigar a história clínica pregressa do paciente, com o objetivo de identificar episódios anteriores de ansiedade, outras condições psiquiátricas ou comorbidades que possam estar associadas ao TAG. Essa investigação é fundamental, uma vez que o TAG é frequentemente acompanhado de múltiplas comorbidades, incluindo depressão, transtornos alimentares e outros transtornos ansiosos.

Adicionalmente, os distúrbios do sono, como a insônia e a hipersonia, são sintomas frequentes do TAG; o TAG, por sua vez, pode desencadear ou agravar quadros de insônia. Além disso, diversas condições de saúde, como doenças cardiovasculares, endócrinas, gastrointestinais, neurológicas e respiratórias, também podem estar associadas aos sintomas ansiosos (Melton; Kirkwood, 2023).

História medicamentosa do TAG

Durante a consulta, o paciente deve ser questionado sobre a utilização prévia de medicamentos para o tratamento do TAG. Em caso positivo, o farmacêutico deve obter as seguintes informações:

- Qual medicamento foi utilizado;
- Em que momento e por quanto tempo utilizou;
- Qual foi a resposta obtida e, se houve alteração, qual foi o motivo;
- Presença de reações adversas.

Para a construção da farmacoterapia atual, o farmacêutico deve coletar/confirmar as seguintes informações:

- Medicamento utilizado (informação autopreenchida a partir das informações descritas no Formulário sobre comorbidades);
- Posologia informada (Aba Medicamentos) e posologia prescrita: solicitar ao paciente o envio de cópias das prescrições;
- Modo de uso (horário, necessidade de jejum etc.);

- Período em uso, como descrito (essa informação será importante para avaliar a fase do tratamento na qual o paciente se encontra);
- Parâmetros de efetividade;
- Parâmetros de segurança;
- Parâmetros de conveniência e adesão (acesso ao medicamento, ao prescritor, dificuldade em lembrar etc.).

O farmacêutico também precisa documentar a **Experiência subjetiva com o uso de medicamentos** e usá-la em seu processo de tomada de decisão.

O farmacêutico também deve avaliar cuidadosamente todos os medicamentos em uso pelo paciente, considerando que estes podem estar associados ao desencadeamento ou agravamento de sintomas ansiosos (Quadro 9).

Quadro 9.
Medicamentos e substâncias associados a sintomas de ansiedade no TAG

Classe/tipo	Medicamento / substância	Observações
Medicamentos Anticonvulsivantes	Carbamazepina, Fenitoína.	Podem estar associados a sintomas de ansiedade.
Antidepressivos	Bupropiona, ISRS (escitalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina), IRSN (venlafaxina).	Podem aumentar a ansiedade, agitação, insônia ou nervosismo nas primeiras semanas de uso.
Anti-hipertensivos	Clonidina, felodipina.	Podem estar associados a sintomas de ansiedade.
Antibióticos	Quinolonas, isoniazida.	Podem estar associados a sintomas de ansiedade.
Broncodilatadores	Salbutamol, teofilina.	Podem estar associados a sintomas de ansiedade.
Corticosteroides	Prednisona.	Podem estar associados a sintomas de ansiedade.
Agonistas da Dopamina	Amantadina, levodopa	Podem estar associados a sintomas de ansiedade.
Fitoterápicos	Ginseng, efedra.	Podem estar associados a sintomas de ansiedade.

Classe/tipo	Medicamento / substância	Observações
Abuso de substâncias	Ecstasy, cannabis, cocaína, álcool.	O uso abusivo pode gerar ansiedade e medo. É importante afastar a possibilidade de que os sintomas de ansiedade sejam causados por uso de substâncias. A interrupção abrupta do uso dessas substâncias pode contribuir para a alteração e exacerbação dos sintomas.
Anti-inflamatórios Não Esteroidais	Ibuprofeno, indometacina.	Podem estar associados a sintomas de ansiedade.
Estimulantes	Anfetaminas, cafeína, metilfenidato, nicotina.	Podem estar associados a sintomas de ansiedade. O uso de substâncias como cafeína e estimulantes deve ser afastado como causa dos sintomas de ansiedade.
Simpatomiméticos	Pseudoefedrina, fenilefrina.	Podem estar associados a sintomas de ansiedade.
Hormônios Tireoidianos	Levotiroxina.	Podem estar associados a sintomas de ansiedade. O hipertireoidismo é um diagnóstico diferencial para o TAG, apresentando sintomas semelhantes.
Toxicidade	Anticolinérgicos, anti-histamínicos, digoxina.	Podem estar associados a sintomas de ansiedade.
Outros diagnósticos diferenciais (Substâncias/ Condições que mimetizam TAG)	Descongestionantes.	Podem gerar sintomas semelhantes aos de transtorno de ansiedade e devem ser considerados no diagnóstico diferencial.

Fonte: Adaptado de DiPiro et al (2023, p. 1151); Lopes et al (2021); Souza et al (2024); BRASIL (2023).

Em especial, os antidepressivos devem ser analisados tanto quanto ao seu potencial de intensificar os sintomas ansiosos quanto à ocorrência de efeitos adversos, como alteração do sono, ganho ou perda de peso, náuseas e boca seca (Fontes et al., 2024). Salienta-se que os ISRS e os IRSN são opções terapêuticas para o tratamento farmacológico da depressão e do TAG. No entanto, os ISRS podem provocar, especialmente nas primeiras semanas de uso, aumento transitório da ansiedade, além de sintomas como agitação, insônia e nervosismo (Melton; Kirkwood, 2023; Murray; Craske, 2025).

O farmacêutico deve ainda investigar a presença de histórico ou abuso de substâncias lícitas ou ilícitas, como álcool, cocaína e cannabis. Informações iniciais sobre o uso dessas substâncias podem ser obtidas no **Questionário de Avaliação Inicial**, no entanto, na ausência de registros específicos, após o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida, o farmacêutico deve abordar o tema diretamente com o paciente.

Além disso, é essencial que o profissional esteja atento à temporalidade do uso de medicamentos e à possível relação entre sua introdução, suspensão, ajuste ou alteração e a progressão dos sintomas ansiosos. O farmacêutico também precisa documentar a **Experiência subjetiva com o uso de medicamentos** e usá-la em seu processo de tomada de decisão.

Avaliação das necessidades farmacoterapêuticas e identificação de PRM de pacientes com TAG

Objetivos terapêuticos

O diagnóstico e o tratamento adequado do TAG são fundamentais para prevenir complicações associadas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. O manejo terapêutico geralmente envolve psicoterapia, farmacoterapia ou ambas. A associação entre psicoterapia e tratamento farmacológico tende a oferecer os melhores resultados clínicos.

Para possibilitar a adequada avaliação da farmacoterapia, o farmacêutico deve conhecer os objetivos terapêuticos do tratamento do TAG, que estão divididos em três fases, a saber:

- **Fase aguda**: o principal objetivo nesta fase é a redução dos sintomas agudos de ansiedade e o alcance da remissão, definida como a eliminação completa dos sintomas e o retorno do paciente ao seu nível de funcionamento basal (Melton; Kirkwood, 2023).

Duração: O início de ação dos ISRS e IRSN pode variar de duas a quatro semanas, e em alguns casos, até seis semanas. Os benzodiazepínicos, indicados para alívio sintomático rápido, apresentam efeito em minutos a até uma hora. No entanto, seu uso deve ser restrito ao curto prazo (duas a quatro semanas) devido ao risco de dependência (Lopes et al., 2021).

- **Fase de continuação**: objetiva consolidar a resposta ao tratamento, eliminar sintomas residuais e, principalmente, prevenir recaídas – definidas como o retorno dos sintomas dentro de seis meses após a remissão (MELTON; KIRKWOOD, 2023).

  Duração: A fase de continuação exige, no mínimo, três meses de tratamento farmacológico para consolidar a resposta clínica. Para um controle mais efetivo do transtorno, recomenda-se a manutenção do tratamento por um período contínuo de 6 a 12 meses após a remissão (Lopes et al., 2021).

- **Fase de manutenção**: tem como objetivo revenir recorrências — episódios distintos de ansiedade que ocorrem após a recuperação de um episódio anterior (Baldiw, 2025). Esta fase é particularmente relevante para pacientes com maior risco de recorrência, como aqueles com histórico de múltiplos episódios (Baldiw, 2025).

  Duração: fase de manutenção geralmente dura pelo menos 1 ano. O tratamento contínuo pode variar de seis a 24 meses de uso contínuo, sendo que a descontinuação deve ser feita de forma gradual. Em casos com múltiplos episódios ao longo da vida, pode-se considerar um regime de tratamento contínuo, com avaliação individualizada (Baldiw, 2025).

É fundamental que o farmacêutico identifique a fase do tratamento do paciente em que o paciente com TAG se encontra, e que o acompanhe até a remissão completa do quadro. Adicionalmente, o farmacêutico deve avaliar e prevenir complicações secundárias frequentemente associados ao transtorno, como insônia, uso indevido de substâncias (álcool ou outras drogas), depressão, isolamento social, problemas no trabalho ou nos estudos, e comportamentos suicidas (Lopes et al., 2021).

Avaliação farmacoterapêutica

De forma racional e sistemática, o farmacêutico deve avaliar todos os medicamentos utilizados pelo paciente quanto à necessidade, efetividade, segurança e conveniência. Para facilitar esta etapa de revisão da farmacoterapia, o profissional deve consultar as informações disponíveis neste Protocolo, assim como as diretrizes clínicas e monografias de medicamentos disponíveis (UptoDate, Medscape, dentre outras).

Necessidade

A avaliação da necessidade de uso de medicamentos no TAG deve considerar tanto a gravidade dos sintomas quanto o grau de comprometimento na qualidade de vida e no funcionamento diário do paciente. A triagem dos sintomas pode ser realizada por meio do instrumento GAD-7; o questionário deve ser reaplicado anualmente ou conforme necessidade clínica e avaliação do farmacêutico (Baldiw, 2025). Além disso, é essencial descartar outras possíveis causas para os sintomas de ansiedade, como condições clínicas subjacentes, uso de substâncias psicoativas, e a presença de outros transtornos psiquiátricos que possam interferir no diagnóstico ou manejo do TAG.

Em casos menos graves de TAG, a psicoterapia pode ser considerada a abordagem inicial preferencial. Essa intervenção pode ser realizada de forma isolada ou em associação com a farmacoterapia, conforme a evolução clínica do paciente. Nesse contexto, o farmacêutico deve identificar as necessidades farmacoterapêuticas do indivíduo no que se refere a **Indicação/necessidade de um medicamento**.

Quando o paciente apresentar indicação exclusiva de psicoterapia, mas estiver utilizando um medicamento, o farmacêutico deve indicar um PRM do tipo **tratamento farmacológico desnecessário**. Por outro lado, se houver indicação clara para o uso de um medicamento e este não estiver sendo utilizado, deve-se classificar um PRM de **Indicação/Necessidade de um medicamento**.

A introdução de um medicamento deve ser considerada quando não houver resposta satisfatória ao tratamento psicoterapêutico isolado, ou quando o paciente apresentar sintomas graves (sintomas incapacitantes que causem sofrimento ou prejuízo significativo nas atividades diárias do

paciente) e/ou comorbidades psiquiátricas associadas (Baldiw, 2025; Murray; Craske, 2025).

No manejo do TAG os medicamentos de primeira escolha são os ISRS ou IRSN, na ausência de comorbidades e/ou sintomas específicos que justifiquem o uso de outras opções terapêuticas. O medicamento deve ser iniciado em doses baixas, com aumento gradual até a dose alvo preconizada, conforme a resposta clínica do paciente e a tolerabilidade aos efeitos adversos.

O farmacêutico deve orientar o paciente que a resposta ao(s) medicamento(s) não é imediata; o início do efeito terapêutico para ISRS e IRSN geralmente ocorre entre duas e quatro semanas, com o pico máximo de ação em até três meses. Além disso, o indivíduo deve ser orientado que os efeitos adversos iniciais, que podem levar à descontinuação precoce, tendem a ser autolimitados e geralmente se resolvem nas primeiras duas semanas de uso dos antidepressivos (Murray; Craske, 2025).

Outra situação que caracteriza um PRM de **Indicação/Necessidade de um medicamento** ocorre quando a resposta ao tratamento inicial com um ISRS ou IRSN é inadequada ou parcial, mesmo após o uso de um dos medicamentos em dose otimizada e por período adequado — geralmente seis semanas. Nessas circunstâncias, o TAG pode ser classificado como resistente ao tratamento.

Nessa perspectiva, desde que o paciente não apresente reações adversas intoleráveis aos ISRS e IRSN (ver Apêndice B), o tratamento pode ser potencializado por meio da adição de uma nova alternativa terapêutica (Quadro 10). Nessa situação, configura-se um PRM do tipo **Indicação/Necessidade de um medicamento**, cuja causa é a necessidade de **tratamento adicional para obter efeito sinérgico ou adicional**. Salienta-se que a escolha do medicamento em casos de TAG resistente deve levar em conta a experiência clínica, o perfil de efeitos colaterais, o histórico médico do paciente e suas preferências individuais (Murray; Craske, 2025).

Quadro 10.
Alternativas terapêuticas para o manejo do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

Medicamento	Classe	Monoterapia	Agente potencializador	Observações
Buspirona	Outros	x	x	-

Medicamento	Classe	Monoterapia	Agente potencializador	Observações
Gabapentina	Outros	-	x	Indicada para indivíduos com instabilidade de humor
Pregabalina	Outros	-	x	Indicada para indivíduos com instabilidade de humor
Mirtazapina	Antidepressivo sedativo	x	x	Indicada em caso de história de abuso de álcool ou outras drogas. Auxilia no manejo da insônia ou em casos de ganho de peso com outros antidepressivos.
Imipramina	Antidepressivo tricíclico	-	x	Geralmente menos tolerada devido às reações adversas.
Vilazodona	Moduladores de serotonina	-	x	-
Vortioxetina	Moduladores de serotonina	-	x	-
Quetiapina[1]	Antipsicótico de segunda geração	x	x	-
Aripiprazol	Antipsicótico de segunda geração	x	x	-

[1]A quetiapina deve ser iniciada com doses baixas, como 25 mg/dia, e titulada progressivamente até 300 mg/dia, se tolerada.
Fonte: Adaptado de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (2024); Murray; Craske (2025).

Em casos de TAG refratário, os benzodiazepínicos podem ser considerados. Essa classe de medicamentos, embora eficaz para alívio sintomático rápido, não é recomendada para uso rotineiro, devendo ser utilizada em curto prazo (geralmente de duas a quatro semanas) devido ao

risco de abuso, dependência física e psicológica. Adicionalmente, a hidroxizina, um anti-histamínico com propriedades sedativas, também pode ser uma opção adjuvante ou alternativa, especialmente em pacientes com insônia ou quando outras estratégias terapêuticas não foram eficazes (Murray; Craske, 2025).

Embora a associação de medicamentos de classes distintas, como ISRS e IRSN, seja possível, o uso de dois medicamentos da mesma classe geralmente não é recomendado. Desse modo, quando dois ou mais medicamentos da mesma classe terapêutica são utilizados para o tratamento do TAG, o farmacêutico deve considerar um PRM de **Tratamento farmacológico desnecessário**, em decorrência da **duplicidade terapêutica**.

Na fase de manutenção do TAG, o tratamento medicamentoso deve durar, no mínimo, um ano. Por outro lado, um **tratamento farmacológico pode ser considerado desnecessário** quando o tempo recomendado para a fase de manutenção é ultrapassado. Em pacientes com múltiplos episódios ao longo da vida, pode-se considerar, de forma individualizada, a adoção de um regime de tratamento contínuo.

Efetividade

Os ISRS ou ISRN são considerados os medicamentos de primeira escolha para o tratamento do TAG. As doses-alvo, posologias recomendadas e critérios para titulação das doses estão detalhados na literatura e apresentados no Apêndice A.

No início do tratamento, o farmacêutico deve monitorar os pacientes com TAG a cada duas semanas, com foco na avaliação da redução na frequência, duração e intensidade dos sintomas de ansiedade, além da melhora no funcionamento geral e qualidade de vida (Melton; Kirkwood, 2023). Para essa avaliação, o farmacêutico deve explorar os sintomas-alvo específicos para ansiedade. A resposta ao tratamento é determinada pela comparação entre o estado atual do paciente e os sintomas apresentados no início do acompanhamento. Essa resposta pode ser classificada nas seguintes categorias:

- Ausência de resposta: Redução mínima ou inexistente dos sintomas (Murray; Craske, 2025).
- Resposta parcial: Melhora significativa dos sintomas, embora sem atingir a remissão completa (Murray; Craske, 2025).

- Remissão: Considerada ideal quando o paciente atinge uma pontuação no GAD-7 correspondente à faixa de "ansiedade leve" ou inferior a 5, indicando ausência ou sintomas mínimos, com funcionalidade restaurada. (Melton; Kirkwood, 2023; Murray; Craske, 2025).

Recomenda-se a aplicação do instrumento GAD-7 a cada três meses durante o acompanhamento do paciente com TAG. Após a estabilização do quadro clínico, a aplicação poderá ser realizada anualmente. Idealmente, o paciente deve apresentar ausência ou sintomas mínimos de ansiedade, e nenhuma limitação funcional (Melton; Kirkwood, 2023; Murray; Craske, 2025).

Além disso, interações medicamentosas representam uma causa relevante de baixa efetividade do tratamento e podem configurar um PRM do tipo **Dose baixa**. Nessa perspectiva, o farmacêutico deve avaliar todos os medicamentos em uso pelo paciente, uma vez que tais interações podem resultar na redução da concentração plasmática do antidepressivo (Melton; Kirkwood, 2023; Murray; Craske, 2025). No tratamento do TAG com antidepressivos, a indução da atividade da enzima CYP2D6 pode acelerar o metabolismo desses fármacos, levando à necessidade de ajuste posológico para manter níveis terapêuticos adequados (Murray; Craske, 2025).

Segurança

A avaliação da segurança no uso de medicamentos para o TAG deve ser realizada antes do início da farmacoterapia. Para isso, o farmacêutico deve analisar a história clínica e medicamentosa atual e pregressa do paciente, incluindo registros de reações adversas relevantes, presença de alergias e outras condições clínicas que possam comprometer a tolerância ao tratamento.

Os medicamentos utilizados no tratamento da ansiedade podem desencadear diversas RAM (Apêndice B), sendo, portanto, essencial ponderar a relação risco-benefício. Para o manejo de uma RAM inicial, como agitação e insônia, pode ser necessário recorrer temporariamente a medicamentos, como gabapentina, buspirona ou hidroxizina, com o intuito de controlar esses sintomas transitórios. Esses efeitos colaterais iniciais são particularmente relevantes, pois frequentemente levam à descontinuação precoce do tratamento (Murray; Craske, 2025). Nessa perspectiva, o farmacêutico deve

avaliar a possibilidade de manejo dessas reações adversas, minimizando desconfortos sem comprometer a segurança e a adesão à terapia medicamentosa.

Adicionalmente, um dos fatores frequentemente associados aos PRM do tipo **Reação adversa** é a titulação rápida de dose (**regime posológico alterado rapidamente**). Essa prática pode desencadear sintomas como ansiedade, irritabilidade, insônia e sintomas gastrointestinais. No entanto, essas reações costumam ser reversíveis com o ajuste adequado da titulação, conforme o esquema descrito no Apêndice A.

Além disso, interações medicamentosas, representam importante causa de problemas relacionados ao uso de medicamentos do tipo **Dose alta**, especialmente aquelas que resultam na potencialização de efeitos farmacológicos; **a interação causa uma reação dose relacionada**. O uso concomitante de antidepressivos ou ansiolíticos com inibidores do citocromo P450, pode elevar as concentrações plasmáticas dos fármacos, aumentando o risco de toxicidade (Murray; Craske, 2025). Um exemplo desse tipo de interação é a administração simultânea de benzodiazepínicos com inibidores da enzima hepática CYP3A4, como o cetoconazol e a claritromicina. Essa combinação pode intensificar os efeitos sedativos e adversos dos benzodiazepínicos. No entanto, é possível mitigar esse risco por meio do ajuste adequado da dose do benzodiazepínico.

Medicamentos antiepilépticos, como a fenitoína e o ácido valpróico, utilizados junto aos benzodiazepínicos causam interações que podem alterar o controle de crises e causar sedação excessiva. Recomenda-se acompanhamento clínico neste caso e, se necessário, ajuste de dose do benzodiazepínico (Melton; Kirkwood, 2023). Adicionalmente, o uso concomitante de depressores do sistema nervoso central, como álcool e opioides, e medicamentos benzodiazepínicos, pode levar a um aumento significativo da sedação e do risco de depressão respiratória. Desse modo, o farmacêutico deve monitorar e, se possível, contraindicar a associação.

Em adição, embora os benzodiazepínicos sejam embora indicados como adjuvantes no tratamento da ansiedade, seu uso prolongado não é recomendado, devido ao elevado potencial de abuso, dependência e ao risco de síndrome de abstinência. Os sintomas de abstinência incluem comprometimento psicomotor, amnésia e ansiedade de rebote, sendo que a probabilidade e a severidade da abstinência são maiores com benzodiazepínicos de meia-vida curta. Em geral, o uso deste medicamento

deve ser limitado a períodos curtos, entre quatro e seis semanas. O uso prolongado é reservado a situações em que outras opções terapêuticas são inviáveis ou para casos de TAG refratário. (Melton; Kirkwood, 2023; Murray; Craske, 2025).

Salienta-se, ainda, que a administração concomitante de agentes serotoninérgicos pode ocasionar o acúmulo excessivo de serotonina no sistema nervoso central, resultando na síndrome serotoninérgica, **uma interação farmacodinâmica grave, que não é dose relacionada**, que deve ser cuidadosamente monitorada durante o uso de antidepressivos (Murray; Craske, 2025).

Conveniência

Por fim, o farmacêutico deve avaliar a conveniência relacionada ao tratamento proposto. O Quadro 11 apresenta os medicamentos utilizados para o tratamento do TAG, assim como a disponibilidade no contexto do SUS.

Quadro 11.
Medicamentos disponíveis no Brasil utilizados para o tratamento do TAG

Fármacos	Formulações disponíveis	Disponível no SUS? Em qual componente?	Genéricos?
Inibidores seletivos de recaptação de serotonina			
Escitalopram	Comprimidos de 10 mg, 15 mg, 20 mg Solução oral 20 mg/mL	Não	Sim
Sertralina	Comprimidos de 25 mg, 50 mg e 100 mg	Não	Sim
Fluoxetina	Cápsulas 20 mg Solução oral 20 mg/mL	Componente básico	Sim
Paroxetina	Comprimidos 20 mg	Não	Sim
Inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina			
Venlafaxina	Cápsulas 37,5 mg, 75 mg e 150 mg	Não	Sim
Duloxetina	Comprimidos 30 e 60 mg	Não	Sim

Fármacos	Formulações disponíveis	Disponível no SUS? Em qual componente?	Genéricos?
Antipsicóticos atípicos			
Quetiapina	Comprimido de 25 mg, 100mg, 200 mg, 300 mg	Componente especializado (100 mg, 200 mg e 300 mg)	Sim
Risperidona	Comprimido 1 mg, 2 mg, 3 mg Solução oral 1 mg/mL	Componente especializado	Sim
Olanzapina	Comprimido de 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 15 mg e 20 mg	Componente especializado (5 e 10 mg)	Sim
Agonistas alostéricos dos receptores GABA-A (Benzodiazepínicos)			
Alprazolam	Comprimido de liberação imediata de 0,25 e 0,5 mg	Não	Sim
Clonazepam	Comprimido de liberação imediata de 0,25, 0,5 e 2 mg Comprimido sublingual de 0,25 mg	Componente básico	Sim
Diazepam	Comprimido de liberação imediata de 2, 5 e 10 mg	Componente básico	Sim
Lorazepam	Comprimido de liberação imediata de 1 e 2 mg	Não	Sim
Oxazepam	Comprimido de liberação imediata de 10 e 15 mg	Não	Sim
Agonista parcial dos receptores de serotonina			
Buspirona	Comprimido de liberação imediata de 5 e 10 mg	Não	Sim

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2025); Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (2024).

Salienta-se que o entendimento do paciente sobre seu diagnóstico é crucial. Nessa perspectiva, a compreensão sobre o tempo necessário para o início da resposta terapêutica (duas a quatro semanas, com pico de ação em

três meses) e a possibilidade de reações adversas iniciais (que geralmente se resolvem nas primeiras duas semanas) pode gerenciar expectativas e prevenir a descontinuação precoce do tratamento para o TAG (Melton; Kirkwood, 2023; Murray; Craske, 2025).

Elaboração e implantação do plano de cuidado dos pacientes com TAG

O plano de cuidado tem como objetivo principal garantir que os objetivos terapêuticos para a ansiedade sejam alcançados. O farmacêutico deve, em conjunto com o paciente, estabelecer objetivos terapêuticos individualizados, a depender da fase do tratamento (aguda, continuação ou manutenção). O instrumento GAD-7 deve ser utilizado como ferramenta para essa avaliação, possibilitando o monitoramento dos sintomas e da resposta ao tratamento. O farmacêutico também deve estabelecer um **Marco temporal** para a reavaliação dos objetivos terapêuticos definidos, realizando ajustes oportunos no plano de cuidado conforme a evolução clínica do paciente.

Reavaliação do paciente com TAG

Na avaliação dos resultados, o farmacêutico deverá verificar se os objetivos terapêuticos estabelecidos no plano de cuidado foram. Em adição, o profissional deve se atentar em observar a redução dos sintomas, o alcance da remissão e restauração da função basal do paciente; também deverá ser avaliada a fase do tratamento na qual o paciente se enquadra e os objetivos específicos de cada uma delas. O instrumento GAD-7 deve ser utilizado para esta avaliação e novas informações devem ser coletadas e avaliadas para a elaboração de em um novo plano de cuidado. O farmacêutico deve, ainda, prevenir recaídas, garantindo a melhora da qualidade de vida do paciente.

8. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM TRANSTORNO DO PÂNICO

O transtorno do pânico (TP) é uma condição altamente incapacitante nos âmbitos social, profissional e físico, estando associado a diversas consequências de longo prazo, como a redução da produtividade, comprometimento do bem-estar e elevada demanda por serviços de saúde (ROUBIK apud LEVITAN, 2013; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Dados epidemiológicos demonstram que em uma amostra de 5.023 brasileiros, a prevalência do transtorno foi de 1% em um período de 12 meses, enquanto os ataques de pânico — com ou sem associação ao TP — apresentaram prevalência de 5,1% (Roubik apud Jonge et al., 2016).

No entanto, ainda são escassas as análises populacionais aprofundadas sobre o TP no Brasil. Um estudo realizado na cidade de São Paulo estimou uma prevalência ao longo da vida de 1,6% para o transtorno. Observa-se, ainda, que o TP é aproximadamente duas vezes mais comum em mulheres e costuma manifestar-se entre os 20 e 30 anos de idade (Salum, Blaya, Manfro, 2009).

Considerando que os profissionais de segurança pública estão continuamente expostos a condições de trabalho extremamente desgastantes, tanto física quanto emocionalmente, é possível perceber um processo de adoecimento psíquico progressivo nessa população (Souza, Barroso, Ribeiro, 2022). De fato, indivíduos com TP tendem a apresentar maiores índices de absenteísmo e redução da produtividade no ambiente de trabalho (Salum, Blaya, Manfro, 2009).

Coleta de dados e anamnese de pacientes com TP

História clínica do transtorno do pânico

Como descrito na Seção 4, a plataforma do Escuta SUSP contém dados relevantes para a avaliação clínica. Assim, a primeira etapa, antes de iniciar o atendimento clínico, deve ser a consulta aos seguintes documentos:

- **Formulário sobre comorbidades e uso de medicamentos**
- Questionário de **Avaliação Inicial**

O diagnóstico de transtorno do pânico (TP), realizado por profissional habilitado, médico psiquiatra e/ou psicólogo, é estabelecido a partir da identificação de pelo menos quatro dos seguintes sintomas, os quais devem estar presentes durante a ocorrência de um ataque do pânico:

- Despersonalização (sensação de que seus arredores não são reais) ou despersonalização (alteração da sensação a respeito de si próprio)
- Medo de perder o controle, "enlouquecer" ou morrer
- Sudorese
- Tremores ou abalos musculares
- Palpitações ou batimentos cardíacos acelerados (taquicardia)
- Sensação de falta de ar ou sufocamento (dispneia)
- Sentimentos de asfixia
- Dor no peito ou desconforto
- Náusea ou desconforto abdominal
- Tontura, instabilidade, sensação de desmaio ou vertigem
- Calafrios ou sensações de calor
- Parestesias (sensação de dormência ou formigamento) ou anestesia.

O ataque de pânico dura, geralmente, entre 20 e 30 minutos, com o pico de intensidade dos sintomas nos primeiros 10 minutos. Os ataques envolvem sentimentos de medo ou desconforto intenso, sendo seguidos de pelo menos um mês de preocupação persistente a respeito da ocorrência de outro ataque, sobre as possíveis consequências de um novo episódio, ou uma mudança mal adaptativa no comportamento do indivíduo, relacionada aos ataques.

Algumas informações são especialmente relevantes e irão subsidiar a avaliação clínica:

- Padrão e qualidade do sono: Ataques de pânico noturnos induzem distúrbios do sono, devido sua interrupção e elevação da ansiedade antecipatória, relativa ao medo de dormir e experienciar um outro ataque (AMB, 2012).
- Avaliação do estado mental/psíquico (**Anamnese da psicoterapia**): consciência, orientação, atenção, memória, sensopercepção, pensamento, linguagem, inteligência, juízo de realidade, vida afetiva, volição, psicomotricidade, sentimentos de contratransferências;
- Uso de álcool, cigarro ou substâncias ilícitas: essas substâncias podem precipitar ataques de pânico. Especificamente em relação

ao cigarro, seu consumo diário pode ser um fator desencadeante ou de exacerbação de ataques do pânico (Melton; Kirkwood, 2023). O uso de álcool, por sua vez, pode exacerbar os sintomas de ansiedade e desencadear episódios. Substâncias psicoativos, como cocaína e cannabis, também são capazes também podem induzir ataques de pânico, além de intensificá-los (Associação Médica Brasileira, 2012).

- Atividade física: pode representar uma medida não farmacológica relevante no manejo TP. Caminhadas de 60 minutos ou corridas de 20 a 30 minutos, realizadas quatro vezes por semana, podem ser benéficas para esses pacientes (Melton; Kirkwood, 2023).

O farmacêutico deve construir a história clínica pregressa do paciente confirmando os dados descritos anteriormente, e buscando complementar as informações faltantes. É fundamental que o profissional investigue os seguintes aspectos:

- Frequência, duração e intensidade dos ataques de pânico
- Nível de ansiedade antecipatória e agorafobia

A agorafobia é caracterizada pelo medo ou ansiedade relacionados à exposição a, pelo menos, duas situações nas quais escapar possa ser difícil ou a ajuda possa não estar disponível em caso de um ataque de pânico. Como consequência, pacientes com agorafobia tendem a evitar esses contextos, por temerem que um ataque ocorra. A agorafobia está associada a uma maior gravidade do TP, a prejuízo funcional mais significativo e a um curso clínico curso crônico.

Deve ser avaliado o impacto dos sintomas na qualidade de vida e na funcionalidade do paciente, determinando quais sintomas melhoram e quais permanecem residuais.

O farmacêutico deve investigar comorbidades associadas ao TP, como doenças cardiovasculares, endócrinas, metabólicas, gastrointestinais, neurológicas e respiratórias (Melton; Kirkwood, 2023). Entre os transtornos de ansiedade que mais comumente coexistem com o TP, destacam-se o TAG e o transtorno de ansiedade social (TAS) (Associação Médica Brasileira, 2012).

A depressão é uma complicação importante em pacientes com TP. A prevalência de TP com depressão secundária pode chegar a 55,6%, e entre 10% e 65% dos pacientes com TP desenvolvem depressão A presença de depressão nesses pacientes está associada a pior prognóstico, menor resposta

ao tratamento, maior limitação funcional e aumento no número de tentativas de suicídio (Associação Médica Brasileira, 2012).

