



**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
MUNICÍPIO DE VERA CRUZ - RS**

RESOLUÇÃO CMS Nº 24/2019

**“DISPÕE SOBRE APROVAÇÃO DO
PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZ
TERAPÊUTICA DO PROGRAMA
DORMIR E SONHAR DO MUNICÍPIO
DE VERA CRUZ”.**

O PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, Sr. Douglas Vinicius Stumm, no uso de suas atribuições legais que lhe confere a Lei Municipal nº 1141/1993 e suas alterações, e considerando a deliberação dos membros do CMS, em reunião ordinária do dia 10 de abril de 2019, resolve:

Art. 1º Aprovar o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica Insônia e o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica Ansiedade do Programa Dormir e Sonhar no âmbito do Município de Vera Cruz

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Vera Cruz, 10 de abril de 2019.

DOUGLAS VINICIUS STUMM
Conselheiro Presidente do CMS
Gestão 2019 – 2020

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA – VERA CRUZ/RS

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZ TERAPÊUTICA

ANSIEDADE

1. INTRODUÇÃO

A ansiedade é uma emoção que representa um “sinal de alerta” a um estímulo percebido pelo indivíduo como perigoso, sendo caracterizada pela presença de sintomas físicos, na maioria das vezes acompanhados de pensamentos catastróficos e associados a modificações no comportamento.

Em geral é desencadeada por situações de ameaça à integridade física, moral ou ao sucesso pessoal ou em circunstâncias que representem frustração de planos e de projetos pessoais. A ansiedade passa a ser caracterizada como um transtorno psiquiátrico quando se torna uma emoção desagradável e incômoda, que surge sem um estímulo externo definido ou proporcional para explicá-la. Nesses casos, intensidade, duração ou frequência são desproporcionais, causam sofrimento ao sujeito e estão associadas a prejuízo no desempenho social ou profissional.

Sintomas de ansiedade podem ocorrer secundariamente ou uso de drogas, em situações de abstinência de substâncias ou ainda em associação com doenças clínicas ou outros transtornos psiquiátricos. No entanto, podem também ser uma manifestação primária ou principal, dentro dos quadros chamados transtornos de ansiedade.

Além de causarem sofrimento e prejuízo, esses transtornos estão associados a uma série de outros desfechos negativos, o que faz deles um importante problema de saúde pública. Os transtornos de ansiedade estão associados a custos econômicos e sociais diretos e indiretos, estando ainda, relacionados com comorbidade clínicas, morbidade e mortalidade cardiovasculares e mortalidade por todas as causas.

É muito provável que a participação dos genes nos transtornos de ansiedade se dê por meio da influência de muitos genes de pequeno efeito. No que concerne aos fatores ambientais, sabe-se que baixa escolaridade, baixa renda familiar, fatores estressores na infância (abuso, negligência, maus-tratos) e eventos negativos de vida (perda parental, perda do emprego), estão consistentemente associados aos transtornos ansiosos.

Entre os casos de ansiedade com diagnóstico na vida adulta, mais de 90% tinham história psiquiátrica prévia antes dos 18 anos. Sendo assim, o transtorno ansioso na infância pode preceder tanto o transtorno ansioso na vida adulta quanto outras doenças psiquiátricas.

2. CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Os transtornos de ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideação cognitiva associada. O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – 5º ed. - classifica os transtornos de ansiedade em:

Transtorno do pânico (TP) com ou sem agorafobia
Agorafobia sem TP (AG)

Fobias específicas (FE)
Transtorno de ansiedade social (TAS) ou fobia social
Transtorno de ansiedade generalizada (TAG)
Transtorno obsessivo compulsivo (TOC)
Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)
Transtorno de estresse agudo (TEA)

3. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Em razão da elevada prevalência e da eficácia do tratamento, alguns autores recomendam o rastreamento de rotina para transtornos de ansiedade. Para detectar os casos com potencial terapêutico, pode-se focar em pacientes com alta probabilidade de transtornos mentais comuns:

1) Sintomas físicos sem explicação médica;
2) Queixa ou impressão clínica de ansiedade;
3) Paciente submetido a estresse importante;
4) Paciente hiperutiliza o serviço de saúde.

O próximo passo consiste em afastar a possibilidade de que os sintomas sejam devidos a um problema clínico. Deve-se ainda, excluir a possibilidade de que o quadro seja um efeito adverso de medicamento: acatisia com antipsicóticos, inquietude com inibidores seletivos da recaptação da serotonina, reações paradoxais com benzodiazepínicos, etc, são relativamente comuns.