Assim, é fundamental estar atento a determinadas falas que podem representar sinais de alerta, tais como: "tenho vontade de sumir", "não aguento mais", "minha vida não tem mais sentido". Indivíduos com diagnóstico de TP apresentam maior risco de tentativas de suicídio quando comparados à população geral (Melton; Kirkwood, 2023).

É importante destacar que alguns medicamentos podem contribuir diretamente para o aumento dos sintomas ansiosos no TP (Quadro 12), incluindo medicamentos de venda livre, como os estimulantes usados no alívio dos sintomas da gripe. Nessa perspectiva, o farmacêutico deve estar atento à temporalidade da utilização do medicamento e sua relação com a progressão dos sintomas e avaliar se as queixas apresentadas pelo indivíduo são sinais e/ou sintomas relacionados ao TP, outras condições de saúde e/ou reações adversas ao uso de medicamentos.

Quadro 12.
Medicamentos associados com aumento dos sintomas de ansiedade no TP

Classe/tipo	Medicamento/substância
Anticonvulsivantes	Carbamazepina
	Fenitoína
Antidepressivos	Bupropiona
	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS)
	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSN)
Anti-hipertensivos	Clonidina
	Felodipino
Antibióticos	Quinolonas
	Isoniazida
Broncodilatadores	Albuterol
	Teofilina
Corticosteroides	Prednisona

Classe/tipo	Medicamento/substância
Agonistas dopaminérgicos	Amantadina
	Levodopa
Ervas	Ginseng
	Ephedra
Anti-inflamatórios não esteroidais	Ibuprofeno
	Indometacina
Estimulantes	Anfetaminas
	Cafeína
	Metilfenidato
	Nicotina
Simpatomiméticos	Pseudoefedrina
	Fenilefrina
Hormônios tireoidianos	Levotiroxina
Toxicidade	Anticolinérgicos
	Anti-histamínicos
	Digoxina

Fonte: Adaptado de Melton, Kirkwood (2023, p. 1151).

História medicamentosa do TP

Durante a consulta, o paciente deve ser questionado sobre a utilização prévia de medicamentos para o tratamento do TAG. Em caso positivo, o farmacêutico deve obter as seguintes informações:

- Qual medicamento foi utilizado;
- Em que momento e por quanto tempo utilizou;
- Qual foi a resposta obtida e, se houve alteração, qual foi o motivo;
- Presença de reações adversas.

Para a construção da farmacoterapia atual, o farmacêutico deve coletar/confirmar as seguintes informações:

- Medicamento utilizado (informação autopreenchida a partir das informações descritas no Formulário sobre comorbidades);

- Posologia informada (Aba Medicamentos) e posologia prescrita: solicitar ao paciente o envio de cópias das prescrições;
- Modo de uso (horário, necessidade de jejum etc.);
- Período em uso, como descrito (essa informação será importante para avaliar a fase do tratamento na qual o paciente se encontra);
- Parâmetros de efetividade;
- Parâmetros de segurança;
- Parâmetros de conveniência e adesão (acesso ao medicamento, ao prescritor, dificuldade em lembrar etc.).

O farmacêutico também precisa documentar a **Experiência subjetiva com o uso de medicamentos** e usá-la em seu processo de tomada de decisão.

O farmacêutico também deve avaliar cuidadosamente todos os medicamentos em uso pelo paciente, considerando que estes podem estar associados ao desencadeamento ou agravamento de sintomas ansiosos (Quadro 12).

O farmacêutico deve ainda investigar a presença de histórico ou abuso de substâncias lícitas ou ilícitas, como álcool, cocaína e cannabis. Informações iniciais sobre o uso dessas substâncias podem ser obtidas no **Questionário de Avaliação Inicial**, no entanto, na ausência de registros específicos, após o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida, o farmacêutico deve abordar o tema diretamente com o paciente.

Além disso, é essencial que o profissional esteja atento à temporalidade do uso de medicamentos e à possível relação entre sua introdução, suspensão, ajuste ou alteração e a progressão dos sintomas ansiosos. O farmacêutico também precisa documentar a **Experiência subjetiva com o uso de medicamentos** e usá-la em seu processo de tomada de decisão.

Avaliação das necessidades farmacoterapêuticas e identificação dos PRM de pacientes com TP

Objetivos terapêuticos

Para possibilitar a adequada avaliação da farmacoterapia, o farmacêutico deve conhecer os objetivos terapêuticos do tratamento do TP, que incluem:

- Resolução dos sintomas, com alcance da remissão completa;
- Ausência de ataques do pânico;

- Pouca ou nenhuma ansiedade antecipatória e agorafobia;
- Ausência de prejuízo funcional.

Cada fase do tratamento apresenta objetivos terapêuticos específicos, como descrito abaixo:

- **Fase aguda**: geralmente tem duração de 1 a 3 meses, dependendo da farmacoterapia utilizada. O principal objetivo nessa fase é a redução dos sintomas, incluindo a remissão dos ataques de pânico, a diminuição da ansiedade antecipatória e das fobias, bem como o retorno do paciente às suas atividades habituais. (Melton; Kirkwood, 2023)
- **Fase de manutenção e descontinuação**: o tempo ideal de tratamento para TP ainda não é totalmente definido. A duração total da terapia medicamentosa costuma variar entre 12 e 24 meses antes de se considerar a descontinuação gradual, que deve ocorrer após 4 a 6 meses (Melton; Kirkwood, 2023). Ressalta-se que a dose utilizada na fase aguda geralmente é mantida durante a fase de manutenção.

É fundamental que o farmacêutico identifique a fase do tratamento do paciente em que o paciente com TP se encontra, e que o acompanhe até a remissão completa do quadro. Além disso, o farmacêutico deve avaliar e prevenir complicações associadas ao TP.

Avaliação da farmacoterapia

De forma racional e sistemática, o farmacêutico deve avaliar todos os medicamentos utilizados pelo paciente quanto à necessidade, efetividade, segurança e conveniência. Para facilitar esta etapa de revisão da farmacoterapia, o profissional deve consultar as informações disponíveis neste Protocolo, assim como as diretrizes clínicas e monografias de medicamentos disponíveis (UptoDate, Medscape, dentre outras).

Necessidade

No TP, a definição entre a terapia cognitivo-comportamental e tratamento medicamentoso deve ser individualizada, considerando as

preferências do paciente, experiências prévias com tratamentos, presença de comorbidades, custo e disponibilidade dos recursos terapêuticos. Não há evidências de diferenças significativas na eficácia entre as duas modalidades (Roy-Byrne; Craske 2025).

Pacientes com quadros de gravidade moderada, cujos sintomas não comprometam de forma significativa a funcionalidade, podem optar por não utilizar medicamentos. Nesses casos, é fundamental garantir acompanhamento clínico a cada três a seis meses, para monitorar a evolução do quadro e considerar, o farmacêutico deve identificar um PRM de **Indicação/ Necessidade de um medicamento** (Melton; Kirkwood, 2023).

O tratamento combinado — associação entre farmacoterapia e terapia cognitivo-comportamental —, geralmente, é indicado para pacientes com ideação suicida, comorbidades psiquiátricas, sofrimento inicial grave ou comprometimento funcional (Roy-Byrne; Craske, 2025). Assim, diante de um diagnóstico de TP de maior gravidade, o farmacêutico deve identificar um PRM de **Indicação/Necessidade de um medicamento**, sinalizando a necessidade de introdução de um medicamento à farmacoterapia.

Nesses casos, os ISRS são a primeira escolha terapêutica. Como alternativa, pode-se utilizar a venlafaxina de liberação prolongada pode, medicamento que apresenta eficácia comparável aos ISRS. Os medicamentos disponíveis no Brasil para o tratamento do TP estão descritos no Quadro 13.

Quadro 13.
Medicamentos utilizados no tratamento do transtorno do pânico disponíveis no Brasil.

Medicamento	Formulações disponíveis	Disponível no SUS? Em qual componente?	Genérico?
Inibidores seletivos de recaptação de serotonina			
Citalopram	Comprimidos de 20 mg	Não	Sim
Escitalopram	Comprimidos de 10 mg, 15 mg, 20 mg Solução oral 20 mg/mL	Não	Sim
Fluoxetina	Cápsulas 20 mg Solução oral 20 mg/mL	Básico	Sim
Fluvoxamina	Comprimidos de 50 e 100 mg	Não	Sim

Medicamento	Formulações disponíveis	Disponível no SUS? Em qual componente?	Genérico?
Paroxetina	Comprimidos 20 mg	Não	Sim
Sertralina	Comprimidos de 25 mg, 50 mg e 100 mg	Não	Sim
Inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina			
Venlafaxina XR	Cápsulas 37,5 mg, 75 mg e 150 mg	Não	Sim
Benzodiazepínicos			
Alprazolam	Comprimidos de 0,25 mg e 0,5 mg	Não	Sim
Clonazepam	Comprimidos de 0,25 mg, 0,5 mg e 2 mg	Componente básico	Sim
Diazepam	Comprimidos de 2 mg, 5 mg e 10 mg	Componente básico	Sim
Lorazepam	Comprimidos de 1 mg e 2 mg	Não	Sim
Antidepressivos tricíclicos			
Imipramina	Comprimidos 25 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg	Não	Sim

Fonte: Adaptado de Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2025), Relação Nacional de Medicamentos (2024).

No manejo do TP, o medicamento deve ser iniciado em dose baixa, com escalonamento gradual até atingir a dose terapêutica alvo, de acordo com a resposta clínica e a tolerabilidade do paciente às reações adversas (Melton; Kirkwood, 2023). As doses-alvo, posologias recomendadas e critérios para titulação das doses estão detalhados na literatura e apresentados no Apêndice B.

O farmacêutico deve orientar o paciente que a resposta ao(s) medicamento(s) não é imediata; o início do efeito terapêutico para ISRS e IRSN geralmente ocorre entre duas e quatro semanas, com o pico máximo de ação em até três meses. Além disso, o indivíduo deve ser orientado que os efeitos adversos iniciais, que podem levar à descontinuação precoce, tendem a ser autolimitados e geralmente se resolvem nas primeiras duas semanas de uso dos antidepressivos (Roy-Byrne; Craske, 2025).

Nos casos que o paciente não apresenta histórico de abuso de substâncias e necessita de alívio rápido dos sintomas, pode ser indicada a adição temporária de um medicamento benzodiazepínico por um período de duas a quatro semanas (ROY-BYRNE; CRASKE, 2025). Nesses casos, deve ser classificado um PRM de **Necessidade de medicamento adicional**. Recomenda-se a administração em horário regular, ao invés de um regime "se necessário". Os benzodiazepínicos não devem ser utilizados em monoterapia.

Quando o paciente já estiver em uso de uma farmacoterapia otimizada, mas ainda não tiver alcançado os objetivos terapêuticos estabelecidos, deve-se classificar um PRM de **Necessidade de medicamento adicional** (Melton; Kirkwood, 2023). No entanto, a adição de um medicamento à farmacoterapia do TP somente deve ser considerada após 12 semanas da introdução do primeiro medicamento e após a implementação de modificações na farmacoterapia, descritas no item **Efetividade**.

Por outro lado, quando o paciente estiver em uso de um medicamento sem indicação clínica justificável, ou seja, permanecer em uso de determinado medicamento por um período superior ao recomendado, o farmacêutico deve indicar um PRM do tipo **tratamento farmacológico desnecessário**. Em adição, o uso concomitante de dois ou mais medicamentos de uma mesma classe terapêutica, também se caracteriza como o uso de um **Medicamento desnecessário**, sendo a causa relacionada à **duplicidade terapêutica**.

Efetividade

Os ISRS e a venlafaxina são considerados os medicamentos de primeira escolha para o tratamento do TP (MELTON; KIRKWOOD, 2023). As doses-alvo, posologias recomendadas e critérios para titulação das doses estão detalhados na literatura e apresentados no Apêndice B.

Considerando a ausência de uma ferramenta quantitativa para a avaliação da evolução do TP, o farmacêutico deve se atentar a:

- Diminuição da frequência e intensidade dos ataques de pânico;
- Redução da preocupação persistente em relação à repetição dos ataques ou suas consequências (ansiedade antecipatória);
- Redução dos comportamentos de evitação, o que inclui a agorafobia.

A melhora dos ataques de pânico pode, em alguns casos, anteceder a melhora do quadro de ansiedade antecipatória e de esquiva fóbica. Diante

disso, o farmacêutico deve observar o relato do paciente ou questioná-lo sobre a diminuição da busca por serviços médicos e de emergência, motivada pelos sintomas físicos do TP. Além disso, a redução do risco de ideação suicida e de tentativas de suicídio, assim como a diminuição do uso de substâncias psicoativas, como álcool e drogas ilícitas, são indicadores de sucesso terapêutico (Melton, Kirkwood, 2023).

Durante as primeiras semanas da fase aguda, o farmacêutico deve monitorar os pacientes com TP a uma a duas semanas após o início do uso do medicamento. Posteriormente, as avaliações devem ocorrer a cada duas a quatro semanas, com o objetivo de avaliar a necessidade de ajuste de doses e monitorar possíveis reações adversas (Apêndice B). Após a estabilização da dose e redução dos sintomas, avaliações bimestrais tendem a ser suficientes. A farmacoterapia deve ser mantida por, no mínimo, um ano após o controle dos sintomas, visando à prevenção de recaídas, podendo ser estendida por até dois anos em casos mais graves (Melton, KirkwooD, 2023).

Após 12 semanas da introdução do primeiro medicamento, caso o paciente não apresente melhora significativa dos sintomas, especialmente quando há comprometimento da funcionalidade, deve-se classificar um PRM do tipo **Efetividade – existe uma opção terapêutica mais efetiva** (Roy-Byrne; Craske, 2025). Nessa situação, o farmacêutico pode considerar a troca do medicamento por outro representante da classe do ISRS. Se não houver melhora clínica com essa estratégia, um novo PRM de efetividade deve ser identificado, e a venlafaxina deve ser introduzida como alternativa terapêutica (Roy-Byrne; Craske, 2025).

Além disso, quando o tratamento é inefetivo devido a um escalonamento de doses mal executado, no caso dos antidepressivos, ou interações medicamentosas reduzam a concentração plasmática e resposta terapêutica do fármaco em questão, o farmacêutico deve classificar um PRM do tipo **Dose baixa**. As interações medicamentosas mais relevantes estão descritas no Apêndice F e G.

O farmacêutico não deve classificar um PRM apenas com base em diretrizes clínicas, mas sim avaliar a efetividade do tratamento para o paciente de forma individualizada. Nessa perspectiva, o uso de um diário deve ser incentivado, uma vez que permite o registro da data, horário, frequência, duração, e intensidade dos episódios de pânico, nível de ansiedade antecipatória e agorafobia, gravidade do sofrimento e prejuízo funcional associado ao transtorno.

Segurança

A avaliação da segurança no uso de medicamentos para o TP deve ser realizada antes do início da farmacoterapia. Para isso, o farmacêutico deve analisar a história clínica e medicamentosa atual e pregressa do paciente, incluindo registros de reações adversas relevantes, presença de alergias e outras condições clínicas que possam comprometer a tolerância ao tratamento. Os medicamentos utilizados no TP podem desencadear diversas RAM (Apêndice C), sendo, portanto, essencial ponderar a relação risco-benefício.

Um dos fatores frequentemente associados aos PRM do tipo **Reação adversa** é a titulação rápida de dose (**regime posológico alterado rapidamente**). Essa prática pode desencadear sintomas como ansiedade, irritabilidade, insônia e sintomas gastrointestinais. No entanto, essas reações costumam ser reversíveis com o ajuste adequado da titulação, conforme o esquema descrito no Apêndice A. Cabe salientar que pacientes com TP iniciam o uso de ISRS em doses menores do que aquelas empregadas no tratamento na depressão, devido à maior sensibilidade aos efeitos estimulantes desses antidepressivos. Contudo, as doses usuais para ambos os quadros tendem a ser semelhantes ao longo do tratamento (ROY-BYRNE; CRASKE, 2025).

Adicionalmente, a interrupção abrupta (**regime posológico alterado rapidamente**) de medicamentos benzodiazepínicos pode desencadear a exacerbação de efeitos adversos na síndrome de descontinuação, devendo, portanto, ser evitada. A descontinuação desses medicamentos deve ser realizada de forma lenta e gradual — idealmente, com redução de não mais que 10% da dose por semana — ao longo de dois a quatro meses.

Além disso, interações medicamentosas, representam importante causa de problemas relacionados ao uso de medicamentos do tipo **Dose alta**, especialmente aquelas que resultam na potencialização de efeitos farmacológicos; **a interação causa uma reação dose relacionada**. O concomitante de antidepressivos e inibidores enzimáticos (CYP450), reduzem o metabolismo dos antidepressivos, elevam suas concentrações plasmáticas e, consequentemente, aumentam o risco de toxicidade (Roy-Byrne; Craske, 2025).

Conveniência

O farmacêutico deve avaliar a conveniência do tratamento proposto, considerando não apenas os aspectos clínicos e farmacológicos, mas também

a perspectiva do paciente. É fundamental verificar se o paciente compreende, concorda e tem condições de usar (incluindo o acesso) a farmacoterapia recomendada. O Quadro 13 apresentou os medicamentos utilizados para o tratamento do TP, assim como a disponibilidade no contexto do SUS.

Elaboração e implantação do plano de cuidado dos pacientes com TP

O objetivo do plano de cuidado é determinar, juntamente com o paciente, a melhor forma de controlar e/ou resolver os problemas identificados e garantir que os objetivos terapêuticos para cada problema de saúde sejam alcançados. O farmacêutico deve, em conjunto com o paciente, estabelecer objetivos terapêuticos individualizados O plano de cuidado inclui as intervenções para resolver os PRM identificados, assim como as demais condutas para otimizar o tratamento, incluindo monitorização, encaminhamento para outros profissionais, atividades de educação em saúde, dentre outras. O farmacêutico também deve estabelecer um **Marco temporal** para a reavaliação dos objetivos terapêuticos definidos, realizando ajustes oportunos no plano de cuidado conforme a evolução clínica do paciente.

Reavaliação do paciente com TP

Na avaliação dos resultados, o farmacêutico deve observar a resolução dos sintomas, o alcance da remissão completa e restauração da função basal do paciente; também deverá avaliar a fase do tratamento na qual o paciente se enquadra e os objetivos específicos de cada uma. Em adição, o farmacêutico deve, na medida do possível, prevenir novos ataques de pânico, garantindo a melhora da qualidade de vida do paciente.

9. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM INSÔNIA

O transtorno de insônia é caracterizado pela queixa de dificuldade em iniciar ou manter o sono, não atribuível a circunstâncias ambientais, e que resulta em prejuízos durante o dia. A insônia de curto prazo – com duração inferior a três meses – afeta de 30% a 50% da população, enquanto a insônia crônica – definida por duração mínima de três meses e ocorrência em pelo menos três noites por semana – afeta de 5 a 10% das pessoas em países industrializados (Sateia et al., 2017). No Brasil, 72% dos brasileiros sofrem de doenças relacionadas ao sono, incluindo a insônia (Brasil, 2023).

O sono é fundamental para o adequado funcionamento cognitivo e para a regulação emocional. Tarefas complexas, tomada de decisões e inteligência emocional são competências constantemente exigidas em profissões do setor de segurança pública. No entanto, esses profissionais frequentemente enfrentam turnos de trabalho irregulares e períodos insuficientes de descanso, o que aumenta propensão a erros relacionados à segurança, além de contribuir para níveis mais elevados de irritabilidade e insatisfação (Sørengaard et al., 2021).

Coleta de dados e anamnese de pacientes com insônia

História clínica da insônia

Como descrito na Seção 4, a plataforma do Escuta SUSP contém dados relevantes para a avaliação clínica. Portanto, a primeira etapa, antes de iniciar o atendimento do paciente, deve ser a consulta aos seguintes documentos:

- **Formulário sobre comorbidades e uso de medicamentos**
- Questionário de **Avaliação Inicial**: traz informações importantes acerca de parâmetros que devem ser avaliados em pacientes com insônia, como padrão e qualidade de sono, o que permite compreender a frequência dos episódios de insônia e o seu tipo

O diagnóstico de insônia, realizado médico psiquiatra e/ou psicólogo, é estabelecido com base na identificação dos seguintes sinais e sintomas (Neubauner, 2025a; Dopp; Phillips, 2023):

- Dificuldade para iniciar e/ou manter o sono e/ou despertar precoce
- Fadiga e sonolência diurna, diminuição da energia, da atenção, da concentração, da memória, da produtividade e alterações do humor (como irritabilidade e disforia)
- Roncos altos, engasgos noturnos (que sugerem apneia obstrutiva do sono), movimentos involuntários dos membros (como na síndrome das pernas inquietas) ou comportamentos anormais durante o sono (como sonambulismo ou pesadelos)

A insônia aguda, ou de curto prazo, é a forma mais comum e, geralmente, resulta de estressores fisiológicos ou psicológicos. Nessa perspectiva, é essencial compreender o contexto atual do paciente, incluindo mudanças de turno no trabalho, conflitos interpessoais e outras fontes de estresse, uma vez que esses fatores podem intensificar a interferência no sono (Winkelman, 2025).

Por outro lado, a insônia crônica caracteriza-se por dificuldades persistentes relacionadas ao sono, com duração igual ou superior a três meses. Em geral, segue um curso flutuante, com períodos de agravamento e melhora dos sintomas. A insônia crônica requer avaliação cuidadosa das possíveis causas subjacentes e o tratamento adequado (Dopp; Phillips, 2023; Winkelman, 2025).

Para pacientes cujas queixas estão relacionadas à manutenção do sono — como despertares noturnos com duração superior a 30 minutos ou despertar mais de 30 minutos antes do horário desejado —, assim como para aqueles que apresentam sintomas mistos (envolvendo tanto a dificuldade de iniciar quanto de manter o sono), a escolha do tratamento deve considerar intervenções capazes de atuar em ambos os domínios do transtorno (Dopp; Phillips, 2023).

Algumas informações são especialmente relevantes e irão subsidiar a avaliação clínica quanto à necessidade de início, manutenção ou de modificação da farmacoterapia (Associação Brasileira Do Sono, 2023):

- Início dos sintomas: identificar se a insônia é de início recente ou se já se configura como um quadro crônico;
- Padrão predominante: identificar se o paciente tem dificuldade para iniciar o sono, para mantê-lo ou ocorrência de despertar precoce (ou uma combinação desses fatores);
- Frequência e duração: identificar o número de episódios por semana e o tempo de persistência dos sintomas;

- Percepção subjetiva do sono: compreender a avaliação do paciente quanto à qualidade e à quantidade de sono;
- Hábitos e higiene do sono: identificar horários habituais de dormir e acordar, características do ambiente de sono (presença de ruídos, iluminação, conforto) e rotina antes de dormir.

Para alguns desses domínios, foram listadas perguntas para auxiliar o farmacêutico na anamnese (Quadro 14).

Quadro 14.
Lista de perguntas norteadoras para identificação de sinais e sintomas de TAG

Domínio	Perguntas ou formas de expressar o domínio
Específicos sobre a insônia	• "Observa dificuldade para iniciar o sono, manter o sono ou despertar precoce matutino?" • "Quantas vezes por semana, ou por mês, considera que dorme mal?" • "Quando se iniciaram os sintomas? O curso foi progressivo, intermitente ou contínuo? " • "Houve variação ao longo do tempo quanto a intensidade, frequência, gravidade?"
Comportamentos e hábitos noturnos	• "A que horas se deita na cama?" • "Faz alguma atividade na cama antes de dormir, como assistir à televisão, ler, trabalhar ou comer?" • "Que horas apaga a luz para dormir? Quanto tempo acredita que leva para adormecer?" • "Acorda durante a noite? O que leva aos despertares (ir ao banheiro, ter sonhos, beber água)? Quantos despertares e qual a duração deles?" • "Olha com frequência para o relógio durante a noite?" • "Quanto tempo acredita que tem dormido? Quanto tempo avalia que precisaria dormir para se sentir melhor?" • "Que atividades faz antes de dormir? Usa aparelhos que emitem luz intensa: computador, tablets, celular?" • "Dorme melhor fora de casa ou em outro local que não na sua cama?"

Domínio	Perguntas ou formas de expressar o domínio
Comportamentos e hábitos diurnos	• "A que horas normalmente a corda pela manhã? Usa despertador ou acorda espontaneamente ou alguém o acorda?" • "Como se sente ao acordar (sonolento, cansado)? Levanta-se logo que acorda?" • "Sente-se cansado e/ou sonolento durante o dia?" • "Tem cochilos diurnos?" • "Sente comprometimento da atenção, concentração e memória?" • "Consumo de substância com cafeína (café, chá, refrigerante, chimarrão) e/ou álcool e/ou cigarro e/ou substâncias ilícitas?" • "Prática de atividade física? Que horário? Qual frequência?" • "Estresse no trabalho, vida pessoal ou familiar?"
Ambiente de dormir e atividades antes de dormir	• "Temperatura do quarto, luminosidade, nível de barulho, ventilação?" • "Tem televisão no quarto? Ela é usada ao deitar-se?" • "Apresenta tensão ao ver o quarto e ao anoitecer, preocupação com o sono durante o dia, medo de dormir?"
Consequências da insônia	• "Redução da concentração, memória e atenção, irritabilidade, sonolência diurna, fadiga, falta de energia?"
Outros transtornos do sono	• Avaliar a presença de roncos, pesadelos, bruxismo, comportamento anormal no sono e/ou inquietação nas pernas no final do dia.

Fonte: Adaptado de Associação Brasileira do Sono (2023).

O farmacêutico também deve compreender a gravidade dos sintomas e avaliar seu impacto na qualidade de vida e funcionalidade do paciente. É importante avaliar o número de episódios de insônia ao longo da vida, bem como o histórico de sono — se sempre apresentou dificuldades para dormir ou se a alteração no padrão de sono é recente. Neste último caso, deve-se investigar a possível associação com eventos traumáticos ou situações de estresse (Neubauer, 2025a).

Além disso, é necessário compreender a presença de outros distúrbios do sono, como apneia obstrutiva do sono, distúrbios do ritmo circadiano e síndrome das pernas inquietas. Nesta última condição, uma pergunta simples como “Suas pernas incomodam quando você está deitado(a) à noite?” pode ser extremamente útil para levantar a hipótese de síndrome das pernas inquietas (Winkelman, 2025). Devem ser observados, ainda, sinais e sintomas de doenças concomitantes que possam precipitar ou predispor o indivíduo à insônia, tais como dor crônica, refluxo gastroesofágico, doenças respiratórias e distúrbios endócrinos (Dopp; Phillips, 2023).

A insônia persistente, ou crônica, está associada ao aumento do risco de doenças cardiovasculares. A insônia com tempo de sono curto, em especial, caracteriza-se como um fator de risco significativo para o desenvolvimento de hipertensão. Em adição, casos graves podem resultar na ocorrência de diversos tipos de acidentes, seja no ambiente doméstico, no trabalho ou no trânsito (Sateia, 2017).

Também devem ser avaliados outros transtornos psiquiátricos concomitantes, como ansiedade e depressão, os quais podem exacerbar os sintomas da insônia (Dopp; Phillips, 2023). Em adição, os distúrbios do sono são o sintoma mais comum na depressão em tratamento, além de representar um fator de risco para recaídas em pacientes com TAB mesmo durante a eutimia e estar quase sempre presente nos pacientes com transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Ressalta-se que diversos medicamentos utilizados no tratamento dessas e de outras condições podem precipitar o surgimento da insônia, conforme exemplificado no Quadro 15. Nessa perspectiva, cabe ao farmacêutico avaliar cuidadosamente as queixas apresentadas pelo indivíduo, a fim de determinar se trata de sinais ou sintomas relacionados à insônia, a outras condições de saúde ou a RAM.

Quadro 15.
Medicamentos e substâncias associados a insônia

Classe/tipo	Medicamento/ substância	Observações
Medicamentos Anticonvulsivantes	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS)	Associados à indução da insônia, geralmente transitória, em aproximadamente 20% dos pacientes.
	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSN)	
Glicocorticoides orais ou inalatórios	-	Corticosteroides orais afetam o sono mesmo se usados por curtos períodos e causam insônia com maior frequência que nas demais vias. A forma inalatória também pode resultar em insônia, além de hiperatividade.
Estimulantes	Metilfenidato	Podem interferir tanto no início quanto na manutenção do sono. Avaliar dose e meia-vida efetiva.
	Modafinila	
Opioides	-	O uso crônico pode levar ao aumento da fragmentação do sono e a despertares noturnos.

Fonte: Adaptado de Gonçalves; Togeiro (2013); Winkelman (2025).

Adicionalmente, a história prévia de abuso de substâncias lícitas ou ilícitas, como álcool, cocaína e cannabis, podem acarretar alteração do padrão de sono. Além disso, a insônia pode atuar como fator de risco para o aumento do consumo dessas substâncias e para recaídas (Winkelman, 2025). Informações relacionadas à utilização dessas substâncias poderão ser encontradas no “Questionário de Avaliação Inicial”, mas, se não forem encontrados registros relacionados, o farmacêutico deverá questionar o paciente. É importante ressaltar que o questionamento relacionado ao uso

de substâncias ilícitas apenas deverá ser realizado após o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida.

História medicamentosa da insônia

Ainda durante a anamnese, o farmacêutico deve avaliar a utilização prévia de medicamentos para o tratamento da insônia. Em caso positivo, as seguintes informações devem ser obtidas:

- Qual medicamento foi usado;
- Em que momento e por quanto tempo utilizou;
- Qual foi a resposta obtida e, se houve alteração, qual foi o motivo; e
- Presença de reações adversas.

Para a construção da farmacoterapia atual, o farmacêutico clínico deve coletar/confirmar as seguintes informações:

- Medicamento utilizado (informação autopreenchida a partir das informações descritas no Formulário sobre comorbidades e uso de medicamentos);
- Posologia informada e posologia prescrita (solicitar ao paciente o envio de cópia da prescrição);
- Modo de uso (horário, necessidade de jejum etc.);
- Período em uso, como descrito (essa informação será importante para avaliar a fase do tratamento na qual o paciente se encontra);
- Parâmetros de efetividade;
- Parâmetros de segurança;
- Parâmetros de conveniência e adesão (acesso ao medicamento, ao prescritor, dificuldade em lembrar etc.).

Além disso, os medicamentos usados para tratar condições comórbidas também devem ser avaliados, uma vez que podem, por diversos mecanismos, precipitar ou agravar a insônia (Quadro 15).

O farmacêutico também deve documentar a **experiência subjetiva com o uso de medicamentos** e usá-la em seu processo de tomada de decisão.

Avaliação das necessidades farmacoterapêuticas e identificação dos PRM de pacientes com insônia

Objetivos terapêuticos

O farmacêutico deve conhecer os objetivos terapêuticos do tratamento da insônia, a saber (Dopp; Phillips, 2023):

- Corrigir a queixa principal relativa ao sono
- Consolidar o sono
- Regular o funcionamento diurno e melhorar a sonolência diurna
- Evitar efeitos adversos relativos à farmacoterapia
- Melhora da qualidade de vida

Avaliação farmacoterapêutica

De forma racional e sistemática, o farmacêutico deve avaliar todos os medicamentos utilizados pelo paciente quanto à necessidade, efetividade, segurança e conveniência. Para facilitar essa etapa de revisão da farmacoterapia, o profissional deve consultar as informações disponíveis neste Protocolo, assim como fontes de consulta idôneas, como diretrizes clínicas e monografias de medicamentos disponíveis (UptoDate, Medscape, dentre outras).

Necessidade

O tratamento da insônia requer abordagem gradual e que envolva tentativas de minimização dos estressores fisiológicos ou psicológicos e/ou das comorbidades que possam contribuir para o quadro clínico. Nessa perspectiva, a TCC é considerando o tratamento de primeira linha para a insônia. Além disso, a intervenção clínica deve incluir orientação quanto à higiene do sono e estratégias para controle do estresse (Neubauner, 2025b).

Dado que a TCC é a abordagem preferencial, pacientes que iniciaram tratamento medicamentoso sem terem sido previamente submetidos à TCC devem ser avaliados quanto à real **Indicação/Necessidade de um medicamento**. Em casos de insônia aguda com níveis leves ou controláveis de sofrimento, o farmacêutico deve oferecer educação em saúde sobre hábitos de sono adequados e estabelecer um plano de acompanhamento. Na ausência de indicação clínica para o uso de medicamentos – quando

existe uma **terapia não medicamentosa mais apropriada** –, o farmacêutico deve identificar um PRM do tipo **tratamento farmacológico desnecessário**.

As principais medidas não farmacológicas para melhora da insônia, além da TCC, incluem o controle de estímulos e a higiene do sono. No primeiro caso, pode-se citar (Dopp; Phillips, 2023):

- Estabelecer horários regulares para acordar e ir dormir, incluindo os finais de semana;
- Dormir apenas o necessário para se sentir descansado;
- Ir para a cama apenas quando se sentir sonolento (evitar permanecer na cama acordado por longos períodos);
- Evitar forçar o sono e, caso não durma em 20-30 minutos, sair da cama e fazer uma atividade relaxante (como ler ou ouvir música) até se sentir sonolento;
- Evitar a luz azul advinda da televisão, celulares, tablets e outros aparelhos eletrônicos;
- Evitar cochilos durante o dia;
- Não trazer os problemas do cotidiano para a cama.

As principais recomendações para implementar a higiene do sono incluem (Dopp; Phillips, 2023):

- Exercitar-se rotineiramente, mas não em horário próximo da hora de dormir;
- Criar uma atmosfera confortável para dormir, evitando extremos de temperatura, sons altos e grande iluminação;
- Descontinuar ou reduzir a ingestão de álcool, cafeína e nicotina;
- Evitar beber grandes quantidades de líquido à tardinha para prevenir viagens ao banheiro durante a noite;
- Fazer alguma atividade relaxante e agradável antes da hora de dormir.

O farmacêutico deve considerar a gravidade dos sintomas, a duração do quadro, seu impacto na qualidade de vida do paciente e a existência de tentativas anteriores de manejo não farmacológico da condição. Para pacientes que não estejam em uso de medicamento e o quadro de insônia persista mesmo após a introdução das intervenções não farmacológicas, ou quando a insônia for grave ou estiver associada a sofrimento significativo, o farmacêutico deve identificar um PRM do tipo **Indicação/Necessidade de**

um medicamento. Nesses casos, é indicada a introdução da farmacoterapia, que deve ser instituída por curto prazo (Neubauer, 2025).

A implementação da farmacoterapia deve considerar a natureza da queixa relacionada ao sono:

- O problema está restrito à dificuldade em iniciar o sono?
- O problema está relacionado, principalmente, à manutenção da quantidade e/ou qualidade do sono ao longo da noite?
- O problema envolve ambos os aspectos (dificuldade em iniciar o sono e de manutenção da quantidade/qualidade do sono)?

A seleção do tratamento deve ser individualizada, com base nas respostas a esses questionamentos, nas intervenções terapêuticas prévias, nas comorbidades presentes, no perfil de reações adversas dos medicamentos, nas preferências do paciente e na disponibilidade e custo do tratamento (Neubauner, 2025b).

Os medicamentos análogos não benzodiazepínicos, chamados de compostos Z, a doxepina em baixa dose (antagonista do receptor de histamina) e a ramelteona (agonista do receptor de melatonina) são os medicamentos de primeira linha para o tratamento da insônia disponíveis no Brasil. Outros medicamentos com propriedades sedativas (ver alternativas terapêuticas no item Efetividade) também são utilizados no tratamento da insônia, embora, seu uso para essa finalidade seja considerado *off-label* (Neubauner, 2025b).

No caso da insônia relacionada à dificuldade de iniciar o sono, os compostos Z (zolpidem, zopiclona e eszopiclona), além da ramelteona são os medicamentos mais indicados. As doses-alvo, a posologia e os esquemas de titulação desses medicamentos estão padronizados na literatura e descritos Apêndice B (Neubauner, 2025b).

Para pacientes cujas queixas estão relacionadas à manutenção do sono, bem como para aqueles com sintomas mistos (envolvendo tanto a dificuldade de iniciar quanto para manter o sono), os principais medicamentos utilizados incluem os compostos Z e a doxepina em baixas doses. Em casos específicos de pacientes com dificuldade exclusiva na manutenção do sono, é possível considerar a administração do medicamento zolpidem no meio da noite, em especial se tal administração na hora de dormir não for necessária ou desejada (Neubauner, 2025b).

Apesar de amplamente utilizados, o uso de benzodiazepínicos hipnóticos não são considerados o tratamento de primeira linha para a insônia, sendo geralmente evitados devido à existência de alternativas com melhor perfil

de segurança (Winkelman, 2025). O uso contínuo desses medicamentos está associado ao desenvolvimento de tolerância e dependência, o que pode levar à piora do quadro clínico por meio da chamada insônia rebote (Núcleo De Telessaúde Sergipe, 2016). Por esse motivo, recomenda-se que seu uso seja limitado a, no máximo, quatro semanas (Associação Brasileira Do Sono, 2023).

Na insônia de início de noite, os benzodiazepínicos de meia-vida curta e intermediária (como alprazolam, midazolam e bromazepam) são os mais frequentemente utilizados. Já os de meia-vida longa (como clonazepam, diazepam e flurazepam) costumam ser empregados nos casos de insônia de manutenção e final de noite (Associação Brasileira Do Sono, 2023).

Quando o tempo de uso de determinado medicamento ultrapassa o período recomendado, sem justificativa clínica atual, o farmacêutico deve classificar um PRM do tipo **Tratamento farmacológico desnecessário**, uma vez que há **ausência de indicação clínica**. Essa condição ocorre, muitas vezes, por receio do paciente quanto à recidiva da insônia, o que o leva a resistir à suspensão do medicamento, mesmo após a resolução do quadro. Além disso, na presença de duplicidade terapêutica — ou seja, quando dois ou mais medicamentos são utilizados simultaneamente para tratar a insônia, também deve ser identificado um PRM de **Tratamento farmacológico desnecessário**, devido à ausência de benefício adicional e ao aumento do risco de eventos adversos.

Efetividade

A avaliação da evolução da insônia deve ser realizada após uma semana de início da farmacoterapia. Um instrumento de baixo custo e fácil aplicação, passível de ter o seu uso incentivado, é o diário do sono. Essa ferramenta permite o registro diário dos horários de deitar-se e levantar, a latência para o início do sono, o número de despertares noturnos e a qualidade subjetiva do sono; ela deve ser preenchida pelo paciente por pelo menos sete dias consecutivos (Dopp; Phillips, 2023).

Quando o paciente já estiver em tratamento com medicamento em dose otimizada, mas não atingir os objetivos terapêuticos, as principais estratégias disponíveis são trocar o medicamento por outro de mesma classe ou de classe distinta (Neubauer, 2025). Em ambas as situações, o farmacêutico deve classificar um PRM do tipo **Medicamento inefetivo**.

Caso o paciente utilize um medicamento da classe dos compostos Z ou um benzodiazepínico, classes que apresentam diferenças farmacocinéticas

significativas, pode haver um **medicamento mais efetivo para a condição tratada**. Isso se deve à variação entre representantes dessas classes quanto à meia-vida de eliminação, o que permite escolher entre opções de curta ou longa duração, de acordo com o padrão da insônia.

Por outro lado, caso o paciente esteja em uso de um **medicamento não efetivo**, deve ser realizada a substituição por uma alternativa terapêutica pertencente a uma de classe distinta. O uso de outros medicamentos com propriedades sedativas (Quadro 16), especialmente certos antidepressivos como trazodona, mirtazapina e amitriptilina, pode ser considerado para pacientes que não apresentam resposta satisfatória ao tratamento de primeira linha ou quando há contraindicações específicas para o uso de agentes não benzodiazepínicos.

Quadro 16.
Alternativas terapêuticas para o manejo da insônia

Situação	Medicamento	Observações
Transtornos de humor e ansiedade	Eszopiclona	Melhora do tempo de resposta e eficácia geral
Transtorno de Estresse Pós-Traumático	Trazodona	-
	Prazosina	
	Agentes não-benzodiazepínicos	
Abuso de substâncias	Gabapentina	Os agentes não-benzodiazepínicos aumentam o risco de recaída, dependência e toxicidade, quando combinados ao álcool e outras substâncias depressoras do SNC
	Trazodona	
	Quetiapina	
Síndrome das pernas inquietas	Gabapentina	Os agentes não-benzodiazepínicos podem aumentar o risco de comportamentos anormais associados ao sono
	Pregabalina	
Insônia induzida por ISRS e bupropiona	Trazodona	-

Fonte: Adaptado de Winkelman (2025).

Contudo, é importante destacar que o uso desses antidepressivos para o manejo da insônia é considerado *off-label*, sendo indicado para pacientes com depressão associada e/ou histórico ou risco de abuso de substâncias. Nesses casos, as doses empregadas são substancialmente inferiores àquelas utilizadas no tratamento da depressão (Dopp; Phillips, 2023). O ideal é esgotar tais opções (quanto às substâncias e às doses) e resguardar ao máximo a introdução dos benzodiazepínicos (Núcleo De Telessaúde Sergipe, 2016).

Por vezes, o tratamento para insônia pode ser inefetivo devido a um escalonamento inadequado das doses (**frequência de administração inadequada por intervalo maior**), ou a **interações medicamentosas que reduzam a concentração plasmática e a resposta terapêutica do fármaco**. Nessas situações, o farmacêutico deve classificar um PRM do tipo **Dose baixa**. Os compostos Z, em particular, são suscetíveis a interações com indutores da enzima CYP3A4, o que pode comprometer significativamente a efetividade da farmacoterapia. As principais interações medicamentosas associadas estão descritas no Apêndice F e G.

Segurança

A avaliação da segurança no uso de medicamentos para a insônia deve ser realizada antes do início da farmacoterapia. Para isso, o farmacêutico deve analisar a história clínica e medicamentosa atual e pregressa do paciente, incluindo registros de reações adversas relevantes, presença de alergias e outras condições clínicas que possam comprometer a tolerância ao tratamento.

A principal **reação adversa** associada aos medicamentos do tipo compostos Z é a sonolência residual, que pode comprometer a atenção, a coordenação motora e a memória, aumentando o risco de quedas e acidentes, durante a condução de veículos. Desse modo, deve considerar o perfil ocupacional exercido pelo profissional da segurança pública e, se indicado, o medicamento deve ser administrado no momento de deitar-se, com a recomendação adicional de que o paciente mantenha horários regulares de sono e despertar (Dopp; Phillips, 2023).

Interações medicamentosas também podem contribuir para a ocorrência de PRM do tipo **Dose alta**, especialmente quando resultam na potencialização do efeito farmacológico do medicamento. Isso ocorre, por exemplo, quando os compostos Z são administrados em conjunto com inibidores enzimáticos, que reduzem sua metabolização hepática. Essa interação pode levar ao

aumento das concentrações plasmáticas dos compostos Z, elevando o risco de efeitos adversos e toxicidade, como sonolência excessiva, confusão mental, queda e outros eventos relacionados à depressão do sistema nervoso central (Neubauner, 2025b).

Conveniência

Finalmente, deverá ser avaliada a conveniência do tratamento proposto para o paciente. A adesão do paciente ao tratamento está vinculada não apenas a fatores socioeconômicos, que influenciam o acesso aos medicamentos, mas também às suas experiências subjetivas e ao grau de compreensão sobre o diagnóstico e as opções terapêuticas envolvidas.

O Quadro 17 apresenta os medicamentos utilizados para o tratamento do TAG, assim como a disponibilidade no contexto do SUS.

Quadro 17.
Medicamentos disponíveis no Brasil utilizados para o tratamento da insônia

Medicamento	Formulações disponíveis	Disponível na RENAME? Componente?	Genérico?
Agonistas seletivos dos receptores GABA-A (Compostos Z)			
Zolpidem	Comprimidos de liberação imediata de 10 mg Comprimidos orodispersíveis de 5 mg e 10 mg Comprimidos sublinguais de 5 mg e 10 mg Comprimidos de liberação controlada de 6,25 mg e 12,5 mg Solução oral de 10 mg/mL (0,5 mg/gota)	Não	Sim
Zopiclona	Comprimidos revestidos de 7,5 mg	Não	Não
Eszopiclona	Comprimidos revestidos de 2 mg e 3 mg	Não	Sim

Medicamento	Formulações disponíveis	Disponível na RENAME? Componente?	Genérico?
Antidepressivos (atípicos, tricíclicos e tetracíclicos)			
Mirtazapina	Comprimidos orodispersíveis de 15 mg, 30 mg e 45 mg Comprimidos revestidos de 15 mg, 30 mg e 45 mg	Não	Sim
Trazodona	Comprimidos de liberação imediata de 50 mg e 100 mg Comprimidos de liberação prolongada de 150 mg e 300 mg	Não	Sim
Amitriptilina	Comprimidos de 10 mg, 25 mg e 75 mg	Básico (25 mg e 75 mg)	Sim
Agonistas melatoninérgicos			
Ramelteona	Comprimidos revestidos de 8 mg	Não	Sim
Melatonina	Comprimidos de liberação imediata de 2 mg, 3 mg, 5 mg e 10 mg Comprimidos sublinguais de 0,21 mg Solução oral de 0,21 mg/gota	Não	Não
Benzodiazepínicos			
Alprazolam	Comprimidos de 0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg e 2 mg	Não	Sim
Bromazepam	Comprimidos orais de 3 mg e 6 mg Solução de 2,5 mg/mL	Não	Sim
Lorazepam	Comprimidos orais de 1 mg e 2 mg	Não	Sim

Medicamento	Formulações disponíveis	Disponível na RENAME? Componente?	Genérico?
Midazolam	Comprimidos orais de 7,5 mg e 15 mg Solução oral de 2 mg/mL	Básico (solução de 2 mg/mL)	Sim
Clonazepam	Comprimidos sublinguais de 0,25 mg Comprimidos orais de 0,5 mg e 2 mg Soluções de 2 mg/mL e 2,5 mg/mL	Básico (solução de 2,5 mg/mL)	Sim
Diazepam	Comprimidos orais de 2 mg, 5 mg e 10 mg	Básico	Sim
Antipsicóticos atípicos			
Quetiapina	Comprimido de liberação imediata de 25 mg, 100 mg, 200 mg, 300 mg	Especializado	Sim
Quetiapina XR	Comprimidos de liberação prolongada de 50 mg, 200 mg, 300 mg	Não	Sim

Fontes: Adaptado de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (2024); Associação Brasileira do Sono (2023); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2025).

Elaboração e implantação do plano de cuidado dos pacientes com insônia

O objetivo do plano de cuidado é determinar, juntamente com o paciente, a melhor forma de controlar e/ou resolver os problemas identificados e garantir que os objetivos terapêuticos para cada problema de saúde sejam alcançados. O farmacêutico deve, em conjunto com o paciente, estabelecer objetivos terapêuticos individualizados e estabelecer um **Marco temporal** para a reavaliação dos objetivos terapêuticos definidos, realizando ajustes oportunos no plano de cuidado conforme a evolução clínica do paciente.

O papel do farmacêutico inclui a educação do paciente quanto à frequência e à duração esperada do tratamento, com o objetivo de prevenir efeitos adversos associados à descontinuação ou ao uso inadequado. Desse modo, é fundamental que o farmacêutico instrua o paciente quanto aos conceitos de tolerância, dependência física e insônia rebote — eventos comuns associados ao uso prolongado de sedativos-hipnóticos. A tolerância e a dependência podem ser minimizadas ao se utilizar esses medicamentos na menor dose possível, durante o menor período possível (Dopp; Phillips, 2023).

Além disso, é essencial discutir as expectativas do paciente em relação ao tratamento, especialmente na presença de comorbidades. Expectativas irreais podem comprometer a adesão e a efetividade da terapia, contribuindo para o insucesso do tratamento, independentemente da estratégia adotada (Winkelman, 2025).

Reavaliação do paciente com insônia

Na avaliação dos resultados, o farmacêutico deve verificar se os objetivos terapêuticos estabelecidos no plano de cuidado foram alcançados. O profissional deve se atentar em observar a resolução dos sintomas e restauração da função basal do paciente. Esse profissional deve, ainda, prevenir novos episódios de insônia, garantindo a melhora da qualidade de vida do paciente.

A frequência desta avaliação é individualizada, conforme os riscos associados ao paciente, ajustes da farmacoterapia e necessidade atual de medicamentos. O acompanhamento após o primeiro mês de uso é recomendado, caso a terapia farmacológica se estenda para além desse período. Depois disso, o acompanhamento a cada seis meses, no mínimo, é recomendado (Winkelman, 2025).

10. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é um transtorno de humor caracterizado pela alternância entre episódios de depressão e mania ou hipomania. Trata-se de uma condição de saúde que causa sofrimento psíquico significativo e impacta negativamente na qualidade de vida dos indivíduos, especialmente nas esferas profissional, social e interpessoal (Brasil, 2016).

Estima-se que a prevalência global do TAB varie entre 1% e 2% para os tipos clássicos, podendo alcançar 4% a 8% quando incluídas formas mais leves do espectro. No Brasil, estudos apontam prevalência semelhante, cerca de 4,6% em pacientes da atenção primária, 5,8% entre idosos acompanhados pelo Programa de Saúde da Família e até 8,3% quando considerados subtipos brandos (Brasil, 2016; Caribé, 2019; Nunes Neto, 2013).

Entre profissionais de segurança pública, embora ainda haja escassez de dados específicos sobre o TAB, estudo mais recentes indicam que os transtornos de humor figuram entre os principais motivos de afastamento do trabalho, representando parcela expressiva dos transtornos mentais diagnosticados nesses profissionais. A exposição contínua a situações de risco, violência e estresse ocupacional contribuem significativamente para o adoecimento psíquico desses profissionais (Bernardes et al., 2020; Pedraza & Peres, 2024).

Coleta de dados e anamnese de pacientes com TAB

História clínica do TAB

Como descrito na Seção 4, a plataforma do Escuta SUSP contém dados relevantes para a avaliação clínica. Portanto, a primeira etapa, antes de iniciar o atendimento do paciente, deve ser a consulta aos seguintes documentos:

- **Formulário sobre comorbidades e uso de medicamentos**
- **Questionário de Avaliação Inicial**: contém informações importantes acerca de parâmetros que devem ser avaliados em TAB, como

a presença de sintomas depressivos, eufóricos ou irritáveis, que permitam compreender a polaridade dos episódios, por exemplo.

O diagnóstico do TAB é estabelecido por profissional habilitado, médico psiquiatra e/ou psicólogo. A síndrome maníaca é critério fundamental para o diagnóstico de TAB. No entanto, o diagnóstico do TAB pode ser desafiador, especialmente porque, ao longo do curso da doença, os episódios depressivos são mais frequentes do que os episódios maníacos ou hipomaníacos, sendo comum, inclusive, que o primeiro episódio apresentado seja depressivo. Além disso, os pacientes geralmente procuram tratamento para sintomas depressivos com maior frequência do que para sintomas maníacos ou hipomaníacos, que muitas vezes não são prontamente reconhecidos (Brasil, 2016).

Nessa perspectiva, o farmacêutico também deve investigar a história clínica pregressa do paciente, com o objetivo de identificar episódios prévios de mania ou hipomania, uma vez que a correta identificação do diagnóstico e da fase do transtorno é essencial para evitar erros terapêuticos, como o uso isolado de antidepressivos, que pode precipitar episódios de mania ou hipomania (Michael, 2025).

Adicionalmente, é fundamental que o profissional compreenda as características dos episódios de humor do TAB, a saber:

- Eutimia: refere-se ao estado de estabilidade clínica, no qual o paciente mantém um humor equilibrado e um funcionamento adequado. No entanto, pacientes com TAB, devido às características de cronicidade e recorrência, apresentam prejuízo cognitivo não apenas em episódios de mania ou de depressão, mas também durante os períodos de eutimia (Brasil, 2016).
- Episódio de mania: é caracterizado por um estado de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, acompanhado por um aumento anormal e contínuo de energia ou de atividade dirigida a objetivos. Nessa fase, é comum observar sintomas característicos, como (Michael, 2025; Stovall, 2024):
  - Autoestima excessivamente elevada ou sensação exagerada de importância pessoal;
  - Necessidade reduzida de sono (por exemplo, sentir-se descansado mesmo após dormir apenas algumas horas);
  - Fala acelerada ou pressão para continuar falando;
  - Pensamentos rápidos ou sensação de mente acelerada;

- Facilidade em se distrair com estímulos irrelevantes;
- Aumento significativo de atividades com metas específicas ou agitação psicomotora sem propósito definido;
- Comportamentos impulsivos com alto risco de consequências negativas, como gastos excessivos, envolvimento sexual imprudente ou decisões financeiras precipitadas.

Salienta-se que no episódio de mania, a perturbação do humor é suficientemente grave para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou quando existem características psicóticas (Brasil, 2016).

- Episódio de hipomania: A intensidade, o tipo e a cronicidade desses sintomas determinam a subdivisão do diagnóstico entre mania ou hipomania (BRASIL, 2016). Na hipomania, o paciente apresenta quadro semelhante ao da mania, porém com sintomas menos intensos. Nesse tipo de episódio, o humor encontra-se anormalmente elevado ou irritável, acompanhado de aumento de energia ou atividade por pelo menos quatro dias consecutivos, durante a maior parte do dia. Para caracterização diagnóstica, é necessário que o paciente apresente, no mínimo, três sintomas típicos da mania, embora com menor impacto funcional (Michael, 2025; Stovall, 2024).
- Episódio depressivo maior: o episódio depressivo maior no contexto do TAB não se difere clinicamente daquele observado na depressão unipolar. No entanto, para o diagnóstico diferencial de transtorno bipolar, exige (Brasil, 2026; Michael, 2025):
  - Um período distraindo de humos anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, e aumento anormal e persistente da energia ou da atividade dirigida a objetivos, com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização for necessária);
  - Perturbação do humor suficientemente grave para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou quando existem características psicóticas.

Os sintomas depressivos podem ser consultados na Seção 6. Nesse caso, é essencial utilizar escalas validadas, como o PHQ-9, para acompanhar

a evolução do quadro, auxiliar no direcionamento clínico e definir os objetivos terapêuticos.

Além disso, o farmacêutico deve considerar a presença de comorbidades clínicas e psiquiátricas, como ansiedade, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), transtorno de estresse pós-traumático e transtornos alimentares, que frequentemente ocorrem de forma simultânea ao TAB e influenciam diretamente no plano terapêutico. Também, deve-se avaliar a existência de história prévia relacionada ao abuso de substâncias lícitas ou ilícitas, como álcool, cocaína e cannabis, tendo em vista que sua utilização pode contribuir para a descompensação do quadro.

História medicamentosa do TAB

Durante a consulta, o paciente deve ser questionado sobre a utilização prévia de medicamentos para o tratamento do TAB. Considerando que os pacientes geralmente procuram tratamento para sintomas depressivos com maior frequência do que para sintomas maníacos ou hipomaníacos, também deve ser indagado sobre a utilização prévia de medicamentos para o tratamento da depressão. Em caso positivo, o farmacêutico deve obter as seguintes informações:

- Qual medicamento foi utilizado;
- em que momento e por quanto tempo utilizou;
- qual foi a resposta obtida e, se houve alteração, qual foi o motivo;
- presença de reações adversas.

Para a construção da **Farmacoterapia atual**, ver as recomendações descritas no item Coleta de dados e Anamnese da Seção 4.

O farmacêutico também precisa documentar a **Experiência subjetiva com o uso de medicamentos** e usá-la em seu processo de tomada de decisão.

Avaliação das necessidades farmacoterapêuticas e identificação dos PRM de pacientes com TAB

Objetivos terapêuticos

Para possibilitar a adequada avaliação da farmacoterapia, o farmacêutico deve conhecer os objetivos terapêuticos do tratamento do TAB, que incluem (stovall, 2024):

- Remissão dos sintomas em episódios agudos (mania, hipomania, depressão ou episódios mistos);
- Estabilização do humor e prevenção de flutuações afetivas;
- Prevenção de novos episódios (recorrência);
- Melhora da qualidade de vida, funcionalidade e adesão ao tratamento.

Além dos objetivos terapêuticos gerais, cada tipo de episódio tem objetivos terapêuticos específicos, como descrito abaixo (Stovall, 2024):

- **Fase de mania ou hipomania**: o principal objetivo é alcançar a remissão dos sintomas característicos desse episódio;
- **Fase depressiva**: busca-se a remissão dos sintomas depressivos, com metas semelhantes àquelas adotadas no tratamento da depressão unipolar;
- **Fase de manutenção (mania, hipomania ou depressão)**: o foco se volta para a prevenção de novos episódios, promovendo a estabilidade a longo prazo.

Avaliação da farmacoterapia

De forma racional e sistemática, o farmacêutico avalia todos os medicamentos utilizados pelo paciente quanto à necessidade, efetividade, segurança e conveniência. Para facilitar esta etapa de revisão da farmacoterapia, o profissional deve consultar as informações disponíveis neste Protocolo, assim como as diretrizes clínicas e monografias de medicamentos disponíveis (UptoDate, Medscape, dentre outras).

- Em qual fase do TAB o paciente se encontra atualmente (eutimia, mania, hipomania ou depressão);
- Quais sintomas presentes e sua intensidade (ex.: euforia, impulsividade, insônia, lentificação, ideação suicida etc.);
- Frequência, duração e tipo dos episódios anteriores;
- Fatores desencadeantes ou agravantes relacionados aos episódios;
- Presença de sintomas psicóticos (alucinações, delírios), risco de suicídio ou comportamentos de risco;
- Comportamentos impulsivos, agitação psicomotora, alterações no apetite e no padrão de sono;
- Se houve ou não o diagnóstico prévio de TAB, qual tempo desde o diagnóstico e o histórico de intervenções realizadas.

O tratamento medicamentoso do TAB abrange a utilização de principalmente três classes de medicamentos, descritas abaixo com seus principais representantes (Stovall, 2024):

- **Anticonvulsivantes (utilizados como estabilizadores de humor)**: carbonato de lítio, ácido valpróico/valproato de sódio, carbamazepina e lamotrigina;
- **Antipsicóticos:** atípicos (risperidona, lurasidona, quetiapina, olanzapina e aripiprazol); tradicionais (haloperidol e clozapina);
- **Antidepressivos:** ISRS (fluoxetina e sertralina) e IRSN.

Indivíduos em fase aguda, com risco de suicídio, psicose, agitação intensa ou incapacidade de manter rotinas básicas, devem ser prioritariamente medicados. Da mesma forma, pacientes em estado eutímico, mas com histórico de múltiplos episódios ou recaídas precoces, se beneficiam da manutenção farmacológica com estabilizadores do humor, mesmo na ausência de sintomas agudos. Nesses casos, o farmacêutico deve identificar um PRM de **Indicação/Necessidade de um medicamento**, correspondente à necessidade de início de uso de um medicamento (Stovall, 2024).

Nos casos de mania ou hipomania, a principal abordagem terapêutica consiste na associação de um medicamento estabilizador de humor (principalmente carbonato de lítio e ácido valpróico) e um medicamento antipsicótico, sendo a risperidona a mais indicada. Por outro lado, na depressão, os antipsicóticos de segunda geração como quetiapina, lurasidona e cariprazina são considerados o tratamento de primeira linha, eficazes tanto monoterapia quanto em associação com estabilizadores de humor. Embora antidepressivos (especialmente, ISRS) possam ser utilizados, seu uso nunca deve ocorrer em monoterapia, devido ao risco de indução de episódios maníacos (Stovall, 2024).

Na fase de manutenção do TAB, recomenda-se a continuidade dos medicamentos que se mostraram efetivos na fase aguda. Dentre os estabilizadores do humor, o carbonato de lítio possui maior evidência de eficácia na prevenção de recaídas, tanto na fase maníaca quanto depressiva, além disso destaca-se por seu efeito protetor contra suicídio, sendo assim considerado a opção terapêutica mais indicada no tratamento do TAB, independentemente da fase na qual o paciente se encontra (Stovall, 2024).

Em adição, algumas situações contraindicam o uso dos medicamentos estabilizadores do humor; essas situações estão descritas no Quadro 18.

Quadro 18.
Contraindicações dos medicamentos estabilizadores de humor

Medicamento	Contraindicações	Contraindicações (monitorar)
Carbonato de lítio	Insuficiência renal grave, bradicardia sinusal, arritmias ventriculares graves, insuficiência cardíaca congestiva, hipersensibilidade ao fármaco	Hipotireoidismo, gravidez
Ácido valpróico	Insuficiência hepática grave, hipersensibilidade ao fármaco, doenças do ciclo da ureia, gravidez (teratogênico)	Hepatopatia leve
Carbamazepina	Doenças hematopoiéticas, insuficiência hepática, histórico de agranulocitose, histórico de alergia a carbamazepina, 1° trimestre de gravidez, hipersensibilidade ao fármaco	Doenças cardiovasculares, glaucoma, retenção urinária
Lamotrigina	Hipersensibilidade ao fármaco, indivíduos com prejuízo de função hepática (elevação de AST/TGO e ALT/TGP), histórico de doença hepática	-

Fonte: Adaptado de Stovall (2024).

Em relação ao uso de **Medicamento desnecessário**, o farmacêutico deve estar atento a possíveis causas associadas que justifiquem a identificação desse PRM. Uma delas é a **ausência de indicação clínica**, que pode ocorrer quando o paciente ultrapassa o tempo determinado para a fase de manutenção, sem que haja critérios clínicos para tal. A prescrição simultânea de dois estabilizadores de humor ou dois antipsicóticos, sem justificativa terapêutica ou evidência de benefício clínico, é uma causa comum é a **duplicidade terapêutica** (Stovall, 2024).

Salienta-se que alguns medicamentos usados no tratamento de outras condições psiquiátricas também podem apresentar contraindicações para

pacientes com TAB. Estimulantes utilizados no tratamento do TDAH, como metilfenidato e lisdexanfetamina, por exemplo, devem ser utilizados com cautela (Stovall, 2024).

Avaliação da farmacoterapia

A avaliação da efetividade do tratamento do TAB deve ser conduzida de forma contínua e estruturada. Ela envolve não apenas a percepção subjetiva de melhora relatada pelo paciente, mas também a quantificação objetiva da resposta clínica por meio de escalas. A escolha da escala depende da polaridade do episódio em curso, sendo essencial sua aplicação sistemática para orientar decisões terapêuticas e monitorar a progressão do tratamento (Stovall, 2024).

Na fase de mania ou hipomania, deve-se observar, além da melhora dos sintomas, a redução dos riscos associados à mania, como impulsividade, agressividade, psicose e prejuízo social. A ausência de resposta significativa após quatro a seis semanas de tratamento em dose adequada também exige reconsideração da conduta, seja por meio de otimização psicológica, troca de agente (um problema de **Medicamento inefetivo**, uma vez que **existe uma opção mais efetiva disponível** para o paciente) ou adição (um problema de **Medicamento inefetivo**, uma vez que existe **necessidade de medicamento adicional**) de uma nova classe farmacológica (Stovall, 2024).

Quando o paciente já está em tratamento com uma farmacoterapia otimizada para as fases de mania ou hipomania, mas ainda não alcançou os objetivos terapêuticos estabelecidos, deve ser considerada a substituição de apenas um dos medicamentos utilizados no tratamento, o estabilizador de humor ou o antipsicótico. O farmacêutico deve identificar um PRM de **Medicamento inefetivo** e indicar uma **opção mais efetiva disponível** para o paciente. Caso o paciente permaneça sem melhora clínica, o farmacêutico deve sugerir a troca do segundo medicamento; um novo PRM de **Medicamento inefetivo** deve ser identificado (Stovall, 2024).

Na fase depressiva, a efetividade deve ser avaliada por meio das respostas do PHQ-9, disponíveis na plataforma, ou aplicado em momentos específicos para avaliar a resposta às intervenções, se necessário. A avaliação da efetividade dos medicamentos utilizados no manejo do transtorno depressivo, estão descritos na Seção 6.