Conhecer a história pregressa do paciente e verificar se ele sofreu episódios semelhantes no passado ou outros episódios de doença psiquiátrica é extremamente importante. A presença de sintomas ansiosos na infância e a história familiar positiva para transtornos de ansiedade em familiares são indicadores de transtorno primário.

Considere problemas de ansiedade em caso de:

1) Consultas frequentes para diversas queixas, muitas vezes somáticas;
2) Pedido de sedativos ou calmantes;
3) Problemas no uso de álcool ou drogas;
4) Depressão ou sintomas depressivos;
5) Ansiedade no histórico médico próprio ou familiar;

Na anamnese, algumas perguntas devem ser consideradas, como:

1) Você se sente tenso ou ansioso? Você tem muitas preocupações?;

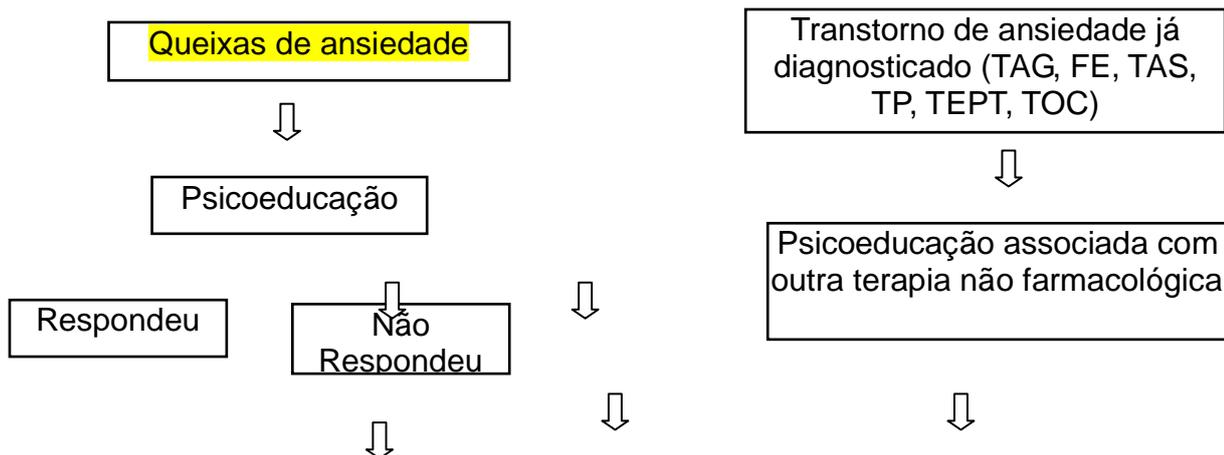
2) Você tem medo sem saber porquê?;
3) Você e seus familiares são de opinião que esses medos são realistas?;
4) Esse medo lhe causa limitações na vida cotidiana?;

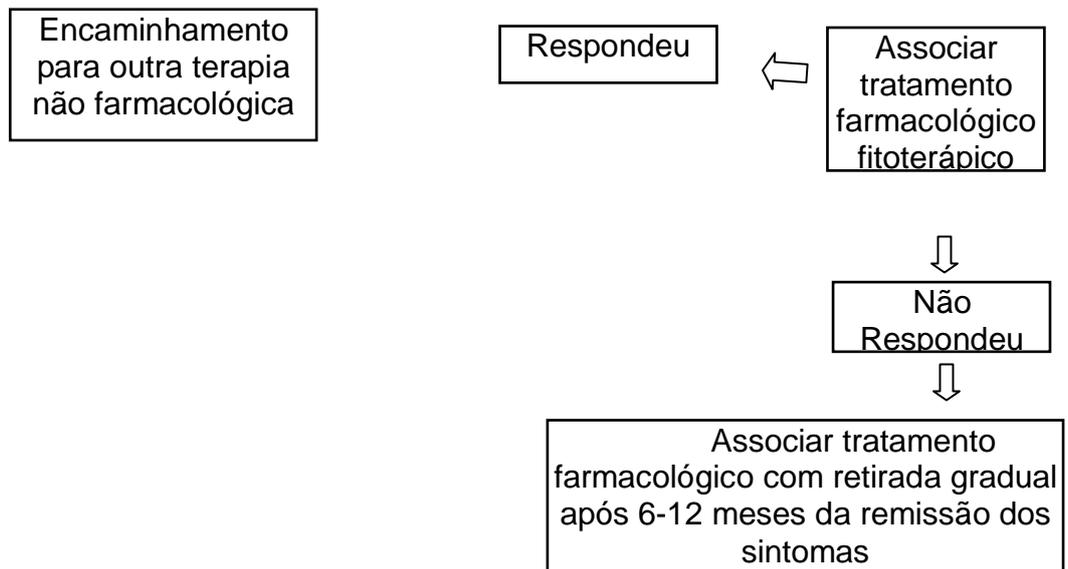
Em caso de suspeita de ansiedade ou transtorno da ansiedade perguntar:

1) Duração e evolução dos sintomas, duração e frequência dos ataques, gravidade dos sintomas, a quantidade do sofrimento subjetivo e disfunção social;
2) Situações em que ocorre a ansiedade;
3) Do quê o paciente tem medo;
4) O paciente evita situações ou atividades devido ao medo;
5) Desencadeadores e relação com situações de estresse;
6) Sintomas físicos que acompanham e/ou antecedem a ansiedade;
7) Ações compulsivas e tempo que ocupam;
8) Abuso de álcool, drogas ou benzodiazepínicos;
9) Pensamentos ou planos suicidas;
10) Comorbidade: depressão, alucinações ou delírio, perda de memória.

4. TRATAMENTO

O tratamento dos transtornos de ansiedade pode ser realizado de maneira não-farmacológica, farmacológica ou a associação dos dois. É importante salientar que psicoeducação é um componente essencial no manejo dos transtornos de ansiedade, independentemente da modalidade terapêutica escolhida, e que alguns componentes das psicoterapias podem ser adaptados à realidade da atenção primária à saúde.





4.1 TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

4.1.1 PSICOEDUCAÇÃO

Informar o paciente sobre a doença e seu tratamento. O paciente precisa entender a sua doença como algo real e tratável, tanto com psicoterapias quanto com medicações. Quando ele compreende sua doença e o tratamento proposto, ele se sente empoderado e participa mais ativamente do processo de melhora. Motivações para o tratamento:

Quais são as expectativas do paciente acerca do tratamento?
Qual é o papel dele nesse processo de melhora?
Listar para o paciente os aspectos negativos relacionados com a ansiedade e os aspectos positivos de se estar livre de sintomas ansiosos.

4.1.2 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Visa corrigir os pensamentos automáticos catastróficos, as crenças errôneas, a percepção distorcida das reações fisiológicas, a atenção excessiva e hipervigilância para a possível presença dos objetos e situações fóbicas e para as sensações corporais. Podem ser usadas, também, técnicas para enfrentar a ansiedade, como a respiração diafragmática e o relaxamento muscular, avaliadas como efetivas em alguns transtornos.

4.1.3 INTERVENÇÕES NO ESTILO DE VIDA

A alimentação saudável e o exercício físico estão associadas à melhora da qualidade de vida e são custo efetivas em relação ao tratamento convencional. Além disso técnicas de relaxamento e controle da respiração (aqui inclui-se a meditação), mostram-se eficazes, principalmente no transtorno do pânico.

4.1.4 TERAPIA DE EXPOSIÇÃO

Foi concebida com base na observação de que uma resposta condicionada de medo pode ser extinta com repetidas apresentações do estímulo condicionado sem a apresentação do estímulo aversivo inato. Portanto, foi postulado que a exposição ao estímulo causador do medo conduziria à habituação (em outras palavras, à extinção da resposta de medo condicionada).

Os transtornos de ansiedade diferem principalmente na caracterização do estímulo aversivo. O estímulo pode ser: altura, lugares fechados, cobras, cães, aranhas etc., na fobia específica; falar em público ou qualquer interação social, na ansiedade social; alterações físicas como taquicardia, no transtorno do pânico; lugares dos quais é difícil escapar, na agorafobia e variável de acordo com o conteúdo dos sintomas no TOC (p. ex., banheiros públicos em pacientes com medo de contaminação).

No TOC, além dos tipos diferentes de estímulo, é preciso que a exposição seja seguida pela prevenção de respostas; caso contrário, o desempenho de um ritual levará a uma redução temporária na ansiedade que impedirá o processo de habituação. Apesar dessas peculiaridades relativas à terapia de exposição, o TOC, assim como outros transtornos de ansiedade, pode melhorar com a habituação ao estímulo aversivo, sugerindo que a condição de medo pode fazer parte da etiologia dos medos obsessivos.

4.2 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

4.2.1 FITOTERAPIA

4.2.1.1 *VALERIANA OFFICINALIS*

Possui ação depressora central, sedativa, ansiolítica, espasmolítica e relaxante muscular. Para ansiedade a posologia é 1 cáps 1