Um fator frequentemente associado ao PRM de **Dose baixa** é o escalonamento de dose mal executado, no caso dos antidepressivos, ou

interações medicamentosas que reduzem a concentração plasmática e resposta terapêutica do fármaco. As interações medicamentosas mais relevantes estão descritas no Apêndice F e G.

O tratamento efetivo do TAB não se limita à supressão dos sintomas agudos, mas visa a remissão completa, definida como a ausência de sintomas relevantes, a restauração do funcionamento global e a estabilidade emocional sustentada. Nesse contexto, o acompanhamento longitudinal é essencial para identificar respostas parciais persistentes, episódios de ciclagem rápida ou flutuações de humor subclínicas, que podem preceder recaídas. Nesses casos, ajustes terapêuticos precoces, por meio de estratégias combinadas, farmacológicas e psicossociais, são recomendados para otimizar os desfechos a longo prazo (Stovall, 2024).

Segurança

A avaliação da segurança no uso de medicamentos para o TAB está intrinsecamente relacionada à posologia adotada, à ocorrência de reações adversas a medicamentos, às interações medicamentosas e à presença de precauções e contraindicações. Dessa forma, o farmacêutico deve analisar a história clínica e medicamentosa atual e pregressa do paciente, incluindo registros de reações adversas relevantes, presença de alergias e outras condições clínicas que possam comprometer a tolerância ao tratamento.

As reações adversas associadas aos estabilizadores de humor são variadas e, em determinadas situações, podem configurar um PRM do tipo **Reação adversa**. Nessa perspectiva, o uso do carbonato de lítio exige atenção especial, devido a sua estreita janela terapêutica. A segurança no tratamento com lítio deve ser monitorada por meio da dosagem do seu nível sérico (NS), que deve ser realizada, no mínimo, a cada seis meses durante a fase de manutenção (Stovall, 2024).

O farmacêutico também deve atentar-se aos sinais de toxicidade, que se manifestam por uma intensificação das reações adversas conhecidas, especialmente quando o NS ultrapassa 1,5 mEq/L. Valores acima de 3,5 mEq/L representam risco elevado de toxicidade grave, com potencial de fatalidade. Nesses casos, é imprescindível a redução imediata da dose ou a suspensão do medicamento, com encaminhamento urgente para avaliação médica (Stovall, 2024).

Além disso, interações medicamentosas com diuréticos, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECAs) e anti-inflamatórios não

esteroidais (AINEs), representam importante causa de PRM do tipo **Dose alta**, uma vez que podem elevar a concentração sérica de lítio, devendo ser evitadas ou rigorosamente monitoradas; **a interação causa uma reação dose relacionada** (Stovall, 2024).

O quadro 19 apresenta os principais parâmetros de monitorização dos estabilizadores de humor utilizados no tratamento do TAB.

Quadro 19.
Parâmetros de monitorização dos estabilizadores de humor

Medicamento	Parâmetros de monitorização			
	Mensal	Trimestral	Semestral	Anual
Carbonato de lítio	-	Creatinina e Ureia	TSH, cálcio sérico, litemia	-
Ácido valpróico	-	Hemograma, função hepática (ALT/TGP/AST/TGO)	NS	-
Carbamazepina	Hemograma, função hepática (ALT/TGP, AST/TGO) creatinina, ureia e eletrólitos (sódio e potássio) nos 3 primeiros meses	-	NS	Hemograma, função hepática (ALT/TGP, AST/TGO) creatinina, ureia e eletrólitos (sódio e potássio)
Lamotrigina	-	-	-	Hemograma, função hepática (ALT/TGP, AST/TGO)

Fonte: Adaptado de Stovall (2024).

Em adição, a presença de comorbidades pode exigir a avaliação específica por parte do farmacêutico. Pacientes com diabetes mellitus tipo

2, hipercolesterolemia ou hipertrigliceridemia, por exemplo, que utilizam antipsicóticos de segunda geração, seja em monoterapia ou associados a outros medicamentos, apresentam maior risco de desenvolver síndrome metabólica e descompensação dessas condições. Assim, sua utilização deve ser acompanhada da avaliação de parâmetros clínicos e laboratoriais. Quando necessário, pode ser indicada a otimização dos medicamentos utilizados para o controle dessas comorbidades (Stovall, 2024).

Conveniência

Finalmente, o farmacêutico deverá avaliar a conveniência do tratamento proposto para o paciente. A adesão do paciente ao tratamento está relacionada não só às questões socioeconômicas de acesso ao medicamento, mas também às experiências subjetivas e nível de conhecimento do paciente sobre seu diagnóstico e tratamento. No caso do TAB, a adesão é fundamental para o controle da condição de saúde, especialmente na fase de manutenção, visando prevenir novos ciclos (Stovall, 2024).

O Quadro 20 apresenta os medicamentos utilizados para o tratamento do TAB, assim como a disponibilidade no contexto do SUS.

Quadro 20.
Medicamentos disponíveis no Brasil utilizados para o tratamento do TAB

Medicamento	Formulações disponíveis	Disponível no SUS? Em qual componente?	Genéricos?
Inibidores seletivos de recaptação de serotonina:			
Citalopram	Comprimidos de 20 mg	Não	Sim
Escitalopram	Comprimidos de 10 mg, 15 mg, 20 mg Solução oral 20 mg/mL	Não	Sim
Fluoxetina	Cápsulas 20 mg Solução oral 20 mg/mL	Componente básico	Sim
Fluvoxamina	Comprimidos de 50 mg e 100 mg	Não	Sim
Paroxetina	Comprimidos de 20 mg	Não	Sim

Medicamento	Formulações disponíveis	Disponível no SUS? Em qual componente?	Genéricos?
Paroxetina CR		Não	
Sertralina	Comprimidos de 25 mg, 50 mg e 100 mg	Não	Sim
Estabilizadores de humor			
Carbonato de Lítio	Comprimidos simples de 300 mg Comprimidos de liberação prolongada de 450 mg	Componente Básico (comprimido de 300 mg)	Sim
Lamotrigina	Comprimidos de 25 mg, 50 mg, 100 mg e 200 mg	Componente Especializado (comprimidos de 25 mg e 100 mg)	Sim
Ácido Valpróico	Comprimidos simples e de liberação prolongada de 250 mg, 300 mg e 500 mg Solução oral de 50 mg/mL	Componente Básico	Sim
Carbamazepina	Comprimidos simples e de liberação controlada de 200 mg e 400 mg Solução oral de 20 mg/mL	Componente Básico (comprimidos 200 mg suspensão oral 20 mg/mL)	Sim
Antipsicóticos			
Quetiapina	Comprimido de 25 mg, 100mg, 200 mg e 300 mg	Componente especializado (100 mg, 200 mg e 300 mg)	Sim

Medicamento	Formulações disponíveis	Disponível no SUS? Em qual componente?	Genéricos?
Quetiapina XR	Comprimidos 50 mg, 150 mg, 200 mg, 300 mg e 400 mg	Não	Sim
Olanzapina	Comprimido de 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 15 mg e 20 mg	Componente especializado (5 e 10 mg)	Sim
Aripiprazol	Comprimidos de 10 mg, 15 mg, 20 mg e 30 mg Solução oral de 1 mg/mL (frascos de 150 mL ou 30 mL)	Não	Sim
Brexpiprazol	Comprimidos 0,5 mg, 1 mg, 2 mg e 3 mg	Não	Não (Rexulti)
Risperidona	Comprimido 1 mg, 2 mg e 3 mg Solução oral de 1 mg/mL	Componente especializado	Sim
Lurasidona	Comprimidos revestidos de 20,40 e 80 mg	Não	Não (Latuda ou Lutab)
Ziprasidona	Cápsulas de 40 mg e 80 mg Solução injetável	Componente Especializado	Sim
Haloperidol	Comprimidos de 0,5 mg, 1 mg, 5 mg e 10 mg Solução injetável de 5 mg/mL Decanoato de 50 mg/mL	Componente Básico	Sim
Cariprazina	Capsulas 1,5 mg e 3 mg	Não	Não (medicamento importado)

Fonte: Adaptado de Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2025); Relação Nacional de Medicamentos, 2024.

A classe de antidepressivos mais relevante no tratamento do TAB são os ISRS. Caso seja verificado o uso de um medicamento antidepressivo de outra classe, sugere-se consultar a Seção 6.

Elaboração e implantação do plano de cuidado dos pacientes com TAB

O objetivo do plano de cuidado é garantir que os objetivos terapêuticos para o TAB sejam alcançados. A elaboração do plano de cuidado do TAB deve seguir etapas bem estruturadas, que permitam um acompanhamento do paciente. O farmacêutico deve incentivar práticas de autocuidado, como a realização regular de atividade física, o estabelecimento de uma rotina com horários regulares de sono e alimentação, além da evitação do uso recreativo de álcool e outras substâncias psicoativas, contribuindo assim para a estabilidade do quadro clínico e prevenção de recaídas. Em adição, em conjunto com o paciente, estabelecer objetivos terapêuticos individualizados. O farmacêutico também deve estabelecer um **Marco temporal** para a reavaliação dos objetivos terapêuticos definidos, realizando ajustes oportunos no plano de cuidado conforme a evolução clínica do paciente.

Reavaliação do paciente com TAB

Na avaliação dos resultados, o farmacêutico deverá verificar se os objetivos terapêuticos estabelecidos no plano de cuidado foram alcançados. O farmacêutico deve se atentar em observar a remissão dos sintomas correspondentes à fase em que o paciente se encontrava (mania/hipomania ou depressão), bem como a restauração da função basal do paciente. Esse profissional deve, ainda, atuar na prevenção de novos episódios de mania, hipomania ou depressão, promovendo a estabilidade do quadro e contribuindo para a melhora da qualidade de vida do paciente.

11. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um transtorno psiquiátrico de etiologia multifatorial que se desenvolve após a exposição a eventos traumáticos graves, como violência interpessoal, acidentes, desastres naturais, situações de guerra ou ameaças à integridade física e psicológica do indivíduo. Inicialmente identificado em veteranos de guerra, o TEPT é reconhecido como um importante problema de saúde mental, especialmente entre profissionais frequentemente expostos a eventos críticos, como os de segurança pública (Gardner; Bostwick; Crouse, 2022).

O transtorno caracteriza-se por um conjunto de sintomas que incluem revivência do trauma, evitação persistente de estímulos relacionados ao evento traumático, alterações negativas na cognição e no humor, além de sintomas de hiperatividade autonômica, como hipervigilância e irritabilidade (American Psychiatric Association, 2014).

Evidências apontam que a prevalência do TEPT é influenciada por diversos fatores, como o tipo e intensidade do trauma, o sexo biológico, a idade no momento da exposição, o suporte social disponível e presença de comorbidades psiquiátricas como depressão e transtornos de ansiedade. Estima-se uma prevalência ao longo da vida de aproximadamente 8,7% na população dos Estados Unidos, sendo mais comum entre mulheres (10,4–12,3%) do que entre homens (5%) (GARDNER; BOSTWICK; CROUSE, 2022). Salienta-se que traumas interpessoais, como abuso sexual e agressão física, apresentam maior potencial de desencadear TEPT do que desastres naturais ou acidentes (American Psychiatric Association, 2014).

No Brasil, o contexto da segurança pública configura um cenário particularmente propício ao desenvolvimento do TEPT. Policiais, bombeiros e outros agentes de segurança estão rotineiramente expostos a situações de violência extrema, risco de morte, acidentes graves e outros incidentes críticos, o que torna a ocorrência de transtornos mentais, como o TEPT, uma relevante preocupação de saúde pública (Brasil, 2019).

Coleta de dados e anamnese de pacientes com TEPT

História clínica do TEPT

Como descrito na Seção 4, a plataforma do Escuta SUSP contém dados relevantes para a avaliação clínica. Portanto, a primeira etapa, antes de iniciar o atendimento do paciente, deve ser a consulta aos seguintes documentos:

- **Formulário sobre comorbidades e uso de medicamentos**
- Questionário de **Avaliação Inicial**

O diagnóstico e o tratamento adequados são fundamentais para reduzir o sofrimento psicológico e promover a recuperação funcional do indivíduo (Gardner; Bostwick; Crouse, 2022). Nessa perspectiva, o diagnóstico de TEPT, realizado por profissional habilitado, médico psiquiatra e/ou psicólogo, exige que o paciente tenha sido exposto a um evento traumático que envolva ameaça real ou percebida de morte, lesão grave ou violência sexual, seja como vítima direta, testemunha ou por ter tomado conhecimento do ocorrido com um familiar próximo (American Psychiatric Association, 2014).

De acordo com o Segundo o Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5, o TEPT é caracterizado por sintomas que devem persistir por mais de um mês e causar prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (American Psychiatric Association, 2014). Esses sintomas são agrupados em quatro domínios:

- **Revivência:** lembranças recorrentes e intrusivas, pesadelos e flashbacks do evento traumático;
- **Evitação:** esquiva persistente de pensamentos, sentimentos ou situações que remetam ao trauma;
- **Alterações negativas de cognição e humor:** sentimento de culpa, crenças negativas sobre si e o mundo, anedonia, isolamento social.
- **Hiperativação:** hipervigilância, irritabilidade, resposta exagerada de sobressalto, insônia.

Instrumentos como o PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) são recomendados para triagem e acompanhamento clínico (American Psychiatric Association, 2014; Gardner; Bostwick; Crouse, 2022). O farmacêutico deve avaliar os sintomas qualitativamente, especialmente no que se refere à intensidade e à gravidade. Além disso, é importante que seja realizada a avaliação do impacto desses

sintomas na qualidade de vida e na funcionalidade do paciente, identificando quais sintomas apresentaram melhora e quais persistem como sintomas residuais.

Em adição, o TEPT pode ser classificado em diferentes fases clínicas, de acordo com a duração e a evolução dos sintomas:

- **Agudo:** os sintomas persistem por menos de três meses.
- **Crônico:** os sintomas permanecem por mais de três meses.
- **De início tardio:** os sintomas surgem após seis meses do evento traumático.
- **TEPT complexo:** resulta da exposição prolongada a traumas repetitivos, frequentemente associados a abuso infantil ou tortura.

Conforme abordado na Seção 4, a plataforma Escuta SUSP reúne informações relevantes para a avaliação clínica dos pacientes. Por isso, antes de iniciar o atendimento, é fundamental que o farmacêutico consulte os documentos disponíveis nesse sistema.

Algumas informações são especialmente relevantes e irão subsidiar a avaliação clínica quanto à **Indicação/necessidade** da farmacoterapia:

- Há quanto tempo o paciente apresenta os sintomas relacionados ao TEPT;
- Quando foi realizado o diagnóstico;
- Se houve períodos de intensificação dos sintomas, e em caso afirmativo, quando ocorreram e quais fatores podem ter contribuído para essas exacerbações;
- Quais sinais e sintomas estavam presentes no momento do diagnóstico, bem como sua evolução ao longo do tempo.

Além disso, o farmacêutico deve investigar o histórico clínico do paciente para identificar outras condições psiquiátricas e comorbidades associadas. Essa abordagem é essencial, considerando que o TEPT costuma coexistir com outras condições como depressão, transtorno de ansiedade generalizada e transtornos alimentares.

História medicamentosa do TEPT

Durante a consulta, o farmacêutico deve questionar o paciente sobre experiências anteriores com tratamentos medicamentosos para o

TEPT (Quadro 21). Caso haja histórico de uso, deve-se obter as seguintes informações:

- Qual medicamento foi utilizado;
- Em que momento e por quanto tempo utilizou;
- Qual foi a resposta obtida e, se houve alteração, qual foi o motivo;
- Presença de reações adversas.

Quadro 21.

Medicamentos utilizados no tratamento do TEPT

Medicamento	Dose inicial (mg/dia)	Faixa usual (mg/dia)	Dose máxima (mg/dia)	Observação
Sertralina	25	50-200	200	Os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Inibidores da Recaptação de Serotonina e Norepinefrina devem ser iniciados em doses baixas. A dose deve ser gradualmente aumentada para minimizar efeitos colaterais e alcançar a dose alvo. A titulação gradual para doses moderadas a altas é feita conforme a tolerância do paciente.
Fluoxetina	10	20-60	80	
Paroxetina	10	20-50	50	
Citalopram	10	20-40	40	
Venlafaxina	37,5	75-225	225	
Mirtazapina	15	15-45	45	
Trazodona	50	50-200	300	

Fonte: Gardner; Bostwick; Crouse (2022).

Para a construção da farmacoterapia atual, o farmacêutico deve coletar/confirmar as seguintes informações:

- Medicamento utilizado (informação autopreenchida a partir das informações descritas no Formulário sobre comorbidades);
- Posologia informada (Aba Medicamentos) e posologia prescrita: solicitar ao paciente o envio de cópias das prescrições;
- Modo de uso (horário, necessidade de jejum etc.);
- Período em uso, como descrito (essa informação será importante para avaliar a fase do tratamento na qual o paciente se encontra);

- Parâmetros de efetividade;
- Parâmetros de segurança;
- Parâmetros de conveniência e adesão (acesso ao medicamento, ao prescritor, dificuldade em lembrar etc.).

O farmacêutico também deve coletar informações detalhadas sobre todos os medicamentos em uso, inclusive produtos de venda livre e produtos fitoterápicos. Adicionalmente, é essencial investigar o possível uso ou histórico de uso de substâncias psicoativas, sejam elas lícitas (como o álcool) ou ilícitas (como cocaína e cannabis). Embora parte dessas informações possa estar disponível no "Questionário de Avaliação Inicial", é responsabilidade do farmacêutico abordar o tema diretamente com o paciente, sobretudo quando houver ausência de registros e após o estabelecimento de um vínculo terapêutico adequado.

O farmacêutico precisa estar atento à temporalidade do uso de medicamentos e à possível relação entre sua introdução, suspensão, ajuste ou alteração e a progressão dos sintomas ansiosos. Além disso, precisa documentar a **Experiência subjetiva com o uso de medicamentos** e usá-la em seu processo de tomada de decisão.

Avaliação das necessidades farmacoterapêuticas e identificação dos PRM de pacientes com TEPT

Objetivos terapêuticos

Os principais objetivos do tratamento farmacológico do TEPT são (Brasil, 2019; Gardner; Bostwick; Crouse, 2023):

- Reduzir a frequência e intensidade dos sintomas principais: revivência, evitação, alterações cognitivas/afetivas e hiperativação;
- Prevenir recaídas e promover estabilidade emocional;
- Reduzir o risco de comorbidades como depressão, suicídio, uso de substâncias;
- Melhorar a funcionalidade social, familiar e profissional;
- Maximizar a adesão ao tratamento e minimizar os efeitos adversos.

Esses objetivos devem ser individualizados, considerando fatores como comorbidades, eventos traumáticos vivenciados, perfil farmacogenômico,

histórico de tratamento e a fase que o paciente se encontra (Brasil, 2019; Gardner; Bostwick; Crouse, 2023):

- **Fase aguda**: o objetivo da fase aguda é a redução dos principais sintomas (revivescência intrusiva, evitação e hiperexcitação), que respondem lentamente à farmacoterapia. O tratamento deve ser iniciado com Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), em dose baixa, entre 3 e 4 semanas após a exposição ao trauma em pacientes sem melhora na resposta ao estresse agudo. A titulação da dose deve ser gradual, conforme a tolerabilidade do paciente. A avaliação da resposta ao tratamento deve ocorrer entre 8 e 12 semanas do início do tratamento (Gardner; Bostwick; Crouse, 2023).
- **Fase de continuação**: a dose dos medicamentos pode variar conforme os pacientes lidam com as experiências passadas e respondem ao tratamento. Ensaios clínicos de prevenção de recaída indicam baixas taxas de recaída com o uso dos ISRS durante essa fase (Gardner; Bostwick; Crouse, 2023).
- **Fase de manutenção e descontinuação**: se houver resposta positiva, o tratamento deve ser continuado por pelo menos 12 meses, uma vez que o uso prolongado de ISRS (9 a 12 meses) demonstrou ser eficaz na prevenção de recaídas (Gardner; Bostwick; Crouse, 2023). Caso os sintomas residuais persistam, a terapia medicamentosa deve ser continuada. A decisão de descontinuar a terapia é baseada na resposta, prevalência de recaídas, presença de estressores contínuos, efeitos adversos e preferência do paciente. Uma vez tomada a decisão de interromper a farmacoterapia, a dose do medicamento deve ser reduzida gradualmente ao longo de um período de pelo menos 1 mês, o que reduz a chance de recaída.

Avaliação farmacoterapêutica

De forma racional e sistemática, o farmacêutico deve avaliar todos os medicamentos utilizados pelo paciente. O profissional deve consultar as informações disponíveis neste Protocolo, assim como as diretrizes clínicas e monografias de medicamentos disponíveis (UptoDate, Medscape, dentre outras).

Necessidade

O tratamento do TEPT envolve abordagens não farmacológicas, farmacológicas e complementares. Dentre as intervenções não farmacológicas, a TCC é considerada o tratamento de primeira linha. Técnicas como exposição prolongada, reestruturação cognitiva e dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares (EMDR) também apresentam forte evidência de eficácia na redução dos sintomas (Brasil, 2019; Gardner; Bostwick; Crouse, 2022).

Outras intervenções incluem o *defusing* e o *debriefing* psicológico, especialmente aplicadas em contextos de segurança pública. Essas técnicas buscam promover resiliência e prevenir o desenvolvimento do transtorno logo após a exposição a eventos traumáticos (Brasil, 2019). Além disso, práticas integrativas como acupuntura, meditação *mindfulness*, yoga e *biofeedback*, têm sido utilizadas como estratégias auxiliares para melhorar a qualidade de vida e reduzir a ansiedade. Essas intervenções têm demonstrado bons resultados em populações específicas, como em policiais e demais militares (Brasil, 2019).

Quando o paciente apresentar indicação exclusiva de TCC, associada ou não a alternativas terapêuticas não farmacológicas, mas estiver utilizando um medicamento, o farmacêutico deve indicar um PRM do tipo **Tratamento farmacológico desnecessário**.

Por outro lado, a farmacoterapia do Transtorno de Estresse Pós-Traumático é indicada, principalmente, para pacientes com sintomas persistentes e moderados a graves, especialmente quando há falha ou indisponibilidade de intervenções psicoterapêuticas. Nesse contexto, o farmacêutico deve identificar as necessidades farmacoterapêuticas do indivíduo no que se refere a **Indicação/necessidade de um medicamento**.

Nessa perspectiva, os medicamentos ISRS (Quadro 22), como sertralina e paroxetina são os fármacos de primeira escolha, IRSN, como a venlafaxina e outras opções adjuvantes (Gardner; Bostwick; Crouse, 2023). O tratamento medicamentoso do TEPT deve ter duração de 8 a 12 semanas para avaliação de resposta inicial, sendo recomendada a manutenção por pelo menos 12 meses nos pacientes que responderem adequadamente. Em casos refratários, pode-se considerar a adição de antipsicóticos atípicos, como risperidona, ou a troca para outros antidepressivos, como mirtazapina ou amitriptilina (Gardner; Bostwick; Crouse, 2023).

Quadro 22.
Medicamentos de primeira escolha utilizados no tratamento do TEPT

Medicamento	Dose inicial	Dose alvo	Efeitos adversos comuns	Observações clínicas
Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina				
Sertralina	25–50 mg/dia	100–200 mg/dia	Náusea, insônia, disfunção sexual	Primeiro ISRS aprovado para TEPT pelo FDA.
Paroxetina	10–20 mg/dia	20–60 mg/dia	Sonolência, ganho de peso, disfunção sexual	Boa resposta ansiolítica; evitar na gestação
Fluoxetina	10–20 mg/dia	20–80 mg/dia	Agitação, cefaleia, insônia	Meia-vida longa, reduz risco de abstinência
Escitalopram	10 mg/dia	10–20 mg/dia	Tontura, ansiedade, diarreia	Boa tolerabilidade geral
Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina				
Venlafaxina XR	37,5–75 mg/dia	150–225 mg/dia	Sudorese, hipertensão, náuseas	Pode ser útil em comorbidade com depressão maior

Fonte: Adaptado de Boeschen et al (2021).

A venlafaxina demonstrou eficácia semelhante aos ISRS em vários estudos clínicos, com perfil de resposta favorável em sintomas de hiperativação e em pacientes resistentes aos ISRS (Davidson et al., 2001). O tratamento do TEPT deve ser iniciado em doses baixas, com titulação gradual até a dose alvo, considerando a resposta clínica e a tolerabilidade (VA/DoD, 2017; Gardner; Bostwick; Crouse, 2022).

O farmacêutico deve orientar o paciente que a resposta ao(s) medicamento(s) não é imediata; o início do efeito terapêutico para ISRS e IRSN geralmente ocorre entre duas e quatro semanas, com o pico máximo de ação em até três meses. Além disso, o indivíduo deve ser orientado que os efeitos adversos iniciais, que podem levar à descontinuação precoce, tendem a ser autolimitados e geralmente se resolvem nas primeiras duas semanas de uso dos antidepressivos (Murray, 2025).

Quadro 23.
Medicamentos adjuvantes utilizados no tratamento de casos refratários de transtorno do estresse pós-traumático

Medicamento	Indicação principal	Dose	Efeitos adversos	Observações
Prazosina	Pesadelos e insônia	1–15 mg/dia	Hipotensão, tontura, fadiga	Efetivo no tratamento de militares com TEPT noturno
Quetiapina	Irritabilidade, sintomas dissociativos	25–300 mg/dia	Sedação, ganho de peso, efeitos metabólicos	Off-label, eficaz em quadros refratários
Risperidona	Sintomas psicóticos/ dissociativos	1–4 mg/dia	Ganho de peso, sintomas extrapiramidais	Adjuvante a ISRS em casos graves
Mirtazapina	Insônia, perda de apetite	15–45 mg/dia	Sedação, aumento de apetite	Boa alternativa com ação ansiolítica
Amitriptilina	Refratariedade a todas as alternativas anteriores	75–150 mg/dia	Boca seca, constipação, ganho de peso, risco de arritmia	Pouco utilizado devido aos efeitos adversos e toxicidade

Fonte: Adaptado de Gardner; Bostwick; Crouse (2022, p. 1173); Raskind et al. (2003).

O uso de benzodiazepínicos não é recomendado no manejo do TEPT devido ao risco de dependência e piora dos sintomas dissociativos. Em alguns casos, a prazosina pode ser utilizada para tratamento de pesadelos associados ao TEPT (Gardner; Bostwick; Crouse, 2023; Raskind et al., 2013).

É importante salientar, que o farmacêutico deve esclarecer que os efeitos terapêuticos dos ISRS e IRSN não são imediatos, com início de ação esperado entre 2 e 4 semanas e resposta clínica plena em até 12 semanas.

Além disso, efeitos adversos iniciais como náusea, dor de cabeça, insônia ou agitação leve costumam ser transitórios e autolimitados, resolvendo-se nas primeiras semanas de uso (Gardner; Bostwick; Crouse, 2023; Murray, 2025).

Caso a introdução de um medicamento das classes ISRS ou IRSN em dose otimizada e por período adequado (geralmente de 8 a 12 semanas), resulte em resposta parcial ou inexistente, o quadro pode ser classificado como TEPT resistente ao tratamento. Nessa situação, desde que não haja reações adversas intoleráveis, o farmacêutico deve classificar um PRM do tipo **Necessidade de medicamento**, cuja causa é a **necessidade de tratamento adicional para obter sinergismo terapêutico**. A farmacoterapia pode ser potencializada com a adição de medicamentos adjuvantes, como:

- Prazosina (principalmente nos casos de pesadelos associados e distúrbios do sono);
- Quetiapina (nos casos de sintomas dissociativos graves ou refratariedade);
- Mirtazapina (para pacientes com insônia, inapetência e perda de peso).

A escolha da terapia adjuvante deve ser baseada no histórico do paciente, perfil de efeitos adversos e preferência individual (Gardner; Bostwick; Crouse, 2023; Murray, 2025). Um exemplo prático de PRM seria um paciente com insônia e pesadelos persistentes, associados ao TEPT, mas sem uso de terapia adjuvante com prazosina (Murray, 2025).

Efetividade

A avaliação da efetividade no TEPT envolve o monitoramento sistemático da resposta clínica aos ISRS ou ISRSN após 8 a 12 semanas de tratamento, em doses terapêuticas adequadas (Gardner; Bostwick; Crouse, 2023). Essa avaliação deve incluir a análise da redução de episódios de revivência ou insônia, bem como a avaliação da resposta subjetiva por meio da aplicação da escala PCL-5 ou por meio de relato do paciente, melhora funcional e prevenção de recaídas. A escala PCL-5 permite mensurar a intensidade dos sintomas e acompanhar a evolução clínica ao longo do tempo, devendo ser reaplicada em intervalor regulares, entre 4 e 6 semanas, ou de acordo com a necessidade clínica (American Psychiatric Association, 2014; VA/DoD, 2017).

A ausência de melhora após 8 a 12 semanas de uso dos medicamentos de primeira linha pode estar relacionada a diversos fatores, entre eles (Gardner; Bostwick; Crouse, 2023):

- Adesão inadequada ao tratamento;
- Dose subterapêutica;
- Diagnóstico incorreto;
- Presença de comorbidades não tratadas (ex.: depressão resistente, transtorno por uso de substâncias);
- Resistência farmacológica.

Quando um paciente estiver em uso de ISRS ou IRSN há tempo e dose adequados, e mesmo assim apresentar resposta parcial ou ausência de resposta, o farmacêutico deve identificar um PRM do tipo **Medicamento inefetivo**.

Nessa situação, é necessário investigar:

- Se o medicamento está corretamente indicado para os sintomas predominantes;
- Se a dose foi titulada corretamente;
- Se houve adesão contínua;
- Se o tempo de uso foi suficiente para avaliação de resposta.

Quando a causa do PRM for confirmada como "**inefetividade**", o farmacêutico deve sugerir, em articulação com o profissional médico habilitado (Murray, 2025; Raskind et al., 2013):

- Troca para outro antidepressivo de mesma classe ou diferente **(o medicamento usado não é o mais efetivo para a condição tratada**);
- Aumento gradual da dose, respeitando a dose máxima tolerada (PRM de **Dose baixa** – **a dose é muito baixa para produzir a resposta desejada ou intervalo entre doses maior que o necessário para se alcançar objetivos**);

A otimização da efetividade terapêutica depende também da educação do paciente, com foco na expectativa realista de resposta, tempo de ação e gestão dos efeitos adversos iniciais.

Segurança

A avaliação da segurança no uso dos medicamentos para o tratamento TEPT deve ser realizada antes do início e ao longo da farmacoterapia, uma vez que muitos dos medicamentos utilizados no manejo do TEPT, como ISRS, IRSN, antipsicóticos e adjuvantes (ex: prazosina, mirtazapina, quetiapina), estão associados a reações adversas frequentes, que podem variar de leves a graves (Gardner; Bostwick; Crouse, 20223). Nessa perspectiva, farmacêutico deve investigar com atenção a história clínica e medicamentosa do paciente, incluindo:

- Presença de comorbidades clínicas e psiquiátricas;
- Registro prévio de RAM;
- Histórico de alergias medicamentosas;
- Uso atual ou anterior de substâncias psicoativas.

As RAM (Apêndice C) devem ser monitoradas de forma sistemática, especialmente nas primeiras semanas de tratamento, período em que são mais prevalentes e apresentam maior potencial para a descontinuação precoce do uso dos medicamentos. Reações adversas leves ou transitórias, não relacionadas com a dose, como agitação e insônia no início da farmacoterapia, podem ser manejadas com a introdução temporária de agentes adjuvantes. Nessas situações, o farmacêutico deve classificar um PRM do tipo **Reação adversa ao medicamento** e, conforme o caso, sugerir a introdução temporária à farmacoterapia de medicamentos como gabapentina ou buspirona, sempre ponderando risco-benefício.

Por outro lado, quando a **Reação adversa ao medicamento** estiver relacionada à rápida alteração do regime posológico (titulação rápida de dose), especialmente em pacientes com sensibilidade aumentada, como os em uso de polifarmácia, o farmacêutico deve sugerir a readequação da posologia (Gardner; Bostwick; Crouse, 2023).

Medicamentos como fenitoína, ácido valpróico, carbamazepina e topiramato — usados em algumas comorbidades psiquiátricas ou neurológicas — podem alterar a concentração plasmática de antidepressivos ou potencializar efeitos sedativos, requerendo monitoramento clínico rigoroso e ajustes individualizados (Quadro 24) (Gardner; Bostwick; Crouse, 2023). Nesses casos, o farmacêutico deve classificar um PRM de **Dose alta**, uma vez que **a interação causa uma reação dose relacionada**. Outras interações medicamentosas estão descritas nos Apêndices F e G.

Quadro 24.
Segurança dos medicamentos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) e Inibidores da Recaptação de Serotonina e Norepinefrina (IRSN)

Reação adversa medicamentosa	Parâmetro	Frequência	Observações
Sintomas gastrointestinais	Perguntar sobre desconforto abdominal.	Todas as consultas	Geralmente são leves e de curta duração. Se necessário, tratar com uso de Omeprazol.
Disfunção sexual	Pergunte sobre redução do desejo, dificuldade de orgasmo (comparando com a condição basal para verificar a relação com o tratamento).	Todas as consultas	Não há manejo específico nas fontes para disfunção sexual, mas a identificação permite discussões sobre a troca de medicação ou estratégias de manejo caso o efeito seja intolerável.
Insônia e agitação	Pergunte ao paciente sobre dificuldades para dormir ou sensação de inquietude.	Todas as consultas	Podem ocorrer no início do tratamento. Recomenda-se administrar a medicação pela manhã para minimizar a insônia.

Fonte: Adaptado de Gardner; Bostwick; Crouse (2022, p. 1173)

Nessa perspectiva, o farmacêutico clínico deve:

- Avaliar esquemas terapêuticos com risco aumentado de interação;
- Investigar sintomas sugestivos de toxicidade ou efeito adverso subnotificado;
- Educar o paciente sobre sinais de alerta e importância do relato precoce de sintomas;

- Promover educação interprofissional, comunicando à equipe assistencial os achados clínicos relevantes.

Conveniência

Por fim, a conveniência do tratamento deve ser avaliada. O farmacêutico clínico deve verificar se o esquema terapêutico proposto está compatível com a realidade do paciente, sua rotina diária, nível de compreensão sobre a doença e o tratamento, bem como com a disponibilidade dos medicamentos no SUS.

A adesão ao tratamento do TEPT está relacionada à aspectos como:

- Esquema posológico simples e de fácil manejo;
- Prescrição de medicamentos disponíveis na RENAME e acessíveis nos serviços públicos locais;
- Nível de alfabetização em saúde e compreensão do diagnóstico;
- Suporte familiar e rede de apoio psicossocial;
- Expectativas realistas em relação ao tempo de resposta terapêutica e efeitos adversos (Murray, 2025; VA/DoD, 2017).

É importante destacar que nem todos os medicamentos recomendados para o TEPT constam na RENAME e, mesmo aqueles que constam, podem não estar disponíveis em todos os municípios brasileiros, o que dificulta o acesso e pode comprometer a continuidade do tratamento.

Outro aspecto essencial é o entendimento do paciente sobre sua condição clínica e o tratamento medicamentoso. Desse modo, a educação em saúde deve incluir:

- Explicação sobre o funcionamento do medicamento;
- Tempo para início da resposta terapêutica (geralmente entre duas e quatro semanas, com resposta plena em até três meses);
- Possibilidade de reações adversas iniciais (como insônia, náuseas, sonolência ou agitação), que costumam ser transitórias e autolimitadas;
- Importância da adesão contínua, mesmo na ausência de efeitos imediatos, para garantir o sucesso terapêutico (Gardner; Bostwick; Crouse, 2022).

Elaboração e implantação do plano de cuidado dos pacientes com TEPT

O plano de cuidado tem como objetivo principal garantir que os objetivos terapêuticos para o TEPT sejam alcançados. O farmacêutico também deve estabelecer um **Marco temporal** para a reavaliação dos objetivos terapêuticos definidos, realizando os ajustes necessários no plano de cuidado conforme a evolução clínica do paciente.

Com base na avaliação farmacoterapêutica, o farmacêutico deve elaborar um plano de cuidado individualizado, levando como base os seguintes componentes (Gardner; Bostwick; Crouse, 2022):

- Sugerir inclusão de prazosina para tratamento de pesadelos se sintomas persistirem;
- Ajustar a dose de ISRS se resposta parcial após oito semanas;
- Notificar reações adversas relevantes e propor ajuste na farmacoterapia (alteração do medicamento prescrito);
- Revisar prescrições com risco de interação medicamentosa.

É fundamental reforçar informações quanto ao tempo necessário para início da ação dos medicamentos, esclarecer dúvidas sobre efeitos adversos esperados e o que deve ser relatado e quanto a importância da adesão ao tratamento.

Reavaliação do paciente com TEPT

Na avaliação dos resultados, o farmacêutico deve verificar se os objetivos terapêuticos estabelecidos no plano de cuidado foram alcançados, se surgiram novos PRMs ou se é necessário descontinuar algum medicamento. A reavaliação periódica é essencial para garantir o sucesso terapêutico. Recomenda-se o:

- A cada 4 a 8 semanas no início do tratamento;
- Utilizar escalas de sintomas (ex.: PCL-5);
- Monitorar segurança e adesão;
- Promover a qualidade de vida

12. AO QUE COMPETE AO SUPERVISOR E AO QUE DEVE ESTAR ATENTO

Nessa seção serão pontuadas algumas questões relevantes que merecem a atenção dos supervisores no acompanhamento dos farmacêuticos graduandos.

1) Observar os graduandos em sua atuação e falas, conferindo como eles estão interpretando os princípios que regem este serviço, sempre ressaltando o que está posto pelo Código de Ética e o Código de Processo Ético (CFF, 2022).
2) Acompanhar o nível de conhecimento dos graduandos sobre o arcabouço teórico da atenção farmacêutica. Assim como a questão ética ao aplicá-los.
3) Acompanhar o domínio da postura e do acompanhamento farmacoterapêutico.
4) Assegurar a posse dos recursos necessários para a oferta do serviço conforme proposto neste manual, sobretudo no que diz respeito à manutenção de uma postura acolhedora, à concessão de uma escuta qualificada e do cuidado holístico.
5) Aos critérios de encaminhamento aos demais serviços, reconhecendo a presença de sintomas relevantes, como depressivos, comportamentos autodestrutivos e ideação suicida.
6) À familiaridade com a plataforma Escuta SUSP.
7) À importância do registro do prontuário.

13. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Protocolo consolida as diretrizes para o funcionamento do serviço de GTM *on-line* para profissionais de segurança pública no âmbito do projeto Escuta SUSP. O documento fundamenta-se no referencial teórico do *Pharmaceutical Care*, que define uma prática profissional centrada no paciente, na qual o farmacêutico assume a responsabilidade pela otimização da farmacoterapia do paciente visando otimizar os resultados em saúde e reduzir a morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos.

O alicerce metodológico adotado para a tomada de decisão é o *Pharmacotherapy Workup*. Esta metodologia exige que o farmacêutico utilize um raciocínio clínico lógico e sistemático, avaliando cada medicamento em uso pelo paciente quanto à sua indicação/necessidade, efetividade, segurança e conveniência. O Protocolo detalha a aplicação prática desse método no manejo de condições de saúde mental prevalentes na população-alvo, incluindo depressão, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, insônia, transtorno afetivo bipolar e transtorno de estresse pós-traumático, fornecendo parâmetros de monitorização específicos para cada condição. A identificação, prevenção e resolução de PRM constituem o foco da intervenção farmacêutica, assegurando que o paciente utilize os medicamentos mais adequados à sua condição clínica e realidade pessoal.

O documento também enfatiza a gestão da prática e a necessária articulação com a equipe multidisciplinar do projeto Escuta SUSP, incluindo os fluxos de encaminhamento e critérios de elegibilidade. A documentação rigorosa e padronizada é apresentada como um pilar indispensável, servindo como prova do exercício profissional, respaldo legal e ético, e ferramenta essencial para a continuidade do cuidado e avaliação da qualidade do serviço prestado.

Recomenda-se, portanto, que os farmacêuticos clínicos executem com disciplina todas as etapas do processo de cuidado: coleta de dados e anamnese, avaliação das necessidades farmacoterapêuticas, elaboração do plano de cuidado e reavaliação de resultados. É imperativo que o profissional estabeleça objetivos terapêuticos claros e datas de retorno definidas para mensurar a resolução dos PRM. Desta forma, o serviço de GTM tem potencial para consolidar-se como um componente essencial no âmbito do projeto Escuta SUSP, contribuindo para a recuperação da saúde mental e a valorização da vida dos profissionais de segurança pública.

14. REFERÊNCIAS

Agência Nacional De Vigilância Sanitária (Brasil). (2025). *Consultas* – Medicamentos. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2025. https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/.

Agência Nacional De Vigilância Sanitária (Brasil). (2024). *Bulário eletrônico*: Alprazolam. [*s.l.*]: ANVISA, 25 nov. 2024. https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/detalhe/3466235?nomeProduto=ALPRAZOLAM.

Agência Nacional De Vigilância Sanitária (Brasil). (2025). *Documento de conformidade*: consulta de preços de medicamentos. Brasília, DR: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2025. https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/precos/arquivos/pdf_conformidade_site_20250807_115642184.pdf/@@download/file.

American College of Clinical Pharmacy (ACCP). (2014a). Standards of practice for clinical pharmacists. *Pharmacotherapy*, 34, 794-797. http://www.accp.com/docs/positions/guidelines/StndrsPracClinPharm_ Pharmaco8-14.pdf.

American College of Clinical Pharmacy (ACCP). (2014b). Clinical pharmacy should adopt a consistent process of direct patient care. *Pharmacotherapy*, 34(8), 133-148. https://accpjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/phar.1459

American College of Clinical Pharmacy (ACCP). (2018). *The patient care process for delivering comprehensive medication management (CMM):* Optimizing Medication Use in Patient-Centered, Team-Based Care Settings. http://www.accp.com/cmm_care_process.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais:* DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed. https://membros.analysispsicologia.com.br/wp-content/uploads/2024/06/DSM-V.pdf.

Associação Brasileira Do Sono. (2023). *Consenso de diagnóstico e tratamento da insônia em adultos 2023*. São Paulo: Segmento Farma Editores, 2023. São Paulo, SP: Segmento Farma Editores. https://absono.com.br/wp-content/uploads/2024/07/30332-Consenso-Brasileiro-de-Insonia.pdf.

Associação Médica Brasileira. (2012). *Transtorno do pânico:* Diagnóstico. Projeto Diretrizes. São Paulo, SP: Associação Médica Brasileira. https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/transtorno_do_panico.pdf.

Baldiw, D. (2025). *Generalized anxiety disorder in adults:* epidemiology, pathogrnesis, clinical manifestaitons, course, evaluantion and diagnosis. *In*: UpToDate, 09 abr. 2025. https://www.uptodate.cn/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis/print.

Bizinoto, P.C.F.B. (2019). Estudo dos afastamentos de servidores da Polícia Civil do Estado de Goiás por motivo de transtornos mentais. *Qualia – A Ciência em Movimento*, 5(1), 56-78. file:///D:/Usu%C3%A1rios/prct00152145/Downloads/ldefaria,+Journal+manager,+444-1373-1-CE%20(2).pdf.

Boyer, E.W. (2024). *Serotonin syndrome (serotonin toxicity)*. *In*: UpToDate. Waltham, MA, 12 set. 2024. https://www.uptodate.com/contents/serotonin-syndrome-serotonin-toxicity

.

Boustani, M.A. et. al. (2008). Impact of anticholinergics on the aging brain: a review and practical application. *Aging health*, 4. https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2217/1745509X.4.3.311.

Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. 56. Ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

Brasil. (1990). Lei Federal, n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, prevê como objetivo do SUS a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 set. 1990. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

Brasil. (2014). Lei n. 13.021, de 08 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas e obriga o farmacêutico, no exercício de suas atividades. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 08 ago. 2014. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13021.htm.

Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. (2019). *Caderno técnico de tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT*. Brasília: Secretaria Nacional de Segurança Pública. https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-seguranca/seguranca-publica/pro-vida/caderno-tecnico-de-tratamento-do-transtorno-de-estresse-pos-traumatico/view.

Brasil. Ministério da Saúde. (2016). Portaria n. 315, de 30 de março de 2016. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Transtorno Afetivo Bipolar. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 mar. 2016. file:///D:/Usu%C3%A1rios/prct00152145/Downloads/PCDT_TranstornoAfetivoBipolar_TipoI.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. (2024). Portaria n. 4.379, de 14 de junho de 2024. Altera a Portaria de Consolidação DM/MS n. 2, de 28 de setembro de 2017, para estabelecer as Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 jun. 2024. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4379_17_06_2024.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. (2014). *Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica*. Brasília, 2014. 308. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_farmaceutico_atencao_basica_saude_2.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. (2023). *Você já teve insônia?* Saiba que 72% dos brasileiros sofrem com alterações no sono. Saúde, Brasília, 17 mar. 2023. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/voce-ja-teve-insonia-saiba-que-72-dos-brasileiros-sofrem-com-alteracoes-no-sono.

Brasil. (2004). Resolução n. 338, 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF,

06 mai. 2004. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html.

Brummel, A; Carlson, A.M. (2016). Comprehensive medication management and medication adherence for chronic conditions. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 22(1), 56-62. https://www.jmcp.org/doi/epdf/10.18553/jmcp.2016.22.1.56

Clonazepam dosage (2024). [*s.l.*]: Drugs.com, 28 ago. 2024. https://www.drugs.com/dosage/clonazepam.html.

Conselho Federal De Farmácia (Brasil). (2013). Resolução n. 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 ago. 2013. http://www.cff.org.br.

Conselho Federal De Farmácia (Brasil). (2013). Resolução n. 586, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta a prescrição farmacêutica e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 ago. 2013. http://www.cff.org.br.

Conselho Federal De Farmácia (Brasil). (2022). Resolução n. 727 de 30 de junho de 2022. Dispõe sobre a regulamentação da telefarmácia. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 jun. 2022. https://site.cff.org.br/noticia/noticias-do-cff/20/07/2022/publicada-a-resolucao-da-telefarmacia.

Conselho Federal De Farmácia (Brasil). (2016). *Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade:* contextualização e arcabouço conceitual. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia, 200 p. il, 2016. https://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf.

Conselho Federal De Farmácia (Brasil). (2019). *Integração da avaliação acadêmica com a visão profissional. In*: Formação farmacêutica no Brasil. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia, 2019. p. 77-82. https://www.cff.org.br/userfiles/livro_caef21maio2019.pdf.

Coryell, W. *Depression in adults:* course of illness. (2024). *In*: UpToDate, 07 ago. 2024. https://www.uptodate.com/contents/depression-in-adults-course-of-illness.

Cipolle, R.J.; Strand, Lm; Morley, P.C. (2004). *Pharmaceutical care practice:* The clinician's guide. 2nd ed. New York: McGraw Hill.

Cipolle, R.J.; Strand, Lm; Morley, P.C. (2012). *Pharmaceutical care practice:* The clinician's guide. 3 ed. New York: McGraw Hill.

Christan, S.; Bordoni, B. (2024). *Physiology, Acetylcholine*. *In*: STATPEARLS, 2024. Atualizado em 10 abr. 2024. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK557825/.

Davidson, J. R. et al. (2001). Efficacy of sertraline in preventing relapse of posttraumatic stress disorder: results of a 28-week double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 1974-1981. https://psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.ajp.158.12.1974.

Dopp, J.M.; Phillips, B.G. (2023). Sleep disorders. *In*: DIPIRO, J.T. et al. *Dipiro's Pharmacotherapy:* A Pathophysiologic Approach. 12. ed. New York: McGraw Hill 1187-1199.

Dunkley, E. J. C. et al. (2003). The hunter serotonin toxicity criteria: Simple and accurate diagnostic decision rules for serotonin toxicity. *QJM: An International Journal of Medicine*, 96(9), 635-642. https://doi.org/10.1093/qjmed/hcg109.

English, B.A. (2012). Clinically significant psychotropic drug-drug interactions in the primary care setting. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 376-390. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4335312/pdf/nihms639947.pdf.

Entringer, S. *Hydroxyzine*. (2024). In: Drugs.com. https://www.drugs.com/hydroxyzine.html.

Fagundes, A.M. et al. (2024). Transtorno de ansiedade generalizada: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(2), 1–11. 10.34119/bjhrv7n2-211.

Gardner, K.N.; Bostwick, J.R.; Crouse, E.L. (2023). Posttraumatic stress disorder and obsessive-compulsive. *Trends Psychiatry Psychother*, 45. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10241527/.

Disorder. *In*: DIPIRO, J.T. et al. *Dipiro's Pharmacotherapy*: A Pathophysiologic Approach. 12. ed. New York: McGraw Hill, 2023, 1173-1186.

Gaynes, B.N. (2025). *Depression in adults:* clinical features and diagnosis. In: UpToDate, 30 jun. 2025. https://www.uptodate.com/contents/depression-in-adults-clinical-features-and-diagnosis.

Gonçalves, R.; Togeiro, S. M. G. (2013). Drug-induced sleepiness and insomnia: an update. *Sleep Science*, São Paulo, 6(1), 36-43, 2013. https://abmsono.org/wp-content/uploads/2021/09/sonolendrogas.pdf.

Gray, S.L. et al. (2015). Cumulative use of strong anticholinergic medications and incident dementia: A prospective cohort study. *JAMA Internal Medicine*, 175(3), 401-415, 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25621434/ Acesso em: 23 out. 2025.

Hirsch, M; Birnbaum, R. (2024). *Sexual dysfunction caused by selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs):* clinical features and management. *In*: UpToDate, 06 mai. 2024. https://www.uptodate.com/contents/sexual-dysfunction-caused-by-selective-serotonin-reuptake-inhibitors-ssris-clinical-features-and-management.

Hirsch, M; Birnbaum, R. (2025). *Switching antidepressant medication in adults*. *In*: UpToDate, 26 set. 2025. https://www.uptodate.com/contents/switching-antidepressant-medications-in-adults.

Huang, W.C. et al. (2023). Association between recently raised anticholinergic burden and risk of acute cardiovascular events: nationwide case-case-time-control study. *The BMJ*, 382. https://www.bmj.com/content/382/bmj-2023-076045.

Jak, X. (2022). A guide to deprescribing anticholinergics. *Primary Health Tasmania*, 382. https://www.primaryhealthtas.com.au/wp-content/uploads/2023/03/A-guide-to-deprescriing-anticholinergics.pdf.

Joint Commission of Pharmacy Practitioners (JCPP). (2014). *Pharmacists' patient care process*. https://jcpp.net/wp-content/uploads/2016/03/PatientCareProcess-with-supporting-organizations.pdf.

Jonge, P. et al. (2016). Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depression And Anxiety*, 33(12), 1155-1177. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5143159/.

Krishnan, K.R.R. (2025). *Depression in adults:* epidemiology. *In*: UpToDate, 18 jul. 2025. https://www.uptodate.com/contents/major-depression-in-adults-epidemiology.

Levitan, M.N. et al. (2013). Brazilian Medical Association guidelines for the diagnosis and differential diagnosis of panic disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4), 406-415, 2013. https://www.scielo.br/j/rbp/a/YCmxQGsC4NkY4B3v4ZYSxRh/?lang=en.

Lorax: comprimidos. (2025). São Paulo: Pfizer. 1 bula de remédio. https://www.pfizer.com.br/files/Lorax_Profissional_de_Saude_16.pdf.

Massad, E., Marin, H.F., Azevedo Neto R.S. (2003). *O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico*. [*online*]. São Paulo: H. de F. Marin. https://www.sbis.org.br/biblioteca_virtual/prontuario.pdf.

Mcinnis, T.; Strand, L.M.; Webb, C.E. (2012). The Patient-Centered Medical Home: Integrating Comprehensive Medication Management to Optimize Patient Outcomes. 2nd ed., *Patient-Centered Primary Care Collaborative*. PCPCC Medication Management Task Force collaborative document. Washington, D.C. https://www.pcpcc.org/sites/default/files/media/medmanagement.pdf

Melton, S.T; Kirkwood, C.K. (2023). Generalized anxiety disorder, Panic disorder, and social. *In*: DIPIRO, J.T. et al. *Dipiro's Pharmacotherapy:* A Pathophysiologic Approach. 12. ed. New York: McGraw Hill, 1151-1171.

Michael, J.O. (2025). *Bipolar disorder in adults:* assessment and diagnosis. *In*: UpToDate, 23 jun. 2025. https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-assessment-and-diagnosis.

Mikkelsen, N.; Damkier, P.; Pedersen, S.A. (2023). Serotonin syndrome-A focused review. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, p. 124-129. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37309284/.

Murray B.S. (2025). *Posttraumatic stress disorder in adults: treatment overview*. *In*: UpToDate, 02 set. 2025. Waltham, MA: Wolters Kluwer, 2025. https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-adults-treatment-overview.

Murray, B.S; Craske, M. (2025). *Generalized anxiety disorder in adults:* treatment. *In*: UpToDate, 09 abr. 2025. https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-management.

Nascimento, Y.A; Silva, L. D.; Ramalho De Oliveira, D. (2020). Experiences with the daily use of medications among chronic hepatitis C patients. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 16, 33-40. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1551741118303899?via%3Dihub.

Nascimento, Y.A; Ramalho-De-Oliveira, D. (2021). The subjective experience of using medications: What we know and the paths forward. *Pharmacy*, 9(1), 50. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33801298/.

NeubauneR, D.N. (2025a). *Evaluation and diagnosis of insomnia in adults*. *In*: UpToDate, 18 jul. 2025. https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-diagnosis-of-insomnia-in-adults.

Neubauner, D.N. (2025b). *Pharmacotherapy for insomnia in adults*. *In*: UpToDate, 11 ago. 2025. https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-insomnia-in-adults.

NPS MedicineWise. (2022). *Anticholinergic burden*: A toolkit to improve resident outcomes in aged care facilities. Sydney: NPS MedicineWise. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.nps.org.au/assets/NPS/pdf/Anticholinergics-2022-RACF-Toolkit.pdf.

Nishtala, P.S.; Salahudeen, M.S.; Hilmer, S.N. (2016). *Anticholinergics*: theoretical and clinical overview. *In*: Expert Opinion on Drug Safety, 2016. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26966981/.

Nishtala, P. S. et al. (2014) Associations of drug burden index with falls, general practitioner visits, and mortality in older people. *Pharmacoepidemiology and Drug*. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24723335/.

Núcleo De Telessaúde Sergipe. (2016). Como proceder em casos de uso crônico de benzodiazepínicos em pacientes com histórico de insônia? *BVS Atenção Primária em Saúde*. https://aps-repo.bvs.br/aps/como-proceder-em-casos-de-uso-cronico-de-benzodiazepinicos-em-pacientes-com-historico-de-insonia/.

Nunes Neto, P.R. (2013). *Prevalência de depressão bipolar em pacientes da atenção primária*. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Federal do Ceará, Ceará. https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11958/1/2013_dis_prnunesneto.pdf.

Osório, F.L. et al. (2009). Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45, 216-227. https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x.

Pantuzza, L.L. et al. (2017). Association between medication regimen complexity and pharmacotherapy adherence: a systematic review. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 73, 1475-1489. https://link.springer.com/article/10.1007/s00228-017-2315-2.

Patient-Centered Primary Care Collaborative. (2012). *The patient-centered medical home*: Integrating comprehensive medication management to optimize patient outcomes. 2nd ed. Patient-Centered Primary Care Collaborative. Washington, D.C.

Pedraza, F.S.; Peres, A.J.S. (2025). Prevalência de transtornos mentais e comportamentais em uma instituição policial brasileira. *Revista Psicologia & Saúde*, 17. https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/2990.

Post, R.M. (2025). *Bipolar disorder in adults:* choosing maintenance treatment. *In*: UpToDate, 08 mai. 2025. https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-choosing-maintenance-treatment.

Ramalho De Oliveira, D. (2011) *Atenção farmacêutica:* da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa. São Paulo: RCN Editora, 328.

Raskind, M.A. et al (2013). A trial of prazosin for combat trauma PTSD with nightmares in active-duty soldiers returned from Iraq and Afghanistan. *American Journal of Psychiatry*, 170(9), 1003-1010. https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2013.12081133.

Roubik, C.F. (2021). *Transtorno do Pânico:* uma visão geral da doença e tratamentos disponíveis. Trabalho de Conclusão (Curso de Farmácia-Bioquímica) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo. https://bdta.abcd.usp.br/directbitstream/130738d7-cc6c-45ac-98ea-69756c330996/3066121.pdf.

Roy-Byrne, P.P.; Craske M. (2025). *Panic disorder in adults: treatment overview*. *In*: UpToDate, 13 mai. 2025. https://www.uptodate.com/contents/panic-disorder-in-adults-treatment-overview.

Rush, A.J. (2023). *Effect of antidepressants on suicide risk in adults*. In: UpToDate, 21 dez. 2023. https://www.uptodate.com/contents/effect-of-antidepressants-on-suicide-risk-in-adults#:~:text=However%2C%20all%20antidepressants%20in%20the,two%20months)%20%5B4%5D.

Rush, A.J. (2024). *Major depressive disorder in adults:* initial treatment with antidepressants. *In*: UpToDate, 17 set. 2024. https://www.uptodate.com/contents/major-depressive-disorder-in-adults-approach-to-initial-management.

Rush, A.J. (2025). *Major depressive disorder in adults:* approach to initial management. *In*: UpToDate, 21 fev. 2025. https://www.uptodate.com/contents/major-depressive-disorder-in-adults-initial-treatment-with-antidepressants.

Rushton, W.F.; Charlton, N.P. (2014). Dexmedetomidine in the treatment of serotonin syndrome. *Annals of Pharmacotherapy*, 48, (12), 1651-1654. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25169248/.

Salahudeen, M.S.; Duffull, S.B.; Nishtala, P.S. (2015). Anticholinergic burden quantified by anticholinergic risk scales and adverse outcomes in older people: a systematic review. *BMC Geriatrics*. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4377853/.

Salum, G.A.; Blaya, C.; Manfro, G.G. (2009). Transtorno do pânico. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(2), 86-94. https://www.scielo.br/j/rprs/a/VgdKjMfjhGfGcFTdBgYCq6G/?lang=pt&format=pdf.

Sateia, M.J. et al. (2017). Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 13(2), 307-349. https://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.6470.

Shelton, R.C.; Bobo, W.V. (2024). *Bipolar major depression in adults:* choosing treatment. *In*: UpToDate, 21 mai. 2024. https://www.uptodate.com/contents/bipolar-major-depression-in-adults-choosing-treatment.

Shoemaker, S.J.; Ramalho De Oliveira, D. (2008). Understanding the meaning of medications for patients: the medication experience. *Pharmacy World Science*, 30(1), 86-91. https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-007-9148-5

Shoemaker et al. (2011). The medication experience: Preliminary evidence of its value for patient. 83(3), 443-450. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21435815/

Sørengård, T.A. et al. (2021). Associations between sleep and work-related cognitive and emotional functioning in police employees. *Safety and Health at Work*, 12(3), 359-364. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34527397/.

Sousa, R.C.; Barroso, S.M.; Ribeiro, A.C.S. (2022). Aspectos de saúde mental investigados em policiais: uma revisão integrativa. *Saúde e Sociedade*, 31(2). https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/201008.

Souza, D.V. et al. (2024) O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) durante o período pandêmico: a psicoterapia como possibilidade. *Journal of*

Media Critiques. 10(26), 01-19. https://journalmediacritiques.com/index.php/jmc/article/view/53/43.

Spadaro, A. et al (2022). *High risk and low prevalence diseases:* Serotonin syndrome. The American Journal of Emergency Medicine, 61, 90-97. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0735675722005307.

Stovall, J.M.D. (2024). *Bipolar mania and hypomania in adults:* choosing pharmacotherapy. *In*: UpToDate, 21 jun. 2024. https://www.uptodate.com/contents/bipolar-mania-and-hypomania-in-adults-choosing-pharmacotherapy.

Teodoro et al. (2024). *Manual de funcionamento do processo de avaliação do serviço I*: Avaliação e aconselhamento psicológico on-line para os profissionais de segurança pública.

Vandenberg, A.M. (2023). Depressive disorders. Dipiro, J.T. et al. *In*: *Dipiro's Pharmacotherapy:* A Pathophysiologic Approach. 12. ed. New York: McGraw Hill, 2023, p. 1107-1131.

Yip, K.; Tanen, D. (2025). *Serotonin Syndrome*. *In*: MSD Manual Professional Version. Rahway, NJ: Merck & Co., Inc., mai. 2025. https://www.msdmanuals.com/professional/injuries-poisoning/heat-illness/serotonin-syndrome.

Winkelman, J.W. (2025). *Overview of the treatment of insomnia in adults*. *In*: UpToDate, 20 ago. 2025. https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-insomnia-in-adults.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies:* evidence for action. Geneva, Switzerland. http://whqlibdoc.who. int/publications/2003/9241545992.pdf.

World Health Organization. (2017). Medication without harm: WHO Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva, Switzerland. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf

15. APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – Formulário sobre comorbidades e uso de medicamentos

Presença de doenças

Alguma vez na sua vida um médico ou outro profissional de saúde disse que você tem ou já teve alguma dessas doenças? É possível selecionar mais de uma resposta.

- ☐ Diabetes
- ☐ Hipertensão
- ☐ Dislipidemia (colesterol alto)
- ☐ Insuficiência cardíaca
- ☐ Infarto / angina (cardiopatia isquêmica)
- ☐ Cirrose
- ☐ Asma / bronquite
- ☐ Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)
- ☐ Artrose
- ☐ Artrite
- ☐ Doença renal
- ☐ Dor crônica
- ☐ Dor nas costas / coluna
- ☐ Fibromialgia
- ☐ Gastrite / úlcera
- ☐ Refluxo gástrico
- ☐ Lúpus
- ☐ Obesidade
- ☐ Hipotireoidismo / hipertireoidismo
- ☐ Depressão
- ☐ Ansiedade
- ☐ Outra (espaço para texto livre)

Uso atual de medicamentos

Atualmente, você está em uso de medicamento(s) prescritos ou que você usa por conta própria?

☐ Sim
☐ Não

Se sim, informe o nome dos medicamentos nos campos abaixo, utilizando um campo para cada medicamento em uso:

APÊNDICE B – Posologia e velocidade de titulação dos medicamentos usados no manejo dos transtornos de saúde mental

Medicamento	Dose inicial (mg/dia)	Dose usual (mg/dia)	Dose máxima (mg/dia)	Velocidade de titulação	Observações importantes
Inibidores seletivos de recaptação de serotonina					
Citalopram	20[a]	20-40[a,b]	40[a,c]	1 semana	Em geral, a dose máxima é determinada pelo prolongamento do intervalo QT. Para pessoas com 60 anos ou mais de idade, a dose usual é de 20 mg. Também é utilizado no manejo do estresse pós-traumático.
	10b				
	10c	10-40[c]			
Escitalopram	10a	10-30[a]	30[a]	1 semana	Também é utilizado no manejo do transtorno bipolar e no estresse pós-traumático.
	5b	10-20[b,c]	20[b]		
	5-10[c]		20[c]		
Fluoxetina	10-20[a]	20-60[a]	80[a]	1 semana	Reações adversas transitórias no início do tratamento: náuseas, diarreia e sonolência. Sintomas de abstinência podem surgir caso a descontinuação do medicamento não seja realizada de forma gradual. Também é utilizada no manejo do transtorno bipolar e no estresse pós-traumático.
	5[b]	10-30[b]	80[b]		
	10-20[c]	20-60[c]	60[c]		

Medicamento	Dose inicial (mg/dia)	Dose usual (mg/dia)	Dose máxima (mg/dia)	Velocidade de titulação	Observações importantes
Fluvoxamina	50[a]	100-200[a]	300[a,b,d]	1 semana	Doses diárias superiores a 150 mg devem ser divididas em duas administrações, preferencialmente com a maior dose administrada à noite. Reações adversas transitórias no início do tratamento ou no ajuste de dose: náuseas, diarreia e sonolência.
	50[b]	100-200[b]			
	50[d]	50-300[d]			
Paroxetina	10-20[a]	20-40[a]	50[a]	10 mg a cada semana	Sintomas de abstinência podem surgir caso a descontinuação do medicamento não seja realizada de forma gradual. Também é utilizada no manejo do transtorno bipolar e no estresse pós-traumático.
	10[b]	20-40[b]	50[b]	10 mg a cada semana	
	20[c]	20-50[c]	50[a]	1 semana	
Paroxetina CR	25[a]	25-50[a]	62,5[a]	12,5 mg a cada semana	Sintomas de abstinência podem surgir caso a descontinuação do medicamento não seja realizada de forma gradual. Também é utilizada no manejo do transtorno bipolar.
	12,5[b,c]	25-75[b]	75[b]		
		25-37,5[c]	37,5[c]		
Sertralina	25[a,b]	50-200[a,b,c]	200[a,b]	25 mg a cada semana	Também é utilizada no manejo do transtorno bipolar e do transtorno pós-traumático.
	25c		200[c]	25 mg a cada semana. Posteriormente, 50 mg a cada uma ou duas semanas[c]	

Medicamento	Dose inicial (mg/dia)	Dose usual (mg/dia)	Dose máxima (mg/dia)	Velocidade de titulação	Observações importantes
Inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina					
Desvenlafaxina	25-50[a,c]	50-100[a] 50[c]	200[a,c]	1 semana	Não há evidências de que doses superiores a 50 mg/dia proporcionem benefício adicioná-la. Doses de até 400 mg por dia foram avaliadas em estudos clínicos; no entanto, a tolerabilidade tende a diminuir significativamente em doses superiores a 50 mg. Sintomas de abstinência podem surgir caso a descontinuação do medicamento não seja realizada de forma gradual.
Duloxetina	30-60a 30c	60 a 60-120c	120[a,c]	30 mg a cada semana	A dose de 120 mg/dia pode ser administrada em 1-2 vezes/dia. Doses superiores a 60 mg/dia não têm eficácia aumentada para o tratamento da depressão e ansiedade.
Venlafaxina	37,5-75[a,c,e]	75-375[a,c,e]	375[a,c,e]	75 mg, no mínimo, a cada 4 dias.	Sintomas de abstinência podem surgir caso a descontinuação do medicamento não seja realizada de forma gradual.

Medicamento	Dose inicial (mg/dia)	Dose usual (mg/dia)	Dose máxima (mg/dia)	Velocidade de titulação	Observações importantes
Venlafaxina XR	37,5-75[a,b,c,e]	75-225[a,b,c,e]	225[a,b,c,e]	75 mg, no mínimo, a cada 4 dias[a,c,e]	Sintomas de abstinência podem surgir caso a descontinuação do medicamento não seja realizada de forma gradual.
	37,5[b]			75 mg, no mínimo, a cada 7 dias[b]	
Antidepressivos atípicos					
Agomelatina	25[a]	25-50[a]	50[a]	25 mg após 2 semanas	O medicamento deve ser administrado em dose única, ao deitar-se.
Bupropiona	200[a]	300[a]	450[a]	150 mg 1x ao dia a 150 mg 2x ao dia a partir do 3º dia	A dose única máxima recomendada é de 150 mg. Deve-se respeitar a dose máxima diária e a administração em doses únicas para minimizar o impacto no limiar convulsivo. Este medicamento é contraindicado em pacientes com distúrbios alimentares, como bulimia e anorexia, devido ao maior risco de distúrbios eletrolíticos, que aumentam a probabilidade de convulsões.
Bupropiona XL 24h	150[a]	300[a]	450[a]	150 a 300 mg a cada 4 dias.	A dose de 450 mg somente deverá ser utilizada se o paciente não apresentar melhora dos sintomas após 4 semanas de uso da dose de 300 mg.

Medicamento	Dose inicial (mg/dia)	Dose usual (mg/dia)	Dose máxima (mg/dia)	Velocidade de titulação	Observações importantes
Bupropiona SR 12h	150[a]	300[a]	300[a]	150 mg 1x ao dia a 150 mg 2x ao dia a partir do 3° dia	A dose única máxima recomendada é de 150 mg.
Mirtazapina	15-30[a,c]	15-45[a] 15-60[c]	60[a,c]	15 mg a cada 1 semana	O tratamento com uma dose adequada deve resultar em uma resposta positiva dentro de 2 a 4 semanas. É geralmente bem tolerada e pode ser utilizada como adjuvante para melhora do sono e do apetite. Também é utilizada no manejo do transtorno do estresse pós-traumático.
Moduladores de serotonina					
Trazodona	50-150[a,e]	150-400[a,e]	600[a,e]	50 mg a cada 3 ou 4 dias	A dose máxima para pacientes ambulatoriais é de 400 mg ao dia. A dose 600 mg é reservada para pacientes com depressão grave hospitalizados. Também é utilizada no manejo da insônia.
Vilazodona	10[a,c]	20-40[a,c]	40[a,c]	1 semana	-
Vortioxetina	10[a,c]	20[a,c]	20[a,c]	15 dias	-

Medicamento	Dose inicial (mg/dia)	Dose usual (mg/dia)	Dose máxima (mg/dia)	Velocidade de titulação	Observações importantes
Antidepressivos tricíclicos					
Amitriptilina	25[a]	150-300[a]	300[a]	25 mg a cada 5 a 7 dias	Preferencialmente em doses divididas, mas pode ser administrada em dose única diária ao deitar-se. Também pode ser utilizada no tratamento da insônia e como adjuvante no tratamento do estresse pós-traumático.
	10[b]	75-250[b]	250[b]		
Clomipramina	25[a]	100-250[a]	300[a]	25 a 100 ou 150 mg/dia durante a primeira semana	Uma vez constatada melhor dos sintomas, ajustar a posologia diária para 50 a 10 mg.
Imipramina	25-75[a]	150-300[a]	300[a]	A dose diária habitual no início do tratamento é de 25 mg 1-3 vezes ao dia. No decorrer da primeira semana, a dose diária pode ser aumentada gradualmente para 150-200 mg	Pode ser administrada em dose única diária ao deitar-se ou em doses divididas. Também é utilizada no manejo do transtorno do pânico.
	10[c]	75-150 em doses dividida[c]	200[c]	Gradualmente, podendo ocorrer na primeira semana, conforme tolerância	
Nortriptilina	25[a]	50-150[a]	200[a]	Aumento gradual conforme necessidade e tolerância	Pode ser administrada em dose única diária ao deitar-se ou em doses divididas.

Medicamento	Dose inicial (mg/dia)	Dose usual (mg/dia)	Dose máxima (mg/dia)	Velocidade de titulação	Observações importantes
Antipsicóticos atípicos - em associação com antidepressivos (“potencializadores”)					
Quetiapina	50[a,c,d,e]	150[a,c,d,e]	600[a,c,d,e]	Após 3 dias de uso, pode ser aumentada para a dose usual	O tratamento deve ser iniciado em doses baixas. 150 mg pode ser utilizada a formulação de liberação imediata, dividida em três doses ao dia. Também é utilizada no manejo da insônia.
Quetiapina XR	25 a 50 (50 ao deitar-se) [a,c,d]	50 a 300[a,c,d]	300[a,c,d]	A dose diária no início do tratamento é de 50 mg nos dias 1 e 2, e 150 mg nos dias 3 e 4	Também é utilizada no manejo da insônia.
Olanzapina	5[a,c,d]	20[a,c,d]	20[a,c,d]	5 mg a cada 3 a 7 dias	-
Aripiprazol	2-5[a]	1,5-3[a]	20[a]	5 mg a cada 1 semana	Também é utilizado no manejo da ansiedade e do transtorno bipolar.
Brexpiprazol	0,5-1[a]	2[a]	3[a]	1 semana. Titular para 1 mg uma vez ao dia e, em seguida, titular para a dose alvo de 2 mg uma vez ao dia	Também é utilizado no manejo do transtorno bipolar.
Risperidona	0,25-0,5[d]	1-1,5[d]	3[d]	0,25 mg a 1 mg a cada 3 a 7 dias	Também é utilizado no manejo da depressão, ansiedade e transtorno pós-traumático.

Medicamento	Dose inicial (mg/dia)	Dose usual (mg/dia)	Dose máxima (mg/dia)	Velocidade de titulação	Observações importantes
Lurasidona	20[a,d]	20-60[a,d]	60[a,d]	20 mg após 2 a 7 dias de uso	Deve ser administrada junto com uma refeição.
Cariprazina	1,5[d]	2-3[d]	4,5[d]	A cada 15 dias	-
Estabilizadores de humor					
Carbonato de lítio	300[d]	300 a 1800[d]	1800[d]	300 mg a cada 2 dias até 900 mg[d]	Nível sérico terapêutico: 0,6-1,2 mEq/L[d]
Ácido valpróico	250[d]	250 a 2000[d]	2000[d]	250 mg a cada 2 dias até 750 mg[d]	Nível sérico terapêutico: 50-125 mcg/mL[d]
Carbamazepina	200[d]	200 a 1000[d]	1000[d]	200 mg a cada 2 dias até 600 mg[d]	Nível sérico terapêutico: 8-12 mcg/mL[d]
Lamotrigina	25[d]	25 a 200 mg/dia[d]	300 mg/dia[d]	25 mg/dia nas primeiras 4 semanas, 100 mg/dia na quinta semana até ser atingida a dose-alvo[d]	-
Benzodiazepínicos					
Alprazolam	0,25 mg 3x/dia[b]	4-10[b]	10[b]	1 mg a cada 3 ou 4 dias.	Também é utilizado no manejo da insônia.
	0.25-0.5[c]	0.5-6[c]			
Alprazolam XR	0,5-1[b]	1-10[b]	10[b]	1 mg a cada 3 ou 4 dias.	-
Clonazepam	0,25; 1-2 vezes/dia[b]	1-4[b]	4[b,c]	1 mg duas ou três vezes ao dia	Meia-vida longa: 18 a 50 horas. Também é utilizado no manejo da insônia.
	0,25-0,5[c]	0.5- 4[c]			

Medicamento	Dose inicial (mg/dia)	Dose usual (mg/dia)	Dose máxima (mg/dia)	Velocidade de titulação	Observações importantes
Diazepam	2-5 mg; 3 vezes/ dia[b,c]	5-20[b,c]	20[b,c]	10 mg duas ou quatro vezes ao dia	Meia-vida muito longa: 50 a 100 horas. Também é utilizado no manejo da insônia.
Lorazepam	0,5-1 mg; 3 vezes/ dia[b]	2-8[b]	8[b]	Aumentar gradativamente. A dose noturna deve ser aumentada antes da dose diurna	Também é utilizado no manejo da ansiedade e da insônia.
	0,5-1 mg (0,5, 2 vezes/ dia)[c]	2-6[c]	6; 2 vezes/dia	Aumentar gradativamente. A dose noturna deve ser aumentada antes da dose diurna	Meia-vida intermediária: 10 a 14 horas
Bromazepam	6[c]	6-30[c]	36[c]	Iniciar com doses baixas e aumentar gradativamente.	Meia vida intermediária: 8 a 20 horas. Também é utilizado no manejo da insônia.
Outros					
Buspirona	10 em doses divididas[c]	10-60 em doses divididas[c]	60c	10 mg a cada uma ou duas semanas.	O medicamento deve ser testado na dose máxima tolerada por 6 semanas antes de concluir que é ineficaz.
Gabapentina	300[c]	300-2400 em doses divididas [c]	3600[c]	100 mg a cada semana	Também é utilizada no manejo da síndrome das pernas inquietas.
Pregabalina	150 em doses divididas[c]	150-300 em doses divididas [c]	600[c]	150 mg a cada semana	Também é utilizada no manejo da síndrome das pernas inquietas.

Medicamento	Dose inicial (mg/dia)	Dose usual (mg/dia)	Dose máxima (mg/dia)	Velocidade de titulação	Observações importantes
Hidroxizina	50 na hora de dormir[c]	25- 50 três a quatro vezes ao dia[c]	400[c]	25 mg por dia a cada três a cinco dias	Não é recomendado o uso deste medicamento por mais de 4 meses.

[a]manejo da depressão; [b]manejo do transtorno do pânico; [c]manejo da ansiedade generalizada, [d]manejo da bipolaridade, [e]manejo do transtorno do estresse pós-traumático.

Fonte: Adaptado de Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2025); Boeschen et al (2021); Entringer (2024); Gardner; Bostwick; Crouse (2022).

APÊNDICE C – Principais reações adversas relacionadas aos medicamentos utilizados para o tratamento das condições de saúde mental

Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina		
Reação adversa	Parâmetro	Manejo / Observações
Ansiedade e nervosismo	Gravidade e impacto na funcionalidade e qualidade de vida do paciente	Em pacientes com diagnóstico de ansiedade, iniciar o tratamento com doses mais baixas. Reações adversas são mais comuns no início do tratamento.
Hiponatremia	Sódio plasmático (Na+)	Geralmente ocorrem 72 horas após o início do tratamento. Reações adversas são mais comuns em mulheres, principalmente idosas.
Sintomas gastrointestinais	Frequência e gravidade	Geralmente as reações adversas são leves e de curta duração. Em caso de pirose e/ou epigastralgia, pode ser realizado manejo com omeprazol. Reações adversas melhoram com a titulação lenta da dose.
Alteração sono	Padrão de sono	Fluoxetina: mais excitante; Paroxetina: mais sedativa.

Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina		
Disfunção sexual	Gravidade e impacto na funcionalidade e qualidade de vida do paciente	O relato espontâneo desse sintoma tende a ser baixo e, portanto, é fundamental abordar o tema de forma direta. Avaliar a relação temporal entre o início do sintoma e a introdução da farmacoterapia. O sintoma é reversível com a descontinuação do medicamento.
Efeitos anticolinérgico	Boca seca, constipação, retenção urinária, alteração estado mental	Paroxetina: evitar em idosos.
Alteração intervalo QT (Citalopram e Escitalopram)	Eletrocardiograma, eletrólitos (K+ e Mg+2)	Sugerir a suspensão se intervalo QT > 500 ms (persistente) ou aumento >50 ms do valor basal.
Síndrome Serotoninérgica	Ansiedade, agitação, confusão, delírio, hiperreflexia, rigidez muscular, mioclonia, taquicardia, taquipneia, hipertensão, midríase, diaforese e tremor	Geralmente ocorre com a coadministração de múltiplos medicamentos serotoninérgicos.
Risco de suicídio	Escala de avaliação de risco de suicídio (deve ser aplicada após o início ou a retirada de um ou mais medicamentos)	Em caso de ideação suicida, encaminhar para o serviço de psicologia e/ou psiquiatria.
Inibidores Seletivos da Receptação de Serotonina e Noradrenalina		
Alteração sono (insônia)	Padrão de sono	Duloxetina: menos provável. Administrar pela manhã.
Disfunção sexual	Avaliar gravidade e impacto na qualidade de vida	O relato espontâneo tende a ser baixo, portanto, perguntar diretamente. Avaliar a relação temporal com a farmacoterapia. Reversível com a retirada do medicamento.

Sudorese	Frequência e gravidade	Pode ser necessário alterar a farmacoterapia.
Náuseas	Frequência e gravidade	Melhora com titulação lenta da dose.
Alterações cardiovasculares	Pressão arterial e frequência cardíaca	Menos provável com duloxetina. Reduzir a dose ou retirar.
Hiperlipidemia	Perfil lipídico: aumento do colesterol total, lipoproteína de baixa densidade (LDL) e triglicérides	Apenas para: Desvenlafaxina. Dose relacionada.
Hepatotoxicidade	Avaliação da função hepática através da dosagem de enzimas hepáticas – alanina aminotransferase (ALT) e aminotransferase (AST)	Apenas para: Duloxetina. Pode ser transitória, principalmente no início do tratamento.
Síndrome Serotoninérgica	Ansiedade, agitação, confusão, delírio, hiperreflexia, rigidez muscular, mioclonia, taquicardia, taquipneia, hipertensão, midríase, diaforese e tremor.	Geralmente ocorre com a coadministração de múltiplos medicamentos serotoninérgicos.
Risco de suicídio	Escala de avaliação de risco de suicídio (deve ser aplicada após o início ou a retirada de um ou mais medicamentos)	Em caso de ideação suicida, encaminhar para o serviço de psicologia e/ou psiquiatria.
Antidepressivos tricíclicos		
Efeitos anticolinérgicos	Constipação, visão borrada, retenção urinária ou boca seca	Monitorar em todas as consultas. Mais comum: Amitriptilina, Imipramina. Avaliar motilidade gastrointestinal diminuída.
Alterações cardiovasculares	Alterações no eletrocardiograma Pressão arterial, frequência cardíaca	Alterações do eletrocardiograma são dependentes da dose. Prolongamento do intervalo QT e arritmias ventriculares são potencialmente fatais. Risco importante em: pacientes com ideação suicida e pacientes com alterações cardiovasculares prévias.

Ansiedade e nervosismo	Avaliar gravidade e impacto na funcionalidade e qualidade de vida	Mais comum no início do tratamento. Iniciar com doses baixas em pacientes com ansiedade
Sedação	Padrão de sono	Pode ter um início na primeira a terceira semanas após o início ou aumento da dose. Avaliar horário de uso (preferencialmente à noite). Mais comum: Amitriptilina, imipramina.
Hipotensão Ortostática	Pressão arterial e frequência cardíaca	Pode ser necessário realizar alteração da farmacoterapia. Mais comum: Amitriptilina, imipramina.
Síndrome Serotoninérgica	Ansiedade, agitação, confusão, delírio, hiperreflexia, rigidez muscular, mioclonia, taquicardia, taquipneia, hipertensão, midríase, diaforese e tremor	Geralmente ocorre com a coadministração de múltiplos medicamentos serotoninérgicos.
Ganho de peso	Peso, Índice de Massa Corporal (IMC) e circunferência de abdominal	Manejo da dieta.
Disfunção sexual	Avaliar gravidade e impacto na qualidade de vida	O relato espontâneo tende a ser baixo, portanto, perguntar diretamente. Avaliar a relação temporal com a farmacoterapia. Reversível com a retirada do medicamento.
Risco de suicídio	Escala de avaliação de risco de suicídio (deve ser aplicada após o início ou a retirada de um ou mais medicamentos)	Em caso de ideação suicida, encaminhar para o serviço de psicologia e/ou psiquiatria.

Antidepressivos atípicos		
Ação mista		
Trazodona		
Hipotensão ortostática	Pressão arterial e frequência cardíaca	Pode ser necessário realizar manejo da farmacoterapia.
Priapismo	Ereção persistente e com dor	Procurar atendimento médico se a duração for superior a 4 horas.
Sonolência e Sedação	Padrão de sono	Avaliar horário de uso (preferencialmente à noite).
Vilazodona e Vortioxetina		
Náuseas	Frequência e gravidade	Manejo deve ser realizado com a titulação lenta da dose.
Antagonista 5-HT e α2		
Mirtazapina		
Aumento de peso	Aumento peso (>7%)	Manejo da dieta.
Inibidor da recaptação de noradrenalina e dopamina		
Bupropiona		
Aumento da atividade convulsiva	Eletroencefalograma	Evitar em pacientes com histórico de abuso de álcool, distúrbios alimentares ou história prévia de convulsão.
Efeitos anticolinérgicos	Constipação, visão borrada, retenção urinária ou boca seca	Monitorar em todas as consultas.
Insônia	Padrão de sono	Administrar pela manhã.

Antipsicóticos		
Efeitos anticolinérgicos	Constipação, visão borrada, retenção urinária ou boca seca	Monitorar em todas as consultas.
Intolerância a glicose e DM2	Glicemia em jejum e hemoglobina glicada (Hb1Ac)	Monitorar a cada 3 meses. Evitar clozapina e olanzapina como 1° opção se risco de diabetes mellitus.
Dislipidemia	Perfil lipídico	Monitorar a cada 3 meses.
Ganho de peso	Peso, IMC e circunferência de abdominal	Monitorar mensalmente por 3 meses e depois trimestralmente. Trocar se ganho de peso for maior que 5%. Mais comum: Olanzapina. Desse modo, contraindicada para paciente com risco cardiovascular alto.
Hiperprolactinemia	Mulher: presença de leite e irregularidade menstrual Homem: aumento das mamas; presença de leite Em caso de hiperprolactinemia, dosar nível de prolactina	Monitorar em todas as consultas e avaliar troca. A reação, geralmente, associa-se ao uso de risperidona em altas doses.
Sedação	Padrão de sono	Avaliar horário de uso (preferencialmente à noite).
Disfunção sexual	Avaliar gravidade e impacto na qualidade de vida	O relato espontâneo tende a ser baixo, portanto, perguntar diretamente. Avaliar a relação temporal com a farmacoterapia. Reversível com a retirada do medicamento.

Sintomas extrapiramidais (distonia, acatisia, parkinsonismo)	Inquietação, ansiedade, tremor, disartria, dificuldade de iniciar movimentos	Monitorar, principalmente, 4 semanas após início e alterações da dose. Biperideno: avaliar suspensão do medicamento ou tratamento da reação adversa. Mais comum: aripiprazol.
Alterações Cardiovasculares	Pressão arterial e frequência cardíaca	No início do tratamento monitorar semanalmente, posteriormente, avaliação mensal. Hipotensão ortostática: Tolerância (2-3 meses); se não apresentar melhora, reduzir dose ou realizar troca do tratamento.
Prolongamento do intervalo QT	Eletrocardiograma	Mais comum: Risperidona e quetiapina. Monitorar principalmente ao aumentar a dose ou ao acrescentar algum medicamento.
Benzodiazepínicos		
Depressão do sistema nervoso central (SNC)	Sonolência, ataxia (falta de coordenação motora), tontura, fadiga e comprometimento psicomotor	A sonolência é um efeito dose-dependente. A tolerância aos seus efeitos sedativos geralmente se desenvolve com o tempo. Ataxia tende a ser transitória.
Depressão respiratória	Frequência respiratória	Mais comum: Diazepam. Evitar uso com outras substâncias depressoras, como opioides e álcool. O uso em pacientes com doença respiratória importante, incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica ou apneia do sono, deve ser feito com cautela ou evitado.

Amnésia anterógrada	Apesar do reconhecimento do risco, não há atualmente um processo formal de monitoramento ativo	Efeito é relacionado à dose. Maior risco com uso concomitante de álcool. Comprometimento da memória fica limitado a uma janela de 90 minutos após cada dose.
Ansiolíticos não benzodiazepínica / Indutores do sono		
Zolpidem		
Parassonia	Sentar-se, caminhar ou outros comportamentos complexos ocorrem durante o sono	Interromper o uso imediatamente. Efeitos tendem a ser dose-dependentes e reversíveis com a descontinuação. A administração deve ser realizada imediatamente antes de dormir.
Comprometimento no dia seguinte	Sonolência no dia seguinte e diminuição do estado de alerta mental	Efeitos tendem a ser dose-dependentes e reversíveis com a descontinuação.
Hipotensão postural	Tontura ao se levantar	Orientar risco ao paciente. Evitar uso com outras substâncias depressoras, como opioides e álcool.
Reações paradoxais	Agitação, irritabilidade, insônia agravada e desinibição	Considerar suspensão ou substituição.
Buspirona		
Sintomas gastrointestinais	Avaliar frequência e gravidade	Tende a ser transitório.
Sonolência	Padrão de sono	Tende a ser transitório. Avaliar horário de uso (preferencialmente à noite).

Estabilizadores de humor		
Carbonato de lítio		
Poliúria e Polidipsia	Dosagem trimestral de creatinina e ureia	Risco de desidratação e distúrbios eletrolíticos. Necessário verificar a ingestão adequada de sódio e líquidos. Dose e duração-relacionado. A poliúria e a polidipsia podem ser marcadores precoces de insuficiência renal a longo prazo.
Ganho de Peso	Peso, IMC e circunferência de abdominal	Pode levar a um ganho de peso de 10 kg ou mais ao longo do tempo, com um aumento médio de 6 kg.
Hipotireoidismo	Letargia, cognição prejudicada, ganho de peso, pele seca e intolerância ao frio. Hormônio Estimulante da Tireoide (TSH) e cálcio sérico devem ser dosados semestralmente	Os sintomas depressivos podem piorar ou surgir Monitorar TSH: 1 a 2 vezes nos primeiros 6 meses de tratamento, e depois uma vez por ano em pacientes estáveis.
Sintomas gastrointestinais	Avaliar frequência e gravidade	Dose-relacionado. Administrar com as refeições para diminuir sintomas.
Tremor	Avaliar a presença e a intensidade do tremor	Pode diminuir espontaneamente com o tempo Tremores grosseiros e espasmos musculares podem indicar toxicidade do lítio
Intoxicação	Exacerbação dos efeitos adversos Nível sérico ≥1,5 mEq/L	Concentrações séricas de lítio devem ser avaliadas semestralmente.

Anticonvulsivantes		
Carbamazepina		
Rash cutâneo	Avaliar sintomas de hipersensibilidade	O medicamento deve ser descontinuado. RAM: inclui necrólise epidérmica tóxica e síndrome de Stevens-Johnson.
Anemia aplástica e agranulocitose	Realizar hemograma anualmente	Avaliar diminuição de plaquetas ou leucócitos Avaliar mensalmente nos primeiros 3 meses.
Sintomas gastrointestinais	Avaliar frequência e gravidade	
Ácido Valpróico / Valproato de Sódio		
Hepatotoxicidade	Mal-estar, fraqueza, letargia, edema facial, anorexia e vômito. Função hepática (ALT e AST)	Avaliar função hepática antes de iniciar o medicamento. Não relacionado à dose. Mais comum nos primeiros 6 meses de tratamento, mas pode ocorrer a qualquer momento. Monitorar função hepática trimestralmente.
Pancreatite	Dor abdominal, náuseas, vômitos e/ou anorexia	Se diagnosticada, descontinuar o medicamento.
Trombocitopenia	Realizar hemograma trimestralmente	Se atentar ao diagnóstico de dengue ou outra condição que possa acarretar alteração plaquetária. Aumenta com doses mais altas.
Depressão do SNC	Sonolência, ataxia (falta de coordenação motora), tontura, fadiga e comprometimento psicomotor.	Início e duração correlacionam-se com o aumento da concentração.
Ganho de peso	Peso, IMC e circunferência de abdominal	Manejo da dieta.

Lamotrigina		
Sintomas gastrointestinais	Avaliar frequência e gravidade	Principalmente esofagite.
Depressão do SNC	Sonolência, ataxia (falta de coordenação motora), tontura, fadiga e comprometimento psicomotor.	A sonolência é um efeito dose-dependente. A tolerância aos seus efeitos sedativos geralmente se desenvolve com o tempo. Ataxia tende a ser transitória.
Rash cutâneo	Avaliar sintomas de hipersensibilidade	Associado com ácido valpróico aumenta risco. Iniciar com dose baixa e titular lentamente.
Artralgia	Avaliar dor em articulações.	Avaliar prática de atividade física para fortalecimento muscular. Analgésicos podem ser utilizados para manejo pontual da dor.

Fonte: Dopp; Phillips (2023); Gardner, Bostwick, Crouse (2023); Melton; Kirkwood (2023); Michael (2025); Rush (2024).

APÊNDICE D – Síndrome anticolinérgica

A carga anticolinérgica refere-se ao efeito cumulativo de medicamentos com ação anticolinérgica, ou seja, que bloqueiam a acetilcolina (ACh) (Salahudeen et al., 2015). O mecanismo subjacente à carga anticolinérgica está relacionado ao bloqueio do neurotransmissor ACh em seus receptores (Boustani et al., 2008; NISHTALA et al., 2016). A ACh é um neurotransmissor com ação no sistema nervoso central e periférico, ela está envolvida na modulação da memória, da contração muscular, das funções digestivas e da regulação da frequência cardíaca (Rang et al, 2016).

Os efeitos dos medicamentos anticolinérgicos são resultantes principalmente da intensificação da transmissão colinérgica nas sinapses colinérgicas autonômicas e na junção neuromuscular (Rang et al, 2016). Esses medicamentos são utilizados no manejo de diversas condições de clínicas, como transtornos depressivos e ansiosos, doenças cardiovasculares, incontinência urinária, asma, alergias e outras. Contudo, a administração simultânea de múltiplos medicamentos com efeito anticolinérgico pode elevar a carga colinérgica e, consequentemente, o risco de efeitos adversos (Nishtala et al., 2016).

Existem três tipos principais de fármacos anticolinesterásicos, são eles de ação curta, de duração média e irreversíveis, que se diferem quanto à natureza da interação química que estabelecem com a colinesterase (Rang et al, 2016). A avaliação da carga anticolinérgica deve ser considerada em todo paciente que utilize ao menos um medicamento com essa propriedade (Nishtala et al., 2016). Os principais medicamentos anticolinérgicos estão descritos no quadro abaixo:

Classe	Alta atividade colinérgica	a alta em atividade colinérgica	Atividade anticolinérgica moderada a baixa
Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina (ISRSN)	-	Paroxetina	Citalopram, escitalopram, fluoxetina, sertralina, venlafaxina

Classe	Alta atividade colinérgica	a alta em atividade colinérgica	Atividade anticolinérgica moderada a baixa
Antidepressivos tricíclico e outros	Amitriptilina, clomipramina, imipramina	Nortriptilina	Mirtazapina, moclobemida
Antiepilépticos	-	-	Carbamazepina
Anti-histamínicos	Dexclorfeniramina, difenidramina, doxilamina, prometazina	-	Cetirizina, fexofenadina, loratadina
Antieméticos	-	-	-
Antipsicóticos	Clorpromazina, levomepromazina	Clozapina, olanzapina, quetiapina	Aripiprazol, haloperidol, carbonato de lítio, risperidona, ziprasidona
Benzodiazepínicos	-	Alprazolam	Clobazam, clonazepam, diazepam, lorazepam
Broncodilatadores (antimuscarínicos)	Ipratrópio	-	-
Medicamentos cardíacos	Atropina	Digoxina	-
Diuréticos	-	Furosemida	-
Gabapentinoides	-	-	Gabapentina, pregabalina
Medicamentos gastrointestinais	Hioscina	-	Domperidona, loperamida, metoclopramida
Relaxantes musculares esqueléticos	Orfenadrina	-	-

Classe	Alta atividade colinérgica	a alta em atividade colinérgica	Atividade anticolinérgica moderada a baixa
Opióides	-	-	Codeína, fentanil, metadona, morfina, oxicodona, tramadol
Medicamentos para Parkinson	-	-	Amantadina, levodopa
Medicamentos para urgência e incontinência urinária	Oxibutinina, solifenacina	-	-

Fonte: Adaptado de Boustani et al (2008).

Efeitos anticolinérgicos agudos no sistema nervoso central e periférico

Os medicamentos anticolinérgicos afetam tanto nas sinapses colinérgicas centrais quanto nas periféricas (Christan; Bordoni, 2023). Seus efeitos sobre o sistema nervoso central (SNC) decorrem da redução da atividade da Ach no cérebro, sendo determinados pela capacidade do medicamento em permear a barreira hematoencefálica e por sua afinidade pelos receptores muscarínicos (JAK, 2022). Por outro lado, os efeitos no sistema nervoso periférico estão relacionados à ação anticolinérgicos nos receptores muscarínicos, que resulta na diminuição da secreção de Ach e da contração muscular (Jak, 2022). Os principais efeitos agudos associados ao uso de medicamentos anticolinérgicos incluem:

- Efeitos periféricos: xerostomia, visão turva, constipação intestinal, retenção urinária, taquicardia e redução da sudorese (JAK, 2022).
- Efeitos sob o sistema nervoso central: sonolência e sedação, tontura, confusão mental e dificuldade de concentração, prejuízo cognitivo e delírio (Jak, 2022).

Além disso, evidências científicas indicam aumento no risco de eventos cardiovasculares agudos no período imediatamente subsequente à elevação da carga anticolinérgica, ou seja, ou seja, após a introdução de um novo medicamento com atividade anticolinérgica (Huang et al., 2023).

Por outro lado, a consequência crônica mais relevante da carga anticolinérgica é a neurotoxicidade cumulativa e sua possível associação com o risco de demência, incluindo doença de Alzheimer (Gray et al, 2015).

Tratamento da carga anticolinérgica

O manejo clínico da carga anticolinérgica tem como objetivo principal a sua redução. A decisão de reduzir ou interromper um medicamento exige uma avaliação criteriosa e individualizada, considerando principalmente a necessidade do uso contínuo, ou não, do medicamento. Medicamentos com atividade anticolinérgica devem ser descontinuados gradualmente para prevenir a síndrome de descontinuação colinérgica. De modo geral, a dose deve ser reduzida em 25% a 50% ao longo de uma a quatro semanas. Em pacientes em uso prolongado pode ser necessária uma redução ainda mais lenta. Quando as formulações disponíveis dificultam o fracionamento, a administração em dias alternados pode ser uma estratégia (BPAC, 2024).

Caso não seja possível descontinuar o uso do medicamento, deve-se considerar a substituição de medicamentos com alto potencial anticolinérgico por alternativas mais seguras ou considerar a diminuição da dose. Essa decisão deve ser discutida com o paciente, avaliando os riscos e os benefícios (redução de efeitos adversos). Paralelamente, estratégias não farmacológicas devem sempre adotadas (Best Practice Advocacy Centre New Zealand, 2024).

A síndrome de descontinuação colinérgica pode manifestar-se poucos dias após a interrupção abrupta de medicamentos anticolinérgicos e persistir por seis a oito semanas. O risco é particularmente elevado com antidepressivos, antipsicóticos, opioides e anti-histamínicos sedativos. Os sintomas mais comuns são náuseas, vômitos, diarreia, sudorese, ansiedade e insônia. Em casos de sintomas graves como taquicardia ou hipotensão, pode ser necessário reiniciar o medicamento na menor dose eficaz (BPAC, 2024).

Em adição, a implementação de intervenções não farmacológicas constitui uma importante estratégia no manejo dos sintomas, especialmente em condições de depressão e insônia. Entre as principais abordagens recomendadas, destacam-se (NPS Medicinewise, 2022):

- Estabelecer uma rotina de sono regular;
- Aplicar técnicas de redução de estresse;
- Reduzir o consumo de álcool;
- Terapia cognitivo-comportamental (TCC).

Por fim, é crucial reconhecer que nem sempre é possível evitar o uso de medicamentos com atividade anticolinérgica, e, em determinadas situações, seu uso pode ser clinicamente necessário. Para pacientes em uso crônico de medicamentos anticolinérgicos, no caso de necessidade do uso agudo, os medicamentos anticolinérgicos devem ser utilizados na menor dose eficaz e pela menor duração possível (BPAC, 2024).

APÊNDICE E – Carga anticolinérgica

A carga anticolinérgica refere-se ao efeito cumulativo de medicamentos com ação anticolinérgica, ou seja, que bloqueiam a acetilcolina (ACh) (Salahudeen et al., 2015). O mecanismo subjacente à carga anticolinérgica está relacionado ao bloqueio do neurotransmissor ACh em seus receptores (Boustani et al., 2008; Nishtala et al., 2016). A ACh é um neurotransmissor com ação no sistema nervoso central e periférico, ela está envolvida na modulação da memória, da contração muscular, das funções digestivas e da regulação da frequência cardíaca (Rang et al, 2016).

Os efeitos dos medicamentos anticolinérgicos são resultantes principalmente da intensificação da transmissão colinérgica nas sinapses colinérgicas autonômicas e na junção neuromuscular (RANG et al, 2016). Esses medicamentos são utilizados no manejo de diversas condições de clínicas, como transtornos depressivos e ansiosos, doenças cardiovasculares, incontinência urinária, asma, alergias e outras. Contudo, a administração simultânea de múltiplos medicamentos com efeito anticolinérgico pode elevar a carga colinérgica e, consequentemente, o risco de efeitos adversos (Nishtala et al., 2016).

Existem três tipos principais de fármacos anticolinesterásicos, são eles de ação curta, de duração média e irreversíveis, que se diferem quanto à natureza da interação química que estabelecem com a colinesterase (Rang et al, 2016). A avaliação da carga anticolinérgica deve ser considerada em todo paciente que utilize ao menos um medicamento com essa propriedade (Nishtala et al., 2016). Os principais medicamentos anticolinérgicos estão descritos no quadro abaixo:

Classe	Alta atividade colinérgica	a alta em atividade colinérgica	Atividade anticolinérgica moderada a baixa
Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina (ISRSN)	-	Paroxetina	Citalopram, escitalopram, fluoxetina, sertralina, venlafaxina

Classe	Alta atividade colinérgica	a alta em atividade colinérgica	Atividade anticolinérgica moderada a baixa
Antidepressivos tricíclico e outros	Amitriptilina, clomipramina, imipramina	Nortriptilina	Mirtazapina, moclobemida
Antiepilépticos	-	-	Carbamazepina
Anti-histamínicos	Dexclorfeniramina, difenidramina, doxilamina, prometazina	-	Cetirizina, fexofenadina, loratadina
Antieméticos	-	-	-
Antipsicóticos	Clorpromazina, levomepromazina	Clozapina, olanzapina, quetiapina	Aripiprazol, haloperidol, carbonato de lítio, risperidona, ziprasidona
Benzodiazepínicos	-	Alprazolam	Clobazam, clonazepam, diazepam, lorazepam
Broncodilatadores (antimuscarínicos)	Ipratrópio	-	-
Medicamentos cardíacos	Atropina	Digoxina	-
Diuréticos	-	Furosemida	-
Gabapentinoides	-	-	Gabapentina, pregabalina
Medicamentos gastrointestinais	Hioscina	-	Domperidona, loperamida, metoclopramida
Relaxantes musculares esqueléticos	Orfenadrina	-	-

Classe	Alta atividade colinérgica	a alta em atividade colinérgica	Atividade anticolinérgica moderada a baixa
Opióides	-	-	Codeína, fentanil, metadona, morfina, oxicodona, tramadol
Medicamentos para Parkinson	-	-	Amantadina, levodopa
Medicamentos para urgência e incontinência urinária	Oxibutinina, solifenacina	-	-

Fonte: Adaptado de Boustani et al (2008).

Efeitos anticolinérgicos agudos no sistema nervoso central e periférico

Os medicamentos anticolinérgicos afetam tanto nas sinapses colinérgicas centrais quanto nas periféricas (Christan; Bordoni, 2023). Seus efeitos sobre o sistema nervoso central (SNC) decorrem da redução da atividade da Ach no cérebro, sendo determinados pela capacidade do medicamento em permear a barreira hematoencefálica e por sua afinidade pelos receptores muscarínicos (Jak, 2022). Por outro lado, os efeitos no sistema nervoso periférico estão relacionados à ação anticolinérgicos nos receptores muscarínicos, que resulta na diminuição da secreção de Ach e da contração muscular (Jak, 2022). Os principais efeitos agudos associados ao uso de medicamentos anticolinérgicos incluem:

- Efeitos periféricos: xerostomia, visão turva, constipação intestinal, retenção urinária, taquicardia e redução da sudorese (Jak, 2022).
- Efeitos sob o sistema nervoso central: sonolência e sedação, tontura, confusão mental e dificuldade de concentração, prejuízo cognitivo e delírio (Jak, 2022).

Além disso, evidências científicas indicam aumento no risco de eventos cardiovasculares agudos no período imediatamente subsequente à elevação da carga anticolinérgica, ou seja, ou seja, após a introdução de um novo medicamento com atividade anticolinérgica (Huang et al., 2023).

Por outro lado, a consequência crônica mais relevante da carga anticolinérgica é a neurotoxicidade cumulativa e sua possível associação com o risco de demência, incluindo doença de Alzheimer (Gray et al, 2015).

Tratamento da carga anticolinérgica

O manejo clínico da carga anticolinérgica tem como objetivo principal a sua redução. A decisão de reduzir ou interromper um medicamento exige uma avaliação criteriosa e individualizada, considerando principalmente a necessidade do uso contínuo, ou não, do medicamento. Medicamentos com atividade anticolinérgica devem ser descontinuados gradualmente para prevenir a síndrome de descontinuação colinérgica. De modo geral, a dose deve ser reduzida em 25% a 50% ao longo de uma a quatro semanas. Em pacientes em uso prolongado pode ser necessária uma redução ainda mais lenta. Quando as formulações disponíveis dificultam o fracionamento, a administração em dias alternados pode ser uma estratégia (BPAC, 2024).

Caso não seja possível descontinuar o uso do medicamento, deve-se considerar a substituição de medicamentos com alto potencial anticolinérgico por alternativas mais seguras ou considerar a diminuição da dose. Essa decisão deve ser discutida com o paciente, avaliando os riscos e os benefícios (redução de efeitos adversos). Paralelamente, estratégias não farmacológicas devem sempre adotadas (Best Practice Advocacy Centre New Zealand, 2024).

A síndrome de descontinuação colinérgica pode manifestar-se poucos dias após a interrupção abrupta de medicamentos anticolinérgicos e persistir por seis a oito semanas. O risco é particularmente elevado com antidepressivos, antipsicóticos, opioides e anti-histamínicos sedativos. Os sintomas mais comuns são náuseas, vômitos, diarreia, sudorese, ansiedade e insônia. Em casos de sintomas graves como taquicardia ou hipotensão, pode ser necessário reiniciar o medicamento na menor dose eficaz (BPAC, 2024).

Em adição, a implementação de intervenções não farmacológicas constitui uma importante estratégia no manejo dos sintomas, especialmente em condições de depressão e insônia. Entre as principais abordagens recomendadas, destacam-se (NPS Medicinewise, 2022):

- Estabelecer uma rotina de sono regular;
- Aplicar técnicas de redução de estresse;
- Reduzir o consumo de álcool;
- Terapia cognitivo-comportamental (TCC).

Por fim, é crucial reconhecer que nem sempre é possível evitar o uso de medicamentos com atividade anticolinérgica, e, em determinadas situações, seu uso pode ser clinicamente necessário. Para pacientes em uso crônico de medicamentos anticolinérgicos, no caso de necessidade do uso agudo, os medicamentos anticolinérgicos devem ser utilizados na menor dose eficaz e pela menor duração possível (BPAC, 2024).

APÊNDICE F – Inibidores e indutores do citocromo P450 hepático (CYP450) e transportadores envolvidos no metabolismo de medicamentos

Substratos CYP450		Inibidor		Indutor	
		Psicotrópico	Outro	Psicotrópico	Outro
1A2	Cafeína	Fluvoxamina (+++)	Cimetidina (+)	Fenobarbital	Rifampicina
	Teofilina	Fluoxetina (+)	Omeprazol	Carbamazepina	
	Antidepressivos tricíclicos	Paroxetina (+)	Fluoroquinolonas	Fenitoína	
	Duloxetina	Sertralina (+)	Ticlopidina		
	Mirtazapina				
	Clozapina				
	Haloperidol				
	Olanzapina				
2C9	Varfarina	Ácido valpróico (+)	Fluconazol (+++)	Carbamazepina	Rifampicina
	Losartana	Fluoxetina (++)	Mico azol (++)		
	Anti-inflamatórios não esteroidais		Amiodarona (++)		
	Glipizida				
	Bloqueadores dos receptores da angiotensina				

Substratos CYP450		Inibidor		Indutor	
		Psicotrópico	Outro	Psicotrópico	Outro
2C19	Benzodiazepínicos	Fluvoxamina (+++)	Cetoconazol	Carbamazepina	Rifampicina
	Inibidores da bomba de prótons	Fluoxetina (+)	Cimetidina	Ácido valpróico	
	Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (citalopram)		Omeprazol	Fenobarbital	
	Amitriptilina		Lansoprazol	Fenitoína	
2D6	β-bloqueadores	Bupropiona (+++)	Terbinafina (++)	Nenhum	Nenhum
	Antiarrítmicos de classe 1C	Fluoxetina (+++)	Cimetidina (+)		
	Codeína	Paroxetina (+++)	Amiodarona (+)		
	Amitriptilina	Duloxetina (++)	Ritonavir (+)		
	Sertralina	Sertralina (+)			
	Haloperidol	Citalopram (+)			
	Antidepressivos tricíclicos	Escitalopram (+)			
	Risperidona	Haloperidol (+)			
	Tramadol				
	Venlafaxina				
	Duloxetina				
	Aripiprazol				

Substratos CYP450		Inibidor		Indutor	
		Psicotrópico	Outro	Psicotrópico	Outro
3A4	Acetominofeno	Fluvoxamina (+++)	Claritromicina (+++)	Carbamazepina (+++)	Rifampicina (+++)
	Benzodiazepínicos		Eritromicina (++)	Fenitoína (+++)	Ritonavir (++)
	Estatinas		Fluconazol (+++)	Fenobarbital (++)	Efavirenz
	Macrolídeos		Cetoconazol (+++)	Erva de São João (++)	Pioglitazona
	Quinidina		Itraconazol (+++)	Morfina (+)	Glicocorticoides
	Indinavir, Ritonavir		Cimetidina (+)	Nicotina (+)	
	Anlodipino, Felodopina		Verapamil (++)	Topiramato (+)	
	Diltiazem		Diltiazem (++)		
	Atorvastatina				
	Buspirona				
	Sertralina				
	Venlafaxina				
	Mirtazapina				
	Haloperidol				
	Iloperidona				
	Trazodona				

Substratos CYP450		Inibidor		Indutor	
		Psicotrópico	Outro	Psicotrópico	Outro
UGT	Antipsicóticos de primeira geração	Diclofenaco (+++)		Carbamazepina (++)	Rifampicina (+)
	Antipsicóticos de segunda geração	Anti-inflamatórios não esteroidais (++)		Fenitoína (++)	Carbapenêmicos (+)
	Antidepressivos tricíclicos	Ácido valpróico (+)		Fenobarbital (++)	
	Anti-inflamatórios não esteroidais			Lamotrigina (+)	
	Carvedilol				
	Furosemida				
	Morfina				
	Tramadol				
	Lorazepam				
OATP1A2	Atenolol		Verapamil		
	Ciprofloxacino				
	Pravastatina				
OATP2B1	Estatinas		Ciclosporina		
OAT1	Captopril		Indometacina		
	Furosemida		Olmesartana		

Substratos CYP450		Inibidor		Indutor	
		Psicotrópico	Outro	Psicotrópico	Outro
OUT3	Amatadina		Bisoprolol		
	Lamivudina		Carvedilol		
	Metformina		Ranitidina		
	Ranitidina				
MDR1 (P-gp)	Digoxina	Haloperidol	Claritromicina	Midazolam	Clotrimazol
	Fexofenadina	Amitriptilina	Ciclosporina	Fenobarbital	Nifedipina
	Ritonavir		Itraconazol	Fenitoína	
	Antidepressivos tricíclicos		Verapamil	Morfina	
	Antipsicóticos atípicos			Nicotina	
	Inibidores seletivos da recaptação de serotonina				
	Topiramato				
	Gabapentina				
	Carbamazepina				
	Lamotrigina				

Inibição relativa: (+) = insignificante-baixa; (++) = moderada; (+++) = alta

Fonte: Adaptado de ENGLISH et al (2012).

APÊNDICE G – Manejo clínico de interações medicamentosas comumente identificadas entre medicamentos psicotrópicos

Medicamento	Medicamentos em uso concomitante	Mecanismo	Manejo clínico
Benzodiazepínicos (diazepam, alprazolam, midazolam)	Fluvoxamina	Farmacocinético: inibição do CYP3A4	Reduzir a dose de benzodiazepínico em 50%. Monitorar os efeitos excessivos no sistema nervoso central.
	Claritromicina		
	Antifúngicos azólicos		
	Tiazolidinedionas (pioglitazona)	Farmacocinético: indutor do CYP3A4	Considere aumentar a dose de benzodiazepínico; monitore a eficácia
Antidepressivos tricíclicos (amitriptilina)	Paroxetina	Farmacocinético: inibição do CYP2D6	Reduzir a dose de antidepressivo tricíclico; considerar obter os níveis do medicamento antidepressivo tricíclico; monitorar os efeitos no sistema nervoso central e no cardiovascular.
	Fluoxetina		
Antipsicóticos (fenotiazinas, haloperidol)	Fluoxetina	Farmacocinético: inibição do CYP2D6	Aumento do risco de EPS; considere redução da dose de haloperidol.
	Fluvoxamina	Farmacocinético: inibição do CYP1A2	

Medicamento	Medicamentos em uso concomitante	Mecanismo	Manejo clínico
Antipsicóticos (clozapina, olanzapina, risperidona, quetiapina)	Fluvoxamina	Farmacocinético: inibição do CYP1A2	Monitorar as concentrações de clozapina; considere alterar o inibidor seletivo da recaptação da serotonina.
	Paroxetina	Farmacocinético: inibição do CYP2D6	Considere reduzir a dose de risperidona; monitore os sintomas extrapiramidais.
	Cetoconazol	Farmacocinético: inibição do CYP3A4	Monitorar os efeitos excessivos no sistema nervoso central.
	Hipoglicemiantes orais e antilipêmicos	Farmacodinâmico: Alterações antipsicóticas da glicose e dos lipídios	Os pacientes podem necessitar de doses adicionais ou aumentadas de medicamentos para controlar a hiperglicemia e/ou a hiperlipidemia
Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (paroxetina, sertralina, citalopram) e Inibidores seletivos da recaptação da serotonina e noradrenalina (duloxetina)	Inibidores da monoamina oxidase (IMAOs)	Farmacodinâmico: Diminuição do metabolismo da serotonina	Monitorar o risco de síndrome da serotonina; considere um período de eliminação de 14 dias antes de iniciar os inibidores seletivos da recaptação da serotonina.
	Triptanos	Farmacodinâmico: Aumento da serotonina	Monitorar o risco de síndrome da serotonina; considerar evitar a combinação.

Medicamento	Medicamentos em uso concomitante	Mecanismo	Manejo clínico
Carbonato de lítio	Inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA)	Farmacocinético: Inibição da depuração renal	Monitorar níveis elevados de lítio; considerar redução da dose.
	anti-inflamatórios não esteroidais, tiazidas		
Inibidores da HMG-CoA redutase (sinvastatina)	Fluvoxamina	Farmacocinético: inibição do CYP3A4	Monitorar a miopatia; considerar a remoção do inibidor ofensivo.
Varfarina (isômeros, ativo)	Carbamazepina	Farmacocinético: indutor do CYP2C9	Monitorar RNI.
	Fluoxetina, ácido valpróico	Farmacocinético: inibidor do CYP2C9	Monitorar RNI, tempo de protrombina.
Bloqueadores dos canais de cálcio (verapamil)	Fluvoxamina	Farmacocinético: inibidor do CYP3A4	Considere diminuir a dose do bloqueador do canal de cálcio em 50%.
Inibidores da COX-2 (celecoxib)	Paroxetina	Farmacocinético: inibidor do CYP2D6	Monitorar a terapia.
Anti-hiperglicêmico (glimepirida)	Fluvoxamina	Farmacocinético: inibidor do CYP1A2	Monitorar glicemia e hemoglobina glicada (HbA1c).
Clopidogrel	Fluvoxamina	Farmacocinético: inibição do CYP1A2	Pode comprometer os efeitos antiplaquetários do clopidogrel; monitorar a terapia.

Fonte: Adaptado de ENGLISH et al (2012).

Caderno Técnico 5

PROTOCOLO 9

Caderno Técnico 5

Serviço V

Telemedicina em Psiquiátrica para os Profissionais de Segurança Pública

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO 9

Coordenação Geral do Projeto
Prof. Dr. Maycoln L. Martins Teodoro (UFMG)

Coordenação Geral Clínica
Prof. Dr. Helian Nunes de Oliveira (Faculdade de Medicina/UFMG)

Supervisor Geral dos Atendimentos / Preceptoria dos Residentes
Prof. Dr. Paulo Marcos Brasil Rocha (Faculdade de Medicina/UFMG)
Prof. Dr. Emerson Arcoverde Nunes (Hospital Universitário Onofre Lopes/ Huol-UFRN)

Equipe de Revisão e Pesquisa
Mônica M. Oliveira Melo (Médica Psiquiatra, Faculdade de Medicina/UFMG)
Rafael Ferreira Simões (Médico Psiquiatra, Faculdade de Farmácia/UFMG)

Equipe Responsável pelos Atendimentos
Médicos Residentes em Psiquiatria:
Dra. Aristela Sinara Varela Constantino de Medeiros (Hospital Universitário Onofre Lopes/Huol-UFRN)
Dra. Clarice Maux Vianna da Silva (Hospital Universitário Onofre Lopes/Huol-UFRN)
Dra. Lídia Beatriz Aguiar Silva (Hospital das Clínicas/HC-UFMG)
Dra. Nathália Eufrásio de Lima (Hospital Universitário Onofre Lopes/Huol-UFRN)
Dr. Rafael Festa Scaramussa (Hospital das Clínicas/HC-UFMG)
Dr. Rafael Henrique Cardoso Raiz (Hospital das Clínicas/HC-UFMG)
Dr. Victor Régis dos Santos (Hospital Universitário Onofre Lopes/Huol-UFRN)
Dra. Viviane Morais Cunha Lima Borges (Hospital das Clínicas/HC-UFMG)

Discente Bolsista
Isabela Granier Abreu (Faculdade de Medicina/UFMG)

FICHA TÉCNICA

Presidente da República
Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro da Justiça e Segurança Pública
Wellington César Lima e Silva

Secretário Nacional de Segurança Pública
Francisco Lucas Costa Veloso

Reitora da UFMG
Sandra Regina Goulart Almeida

Diretor Executivo da FUNDEP
Prof. Jaime Arturo Ramírez

Diretor do Sistema Único de Segurança Pública
João Alberto Nogueira Júnior

Coordenadora-Geral de Valorização Profissional
Juliana Ribeiro

Coordenador de Promoção e Proteção de Direitos
Gustavo de Souza Rocha

Coordenadora de Saúde e Qualidade de Vida
Janaina Marcondes de Moura

Coordenação Técnica do Projeto/SENASP
Rubia Minuzzi Tschiedel

Coordenação do TED/UFMG
Maycoln Leôni Martins Teodoro

Equipe de Pesquisa
Docentes
Cristiane Faiad de Moura (UnB)
Darlindo Ferreira Lima (UFPE)
Helian Nunes de Oliveira (UFMG)
Juliana Alvares Teodoro (UFMG)
Katie Moraes de Almondes (UFRN)
Luciana Almeida Santos (UFMG)
Luciene O. Rocha Lopes (UFMG)
Marcela Mansur-Alves (UFMG)
Paulo Eduardo R A Evangelista (UFMG)
Sérgio Eduardo S Oliveira (UnB)
Yone de Almeida Nascimento (UFMG)
Zenith Nara Costa Delabrida (UFS)

Pesquisadores
Ana Clara Oliveira de Aguiar
Ana Gabriela Nunes da Silva Melo
Ana Letícia Senobio dos Santos
Ana Ludmila Santos Plauska
Brena Thaísa Q. Melo
Carolina Sousa Azulay
Francisco Guilherme Lima Macedo
Gustavo Salgueiro Rocha
Isaak Felipe de Araújo Sales
Isabela Ferreira Coelho
Isabella Ferreira Pinheiro
Júlia Eduarda V de Almeida
Júlia Salles Menezes
Lara Letícia Pinto Barbosa
Lara Luíza Cerávolo Rabelo
Lídia Figueiredo dos Santos
Lívia Calijorne Rolim
Lucas Jardim de Sena Pereira
Marcos Arthur R A Macedo
Mateus Guimarães Nobre
Matheus Felipe G Camargo
Mônica M. Oliveira Melo
Patrícia de Cássia C Campos
Pedro Henrique Francisco de Assis
Rafael Ferreira Simões
Renan Rodrigues da Silva Saraiva
Tayanne de Araujo Lobão
Thecia Karen Murta Miranda
Zaida Clara Teixeira Lopes

Equipe TI
Breno Max Horta Melo
Danielle Resende de Pádua
Paulo Rodrigues Gomes

Equipe Técnica da SENASP
Cirla Busato
Cristiano Abirached Junqueira Lopes
João Paulo de Medeiros
Iranilto Sales de Almeida
Laura Lucia Maximo
Thiago Machado de Araújo

Analista de projetos da FUNDEP
Fernanda Gonçalves de Araujo

Organização e Projeto Gráfico
Janaína Marcondes de Moura

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de atenção psicossocial
CFM	Conselho Federal de Medicina
HC-UFMG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
ICP-Brasil	Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira
PSP	Profissionais de Segurança Pública
OMS	Organização Mundial de Saúde
SNCR	Sistema Nacional de Controle de Receituários
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	*World Health Organization*/ Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1. SEÇÃO I - INTRODUÇÃO 210
   A Plataforma ESCUTA SUSP 210
   Aspectos Conceituais em Telemedicina 211
   Aspectos Normativos da Telemedicina 212
   Aspectos Normativos dos Documentos Médicos 214

2. SEÇÃO II - O SERVIÇO DE TELEPSIQUIATRIA DA PLATAFORMA ESCUTA SUSP 216
   Descrição Geral do Serviço e dos Fluxos de Atendimento 216

3. SEÇÃO III – O PROFISSIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA NO BRASIL 219
   Perfil de Transtornos Psiquiátricos nos Profissionais de Segurança Pública 220

4. SEÇÃO IV – ASPECTOS ÉTICOS 222
   A avaliação do risco de autoextermínio e o encaminhamento para atendimento psiquiátrico presencial 222

5. SEÇÃO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS 226

6. REFERÊNCIAS 228

1. SEÇÃO I INTRODUÇÃO

Este protocolo foi desenvolvido com o objetivo de fornecer diretrizes para a implementação da Telemedicina em Psiquiatria, voltada aos Profissionais da Segurança Pública (PSP), como parte do projeto ESCUTA SUSP, em parceria com o Ministério da Justiça e Segurança Pública.

Serão abordados aspectos conceituais da telemedicina, regulamentações sobre teleconsultas e os documentos médicos gerados durante esse processo, além de uma descrição geral dos serviços e fluxos de atendimento. Também serão discutidas questões éticas, bem como o monitoramento e a avaliação das ações da assistência online em Psiquiatria.

Todas as orientações e recomendações deste protocolo estão baseadas na Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022 e na Resolução CFM nº 2.314/2022, que permitem a utilização da telemedicina para assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças, gestão e promoção da saúde.

Este protocolo foi estruturado para ser consultado de maneira completa ou por tópicos específicos, garantindo um acesso prático às informações mais relevantes, conforme a necessidade do leitor.

A Plataforma ESCUTA SUSP

A plataforma online Escuta SUSP é uma iniciativa do Ministério da Justiça e Segurança Pública do Brasil, projetada para oferecer apoio psicológico e psiquiátrico especificamente para Profissionais de Segurança Pública (PSP).

A plataforma permite que os PSP se cadastrem e acessem o serviço de forma prática e segura através da internet. Isso facilita o acesso ao suporte psíquico, independentemente da localização geográfica do profissional. As informações compartilhadas durante o atendimento são estritamente confidenciais. Apenas os terapeutas, médicos e os supervisores do caso têm acesso aos dados, garantindo um ambiente seguro e confidencial para os participantes.

Os atendimentos são realizados por psicólogos e médicos vinculados a universidades federais, garantindo que os profissionais envolvidos estejam devidamente treinados e qualificados para lidar com as necessidades específicas dos agentes de segurança. O objetivo principal do Escuta SUSP

é proporcionar um espaço seguro e respeitoso para que os agentes de segurança possam discutir suas preocupações e desafios, promovendo a saúde mental e o bem-estar psicológico. Além disso, o serviço é oferecido sem custo para os agentes, removendo barreiras financeiras que poderiam impedir o acesso ao suporte psíquico necessário.

Esta plataforma é uma resposta à crescente necessidade de oferecer suporte emocional a profissionais que frequentemente enfrentam situações de alta pressão e estresse em suas funções diárias. O acesso pode ser feito por meio da plataforma http://gov.br/escutasusp, que é composta por diferentes serviços de atenção à saúde mental, sendo que cada um destes canais possui uma característica e uma especificidade de atuação profissional distinta.

A porta de entrada do Escuta SUSP é o serviço de Avaliação e Aconselhamento Psicológico online, que se caracteriza por um acolhimento com avaliação inicial realizada por psicólogos, permitindo um primeiro contato do agente de segurança pública com o conjunto de serviços oferecidos na plataforma.

De forma geral, após esta primeira avaliação, o PSP será encaminhado para serviços de psicologia, de complexidades distintas de acordo com as necessidades identificadas na avaliação clínica, e/ou para uma avaliação inicial com o serviço de Telepsiquiatria, sem o prejuízo do acompanhamento psicológico concomitante, se for o caso.

Aspectos Conceituais em Telemedicina

A Resolução CFM nº 2.314/2022 define a Telemedicina como o exercício da medicina mediado por Tecnologias Digitais, de Informação e Comunicação (TDICs), com o objetivo de promover assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões, além de contribuir para a gestão e promoção da saúde. O Conselho Federal de Medicina (CFM) autoriza a prática da telemedicina em território nacional, permitindo sua realização tanto em tempo real (síncrona) quanto em formatos não simultâneos (assíncrona), por meio de diversas tecnologias.

A telemedicina pode ser exercida por meio das seguintes modalidades de atendimento médico remoto:

1. **Teleconsulta**: consulta médica realizada a distância, mediada por tecnologias, com médico e paciente em locais geograficamente diferentes.

2. **Teleconsultoria**: consultoria mediada por TDICs entre médicos, gestores e outros profissionais, visando esclarecer questões sobre procedimentos administrativos ou ações de saúde.
3. **Telemonitoramento**: monitoramento remoto de parâmetros de saúde ou doença, realizado sob orientação e supervisão médica.
4. **Teleinterconsulta**: troca de informações e opiniões entre médicos, com o objetivo de apoio no diagnóstico ou tratamento.
5. **Teletriagem**: avaliação remota dos sintomas do paciente, realizada por um médico, para a regulação de atendimentos ambulatoriais ou hospitalares, determinando o tipo de assistência necessária ou encaminhando para um especialista.
6. **Telediagnóstico**: procedimento médico a distância, que envolve o envio de gráficos, imagens e dados para a emissão de laudos ou pareceres médicos.

No contexto do Projeto **Escuta SUSP**, as modalidades de **teleconsulta**, **teleconsultoria** (para planejamento interdisciplinar de ações de saúde) e **teletriagem** (especialmente na classificação inicial de risco, para identificar casos graves que exijam atendimento presencial), são de particular interesse.

Aspectos Normativos da Telemedicina

Nos serviços de telemedicina, é imprescindível que os dados e imagens dos pacientes sejam preservados em conformidade com as normas legais e as diretrizes do Conselho Federal de Medicina (CFM, disponíveis em Resolução CFM nº 2.314/2022. Isso inclui garantir a integridade, veracidade, confidencialidade, privacidade e sigilo profissional das informações.

É obrigatório verificar a identidade dos pacientes e obter o consentimento informado antes da realização do atendimento por telemedicina. O paciente deve ser informado sobre o formato do atendimento e dar autorização explícita para que o mesmo ocorra. O atendimento deve ser registrado de forma adequada, seja em prontuário médico físico ou em Sistema de Registro Eletrônico de Saúde (SRES), que possibilite a captura, o armazenamento, a transmissão e a impressão dos dados. Todos os dados de anamnese, exames e condutas médicas devem ser mantidos de acordo com a legislação vigente, sendo de responsabilidade do médico ou da instituição envolvida.

É direito do paciente, ou de seu representante legal, solicitar e receber uma cópia de seu registro em mídia digital ou impressa. O médico, por sua

vez, possui a autonomia de decidir se utilizará ou não a telemedicina, podendo indicar o atendimento presencial sempre que julgar necessário. Ao realizar o atendimento por telemedicina, o médico deve assegurar uma linha de cuidados adequada ao paciente, priorizando sua segurança e a qualidade da assistência, além de recomendar o atendimento presencial quando identificar riscos ou limitações.

Nos casos de doenças crônicas ou de condições que demandam acompanhamento contínuo, o atendimento deve incluir consultas presenciais com o médico assistente, realizadas em intervalos não superiores a 180 dias. Essa diretriz é importante para garantir que as prescrições sejam revisadas e atualizadas regularmente, assegurando a segurança e eficácia dos tratamentos médicos. Tanto o paciente quanto o médico têm o direito de interromper o atendimento à distância, optando por uma consulta presencial, sempre respeitando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente acordado entre ambas as partes.

As etapas obrigatórias para a execução dos atos relacionados à telemedicina são:

1. **Verificação de identidade e informação do paciente** sobre o formato do atendimento, de acordo com a disponibilidade do médico;
2. **Solicitar o aceite do termo de consentimento** do paciente para a realização do atendimento por meio da plataforma utilizada para a comunicação;
3. **Esclarecer os limites do atendimento à distância**, com base nas especificidades de cada especialidade médica, **e informar que, em casos de urgência, o paciente deve procurar os serviços de saúde presenciais;**
4. **Registrar o atendimento no prontuário médico**, com a inclusão de todos os documentos relevantes, como resultados de exames, solicitações e outros documentos emitidos.
5. **Sempre que possível, o atendimento deve ser gravado e arquivado da maneira mais segura disponível (em disco rígido, pen drive, ou outro meio), sob responsabilidade do médico.**

As consultas online do Projeto **Escuta SUSP** serão realizadas por meio de plataforma informatizada desenvolvida no Centro de Telessaúde do Hospital das Clínicas (HC-UFMG), que permitirá inscrição, marcação, atendimento,

acompanhamento e registro em prontuário eletrônico, com rigorosas medidas de segurança e privacidade para assegurar que as informações pessoais relativas às consultas sejam totalmente confidenciais. Vale a pena, também, acessar o site do projeto **Escuta SUSP** na plataforma GOV.br para maiores informações e orientações sobre o atendimento online (preparação do ambiente físico, uso de fones de ouvido, solução de problemas técnicos): https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-seguranca/seguranca-publica/escuta-susp/dicas-para-o-atendimento-on-line

Aspectos Normativos dos Documentos Médicos

A Telemedicina está em total conformidade com as normativas regulatórias estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelos Conselhos Regionais de Medicina. Assim como ocorre nos atendimentos presenciais, também na teleconsulta cabe ao médico emitir documentos médicos, como prescrições, relatórios, atestados e pedidos de exame. Para acesso a esses documentos, deve ser feita uma pactuação prévia que permita ao paciente o acesso digital, com assinatura certificada por autoridade credenciada em Certificação Digital, ou a retirada do documento físico.

Os registros e documentos gerados de forma eletrônica pelos profissionais de saúde durante atendimentos realizados via telemedicina devem seguir as disposições do **Art. 14 da Lei nº 14.063**, de 23 de setembro de 2020, e as diretrizes estabelecidas pela legislação e atos normativos específicos de cada categoria profissional.

O atestado médico gerado deve conter, no mínimo, as seguintes informações:

1. Identificação do profissional, incluindo nome e número de inscrição no respectivo conselho profissional;
2. Dados de identificação do paciente;
3. Registro de data e hora;
4. Duração do atestado
5. Assinatura eletrônica qualificada.

As **prescrições digitais** precisam atender às exigências estabelecidas pela legislação sanitária e pelos requisitos de controle das **Portarias SVS/MS 344/1998** e **6/1999**. Além disso, a dispensação dos medicamentos deve ser

registrada no **Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC)**, conforme a **RDC 22/2014**.

É importante ressaltar que a **prescrição eletrônica com assinatura com certificado digital** emitida pelo ICP-Brasil não é a mesma coisa que uma **prescrição digitalizada** (cópia digital de uma receita emitida fisicamente). A prescrição digitalizada não é válida para a dispensação de medicamentos controlados e antimicrobianos, conforme as normativas vigentes.

Todos os procedimentos relacionados à **Telemedicina** devem estar em conformidade com a **Medida Provisória 2.200-2/2001**, que institui a **Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil)**. Essa infraestrutura garante a autenticidade, integridade e validade jurídica dos documentos emitidos originalmente de forma eletrônica. A assinatura digital, utilizando os certificados ICP-Brasil, oferece a comprovação inequívoca de que a mensagem foi enviada pelo emissor. Para garantir isso, o documento deve ser gerado e mantido exclusivamente em formato eletrônico.

Quanto às Notificações de Receita de controle especial, são documentos físicos padronizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para medicamentos que contenham substâncias das listas **C1 e C5** e dos adendos das listas **A1, A2 e B1 da Portaria SVS/MS - 344/1998. Estes documentos, até o momento, exigem preenchimento manual, assinatura e carimbo médico, por determinação da ANVISA.**

A ANVISA aprovou, em 10/12/2025, às vésperas da finalização da 1a versão deste protocolo, uma resolução que dispõe sobre os novos requisitos de controle para notificações de receita, receitas de controle especial e receitas sujeitas à retenção emitidas em meio eletrônico. A nova resolução, ainda sem publicação em Diário Oficial, passará a permitir a emissão de prescrição eletrônica para medicamentos de controle especial e outras receitas por plataformas digitais que estejam integradas ao Sistema Nacional de Controle de Receituários (SNCR).

O texto, a ser futuramente publicado, incluirá as receitas amarela e azul, correspondentes às notificações de receita A e B, respectivamente. A liberação eletrônica desses receituários proporcionará maior praticidade, segurança e agilidade ao processo, beneficiando iniciativas de telemedicina como o Escuta SUSP. A adoção da prescrição eletrônica, com controle aprimorado, contribui para a redução de erros de medicação, falsificações de receitas e uso indiscriminado de medicamentos.

2. SEÇÃO II
O SERVIÇO DE TELEPSIQUIATRIA DA PLATAFORMA ESCUTA SUSP

A **Telepsiquiatria**, uma aplicação da telemedicina na área psiquiátrica, se destaca principalmente pela possibilidade de ampliar o acesso à especialidade, especialmente em áreas com escassez de profissionais. Em alguns locais, ela pode representar a única alternativa viável, contribuindo para a melhoria da qualidade do atendimento, propiciando avaliação precoce e evitando o agravamento dos quadros e, consequentemente, diminuindo a quantidade de internações psiquiátricas.

A Telepsiquiatria é eficaz em uma variedade de situações, incluindo avaliações clínicas, psicoeducação e manejo de medicações. No contexto do Projeto **ESCUTA SUSP**, a assistência psiquiátrica online foi inicialmente pensada para o atendimento de **consultas ambulatoriais eletivas,** por **videoconferências síncronas,** sendo esta a ferramenta mais comum e recomendada, pois simula de maneira mais fiel a interação presencial.

Os atendimentos psiquiátricos na plataforma **ESCUTA SUSP serão realizados por médicos Residentes em Psiquiatria, sob coordenação e supervisão direta de um preceptor Médico Psiquiatra**. Os pacientes serão encaminhados pelos serviços de psicologia disponíveis, para agendamento de consultas eletivas dentro da plataforma, podendo haver prévia discussão dos casos entre a equipe de psicologia e a de psiquiatria, de acordo com a complexidade das demandas.

Descrição Geral do Serviço e dos Fluxos de Atendimento

A porta de entrada do **ESCUTA SUSP** é o serviço de psicologia, que realiza uma avaliação objetiva de forma a compreender o nível de comprometimento da saúde mental do profissional de segurança pública e também os condicionantes históricos, individuais, sociais, familiares e ocupacionais associados.

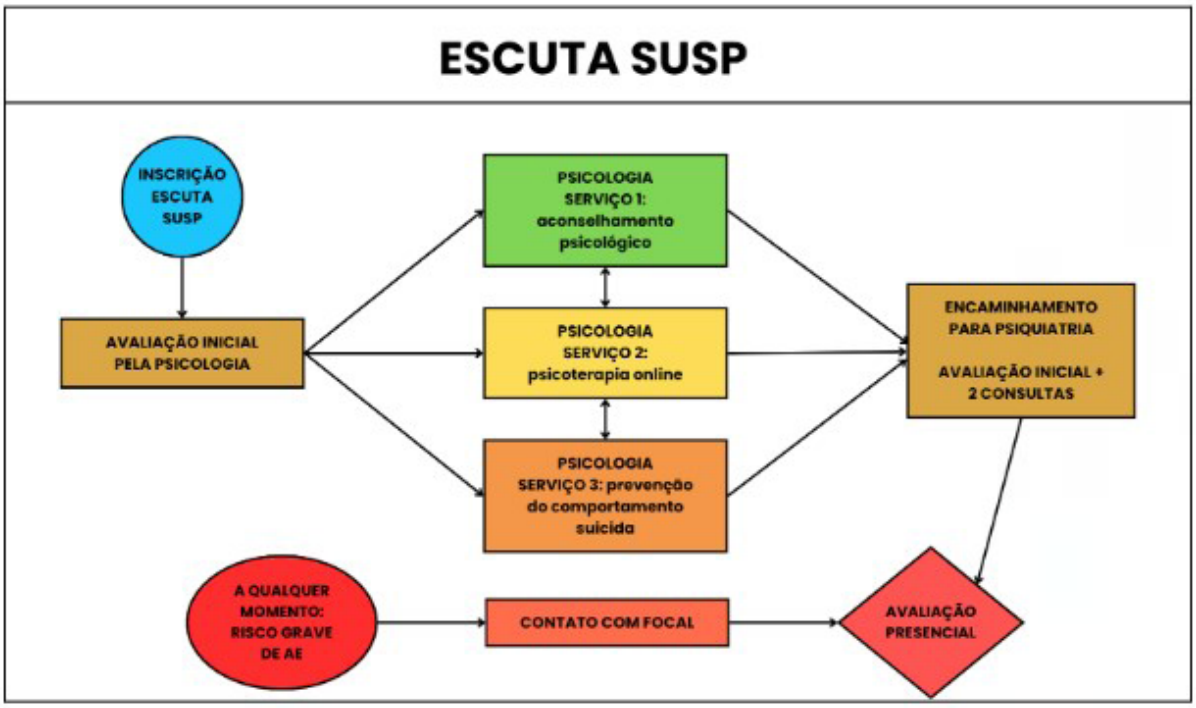
Assim, a partir desta avaliação inicial, o paciente é encaminhado para atendimentos psicológicos em um ou mais dos três serviços disponíveis, estruturados em três níveis de complexidade, sendo:

- **Serviço 1** - Aconselhamento psicológico - nas demandas de menor gravidade, urgência e mais pontuais;
- **Serviço 2** - Psicoterapia on-line – nas demandas de gravidade mediana ou graves, de urgência moderada, que necessitam de mais tempo para serem devidamente endereçadas;
- **Serviço 3** - Atendimento para prevenção do comportamento suicida – nas demandas graves, urgentes e que tenham como foco tentativa e/ou ideação suicida.

Todos os três serviços da psicologia podem encaminhar pacientes para a avaliação psiquiátrica, sendo propostas até três consultas, sendo uma avaliação inicial e, no máximo, duas avaliações subsequentes, com posterior encaminhamento para atenção básica em saúde ou serviços especializados do Sistema Único de Saúde (SUS) ou da rede de saúde credenciada das Operadoras de Saúde das categorias dos PSP.

Ressalta-se ainda, para os serviços de atenção básica, a possibilidade de **teleconsultoria em Psiquiatria**, com o desenvolvimento de uma estratégia de trabalho em rede integrando as equipes especializadas (preceptor e médico residente) e os serviços de atenção básica em saúde (equipe de saúde da família) de referência dos pacientes, em um processo dinâmico que permite a troca de experiências e a expressão de saberes, em casos que envolvam os Profissionais de Segurança Pública.

Dentro do fluxo de atendimentos, faz-se de suma importância pontuar os **limites de atuação da equipe do serviço de Telepsiquiatria em relação aos casos graves que envolvam risco de autoextermínio ou riscos para a equipe de saúde** - e também em outras situações nas quais o atendimento presencial se imponha, como nos casos que demandem avaliações periciais para afastamentos, desarmamento e outros. Nos casos graves, com necessidade de avaliação presencial, os **pontos focais** indicados por cada corporação de segurança pública serão acionados pelo Serviço de Psicologia, para apoio presencial. A avaliação específica do risco de autoextermínio e outros aspectos éticos do atendimento serão discutidas na Seção IV.


ESCUTA SUSP
INSCRIÇÃO ESCUTA SUSP
AVALIAÇÃO INICIAL PELA PSICOLOGIA
PSICOLOGIA SERVIÇO 1: aconselhamento psicológico
PSICOLOGIA SERVIÇO 2: psicoterapia online
PSICOLOGIA SERVIÇO 3: prevenção do comportamento suicida
ENCAMINHAMENTO PARA PSIQUIATRIA
AVALIAÇÃO INICIAL + 2 CONSULTAS
A QUALQUER MOMENTO: RISCO GRAVE DE AE
CONTATO COM FOCAL
AVALIAÇÃO PRESENCIAL

3. SEÇÃO III
O PROFISSIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA NO BRASIL

O **Escuta SUSP** é uma iniciativa fruto da parceria entre a Secretaria Nacional de Segurança Pública (Senasp) e Universidades Federais do Brasil, como a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que visa oferecer atendimento psicológico e psiquiátrico especializado aos profissionais de segurança pública.

Em 2023, a taxa de suicídio entre policiais civis e militares da ativa aumentou 26,2% em relação ao ano anterior, tornando-se a principal causa de mortes de policiais no Brasil, ultrapassando os óbitos decorrentes de confrontos, tanto durante o expediente quanto durante o período de folga.

O índice de suicídios entre esses profissionais é quase oito vezes maior do que o registrado na população em geral. Os dados, extraídos do Anuário Brasileiro de Segurança *Pública de 2024*, indicam que este é o *primeiro ano em que esse fenômeno foi registrado desde que o Fórum Brasileiro de Segurança Pública começou a monitorar as vitimizações de policiais*. Especificamente na Polícia Militar, em 2023, o número de suicídios ultrapassou o total de mortes de PMs em confrontos (46), tanto em serviço quanto na folga, somando 107 óbitos.

Ainda segundo o *Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2024*, enquanto as mortes de policiais em confrontos ou por lesões intencionais, tanto em serviço quanto em folga, estão diretamente associadas à natureza de suas funções, os suicídios entre policiais apresentam uma realidade distinta, vinculada principalmente à saúde pública.

Assim, o suicídio entre policiais é um fenômeno complexo e multifatorial, que reverbera no coletivo da categoria, resultante da exposição continuada a altos níveis de estresse, do convívio com desigualdades sociais, da vivência de violências extremas, da sobrecarga de trabalho e das condições precárias no ambiente profissional.

Perfil de Transtornos Psiquiátricos nos Profissionais de Segurança Pública

Diversos estudos apontam o quanto a prevalência de transtornos mentais é maior dentro da comunidade de policiais, se comparados à população geral. Isso pode se dar devido à alta exposição a fatores estressores relacionados à atuação da profissão (Santre, 2024) e ao estigma que circunda o tema nessa comunidade, contribuindo para reduzir a busca por ajuda profissional (Jetelina et al., 2020). Nesse contexto, intervenções que favoreçam tanto a identificação precoce desses transtornos quanto a procura por serviços psiquiátricos se tornam essenciais para a melhora da qualidade de vida desses trabalhadores (Syed et al., 2020).

A prevalência global de transtornos mentais na população policial se mostra preocupante. Segundo revisão sistemática e metanálise, conduzida por Syed et al. em 2020, estima-se que, dentre policiais, mais de 25% apresentem consumo nocivo bebidas alcoólicas, 14,6% tenham critérios para depressão, 14,2% para transtorno de estresse pós-traumático, 9,6% para algum transtorno de ansiedade, 8,5% possuam ideação suicida e 5%, alcoolismo.

Ademais, outro estudo verificou que mais de 10% de policiais tinham diagnósticos antigos de problemas de saúde mental e aproximadamente 1 a cada 4 policiais possuíam sintomas atuais de adoecimento mental. Dentre estes, entretanto, apenas 17% buscaram ajuda profissional (Jetelina et al., 2020). Cabe ressaltar que o adoecimento mental apresentou forte correlação com prejuízos na qualidade de vida de policiais civis de Porto Alegre/RS (Tavares et al., 2025) e, em estudo realizado no Reino Unido, constatou-se haver maior risco de afastamento médico de policiais com pior saúde mental (Parkes et al., 2024). Assim, pode-se inferir que, além de possíveis prejuízos de cunho econômico, essa população venha a ser muito prejudicada na ausência de auxílio especializado em saúde mental.

Em relação ao estigma em torno de transtornos mentais, presente em parte da comunidade de policiais, faz-se necessário ressaltar possíveis motivos para a redução da busca por ajuda especializada, o que pode comprometer a saúde dessa população.

Segundo Jetelina et al. (2020), há quatro possíveis razões para esse movimento, sendo elas: a dificuldade do policial em identificar se está mentalmente adoecido, a preocupação quanto à confidencialidade dessas informações dentro do seu ambiente de trabalho, a crença de que policiais

com transtornos mentais não são adequados para a profissão e a descrença na verdadeira compreensão de profissionais da saúde sobre o contexto da profissão. Sendo assim, esses aspectos devem ser levados em consideração durante a atuação de profissionais de saúde mental com essa população, para favorecer a busca por essa ajuda especializada e a adesão ao tratamento.

Por fim, ainda de acordo com Jetelina et al. (2020), foi verificado que, além do transtorno de estresse pós-traumático, há distúrbios prevalentes que podem demorar a se manifestar, como ansiedade, depressão ou ideação suicida. Devido a isso, recomenda-se que eles sejam abordados sistematicamente, e um sistema de prevenção primária parece ser uma boa solução para a identificação desses problemas de saúde.

Assim, com o objetivo de assistir essa comunidade, que possui grande prevalência de distúrbios mentais, e de dirimir os supracitados prejuízos, configura-se o serviço de Telemedicina em Psiquiatria para os Profissionais de Segurança Pública do Projeto ESCUTA SUSP.

4. SEÇÃO IV
ASPECTOS ÉTICOS

A avaliação do risco de autoextermínio e o encaminhamento para atendimento psiquiátrico presencial

O comportamento suicida é um fenômeno complexo, multifatorial e universal. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, ele é definido como qualquer ato no qual o indivíduo causa dano a si mesmo, independentemente do grau de intenção letal ou das razões subjacentes a esse comportamento.

Essa definição ampla permite entender o comportamento suicida como parte de um espectro contínuo, que abrange desde pensamentos de autoextermínio, ameaças e gestos, até tentativas de suicídio e o suicídio consumado. Compreender esses conceitos é essencial para perceber as diferentes dimensões do comportamento suicida, sendo fundamental para a avaliação do risco por profissionais da saúde.

A avaliação do risco de suicídio deve considerar a natureza do evento, que envolve a interação de fatores internos e externos. As condições predisponentes e precipitantes se combinam aos fatores protetores, potencializando ou atenuando o risco de uma tentativa de suicídio.

Diversos instrumentos foram desenvolvidos para a avaliação de risco de autoextermínio, sendo que vários possuem validação para uso no Brasil. Conforme mencionado por Botega (2015), a avaliação de risco não deve ser vista como uma previsão sobre quem pode ou não cometer suicídio, mas sim como uma avaliação clínica que possibilite a priorização de estratégias preventivas específicas, de acordo com o perfil do paciente.

A título de exemplo, trazemos abaixo a classificação de risco proposta pelo Manual de Orientações para o Atendimento à Pessoa em Risco de Suicídio, elaborada pelo Comitê Permanente de Prevenção ao Suicídio da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, adaptada da literatura disponível sobre o tema:



Entretanto, não podemos desconsiderar que a imensa maioria dos instrumentos propostos para classificação de risco consideram avaliação e seguimento presencial, voltadas para a população em geral. Para a população específica dos Profissionais de Segurança Pública do Projeto ESCUTA SUSP, sempre estaremos lidando com pacientes que possuem acesso a meios letais e essa avaliação estará sendo feita à distância, online.

Assim, para um primeiro momento, propusemos critérios obrigatórios de acionamento dos pontos focais e encaminhamento para avaliação presencial obrigatória, dividindo os pacientes em:

> **Baixo Risco**: *Pacientes que apresentam sinais de sofrimento emocional, mas que possuem fatores protetores significativos, como uma rede de apoio social forte e uma perspectiva de tratamento positivo. Esses indivíduos, ainda que possuam história prévia de auto extermínio, não apresentam, no momento, comportamento impulsivo, desejam e buscam o tratamento psicológico/psiquiátrico, não apresentam quadro de abuso de substâncias, não apresentam*

> *quadros psicóticos ou transtorno depressivo grave, podem ser acompanhados com intervenções psicológicas e monitoramento regular, mantendo-se o acompanhamento por telemedicina.*

> **Alto Risco**: *Pacientes que apresentam pensamentos suicidas recorrentes, quadros depressivos graves, sintomas psicóticos, flagrante impulsividade, abuso grave de álcool ou outras drogas, rede de apoio disfuncional com baixa capacidade de lidar com estressores e os que não desejam tratamento.*

Ressaltamos que as avaliações devem ser feitas caso a caso, já que o risco de autoextermínio é dinâmico, caracterizado pela interação constante entre fatores protetores e predisponentes que podem flutuar ao longo do tempo. Essa dinâmica significa que a avaliação do risco não é um evento único, mas sim um processo contínuo que requer atenção e reavaliação regulares.

Os fatores predisponentes, como histórico de doenças mentais, traumas, estresse emocional e dificuldades sociais, podem alterar-se com as circunstâncias da vida do indivíduo. Uma mudança significativa, como a perda de um ente querido, o término de um relacionamento ou uma crise financeira, pode aumentar temporariamente o risco de suicídio, enquanto a superação de um desafio ou o fortalecimento de relacionamentos interpessoais pode oferecer um suporte protetor que diminui esse risco.

Por outro lado, os fatores protetores, como a rede de apoio social, acesso a tratamento psicológico e resiliência emocional, também podem variar. Uma pessoa que inicialmente possui uma forte rede de apoio pode enfrentar dificuldades se essa rede se fragmentar ou se as relações se tornarem tensas. Da mesma forma, a eficácia das intervenções terapêuticas pode mudar, dependendo do engajamento do paciente, do vínculo com a equipe e da adequação do tratamento à sua realidade.

Essa natureza flutuante do risco de autoextermínio reforça a importância de uma abordagem proativa e adaptativa na avaliação e intervenção. Profissionais de saúde devem estar atentos a essas mudanças e prontos para ajustar suas estratégias de prevenção, principalmente o encaminhamento para avaliações presenciais, sempre que necessário. Compreender que o risco não é fixo, mas sim variável e influenciado por múltiplos fatores, pode encorajar tanto os profissionais quanto os pacientes a adotarem uma perspectiva

mais esperançosa e proativa em relação à recuperação e ao manejo do comportamento suicida.

Assim, a discussão dos casos com a equipe de psicologia e os pontos focais deve ser estimulada, sempre que possível. O encaminhamento para atendimento psiquiátrico presencial é um passo crucial na gestão do risco de suicídio.

Profissionais de saúde devem garantir que a transição para cuidados mais intensivos seja feita de forma segura, respeitosa e com a comunicação adequada entre os diferentes níveis de atendimento. Isso inclui informar o paciente sobre os passos seguintes, o que esperar durante a avaliação e o tratamento, além de envolver a família ou outros responsáveis no processo. A formação contínua e a supervisão clínica são essenciais para garantir que os profissionais estejam preparados para lidar com a complexidade do comportamento suicida, sempre priorizando a segurança e o bem-estar do paciente.

Além disso, a promoção de um ambiente seguro e acolhedor, onde os indivíduos se sintam à vontade para falar sobre seus sentimentos e pensamentos, é vital para a prevenção do suicídio. Iniciativas de sensibilização e educação sobre saúde mental podem ajudar a desestigmatizar o tema e encorajar aqueles que estão em sofrimento a buscar ajuda.

Em resumo, a avaliação do risco de autoextermínio é um processo dinâmico e multidimensional que exige sensibilidade, conhecimento e uma abordagem colaborativa. O objetivo final é não apenas identificar indivíduos em risco, mas também proporcionar caminhos de esperança e recuperação.

5. SEÇÃO V
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este protocolo de telemedicina em psiquiatria representa um avanço significativo na assistência à saúde mental dos profissionais de segurança pública. Ao longo deste documento, foram abordados aspectos essenciais para a implementação eficaz do serviço, incluindo as diretrizes normativas, os fluxos de atendimento e as questões éticas envolvidas.

Resumo das Ideias Principais:

1. **Acessibilidade e segurança:** A plataforma ESCUTA SUSP oferece uma solução inovadora para superar barreiras geográficas, garantindo que os profissionais de segurança pública tenham acesso contínuo a cuidados psiquiátricos de qualidade. Ao proporcionar atendimento psiquiátrico remoto, amplia o acesso ao cuidado especializado, especialmente em regiões com escassez de profissionais, garantindo a segurança e a confidencialidade dos dados dos pacientes
2. **Conformidade Legal e Ética:** As diretrizes estabelecidas estão alinhadas com as regulamentações do Conselho Federal de Medicina, assegurando que todas as práticas sejam conduzidas de acordo com os mais altos padrões éticos e legais.
3. **Abordagem Multidisciplinar:** O envolvimento de psicólogos e psiquiatras, juntamente com a possibilidade de teleconsultoria, promove um atendimento integrado e abrangente, essencial para lidar com a complexidade dos casos apresentados por profissionais de segurança pública.
4. **Gestão do Risco:** A identificação e o manejo contínuo do risco de suicídio são componentes críticos do protocolo, tratados com prioridade, garantindo intervenções oportunas e encaminhamentos adequados para o atendimento presencial de casos graves sempre que necessário.
5. **Propostas de Ação:**
    - **Capacitações para Desenvolvimento Contínuo:** Oferta de formações regulares para os profissionais envolvidos, garantindo que estejam atualizados com as melhores práticas

em telemedicina e gestão de saúde mental, com a aquisição contínua das habilidades necessárias para lidar com a complexidade dos casos.

- **Avaliação Contínua:**
  Implementação de mecanismos de avaliação regular para monitorar a eficácia e a qualidade do atendimento, como a discussão de casos clínicos e fluxos, que permitam ajustes permanentes e melhorias constantes no protocolo.
- **Sensibilização e Divulgação:**
  Promoção de ações contínuas de divulgação da plataforma entre os profissionais de segurança pública para aumentar a adesão e o uso do serviço, destacando a importância do cuidado com a saúde mental e reduzindo o estigma associado à busca de ajuda.
- **Fortalecimento da Rede de Apoio:**
  Ampliação e fortalecimento de parcerias com outras instituições de saúde e segurança para ampliar a rede de apoio e recursos disponíveis aos profissionais, garantindo uma rede robusta de suporte e recursos, facilitando o encaminhamento e a continuidade do cuidado.

O Projeto Escuta SUSP não apenas atende a uma necessidade de melhor suporte psicológico e psiquiátrico para os profissionais de segurança pública, mas também estabelece um modelo para a expansão de serviços de telemedicina em outras áreas críticas. A implementação eficaz deste protocolo contribuirá significativamente para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar dos profissionais de segurança pública, de forma abrangente e integrada.

6. REFERÊNCIAS

1. BOTEGA, Neury José. **Crise Suicida:** Avaliação e Manejo. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

2. BRASIL. **Lei Nº 14.063, de 23 de setembro de 2020**. Dispõe sobre o uso de assinaturas eletrônicas em interações com entes públicos, em atos de pessoas jurídicas e em questões de saúde e sobre as licenças de softwares desenvolvidos por entes públicos [...]. Brasília: Presidência da República, 23 set. 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L14063.htm. Acesso em 29 mai. 2025.

3. BRASIL. **Lei Nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional [...]. Brasília: Presidência da República, 27 set. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/Lei/L14510.htm. Acesso em: 29 mai. 2025.

4. BRASIL. Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001. Institui a Infra-Estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil, transforma o Instituto Nacional de Tecnologia da Informação em autarquia, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, p. 65, 27 ago. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/Antigas_2001/2200-2.htm. Acesso em 29 mai. 2025.

5. BRASIL. Portaria Nº 6, de 29 de janeiro de 1999. Aprova a Instrução Normativa da Portaria SVS/MS n.º 344 de 12 de maio de 1998 que instituiu o Regulamento Técnico das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da União**: Brasília, ano 21, 01 fev. 1999. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&tipo=POR&numeroAto=00000006&seqAto=000&valorAno=1999&orgao=SVS/MS&cod_menu=1696&cod_modulo=134. Acesso em 29 mai. 2025.

6. BRASIL. Portaria/SVS Nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

Diário Oficial da União: Brasília, ano 91, 15 mai. 1998. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&link=S&tipo=POR&numeroAto=00000344&seqAto=000&valorAno=1998&orgao=SVS/MS&codTipo=&desItem=&desItemFim=&cod_modulo=134&cod_menu=1696. Acesso em 29 mai. 2025.

7. BRASIL. Resolução CFM Nº 2.314, de 20 de abril de 2022. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, ano 84, p. 227, 05 mai. 2022. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.314-de-20-de-abril-de-2022-397602852. Acesso em 29 mai. 2025.

8. BRASIL. Resolução - RDC Nº 22, de 29 de abril de 2014. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados- SNGPC, revoga a Resolução de Diretoria Colegiada nº 27, de 30 de março de 2007, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, ano 81, p. 73, 30 abr. 2014. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/UrlPublicasAction.php?acao=abrirAtoPublico&num_ato=00000022&sgl_tipo=RDC&sgl_orgao=RDC/DC/ANVISA/MS&vlr_ano=2014&seq_ato=000&cod_modulo=310&cod_menu=8542. Acesso em 29 mai. 2025.

9. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024. Disponível em: https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253. Acesso em: 29 mai. 2025.

10. JETELINA, K. K. et al. Prevalence of mental illness and mental health care use among police officers. **JAMA Network Open**, v. 3, n. 10, p. e2019658, Out. 2020. DOI 10.1001/jamanetworkopen.2020.19658. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2771400. Acesso em: 6. abr. 2025.

11. PARKES, S. et al. Sickness absence and associations with sociodemographic factors, health risk behaviours, occupational stressors and adverse mental health in 40,343 UK police employees. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 33, p. e26, Mai. 2024. DOI 10.1017/S2045796024000283.

Disponível em: http://dx.doi.org/10.1017/S2045796024000283. Acesso em: 6 abr. 2025.

12. SANTRE, S. Mental Disorders and Mental Health Promotion in Police Officers. **Health Psychology Research**, v. 12, n. 93904, Fev. 2024. DOI 10.52965/001c.93904. Disponível em: https://doi.org/10.52965/001c.93904. Acesso em: 6 abr. 2025.

13. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Orientações para o Atendimento à Pessoa em Risco de Suicídio**. Brasília, 2021. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/183291/Manual-de-orientacoes-para-o-atendimento-a-pessoa-em-risco-de-suicidio.pdf/67c4072f-448f-d7d5-b049-73960ec1e73c?t=1648938681954. Acesso em: 29 mai. 2025.

14. SYED, S. et al. Global prevalence and risk factors for mental health problems in police personnel: a systematic review and meta-analysis. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 77, n. 11, p. 737–747, Mai. 2020. DOI 10.1136/oemed-2020-106498. Disponível em: https://oem.bmj.com/content/77/11/737. Acesso em: 6 abr. 2025.

15. TAVARES, J. P. et al. Implications of physical and psychological alterations on Civil Police officers' quality of life. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, Fev. 2025. DOI 10.1590/1413-81232025302.07302023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232025302.07302023. Acesso em: 6 abr. 2025.

16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing Suicide**: A Global Imperative. World Health Organization. Geneva, 2014. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779. Acesso em: 14 jul. 2025.

PRÓ-VIDA
SEGURANÇA PÚBLICA

ESCUTA SUSP

SECRETARIA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
GOVERNO DO BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO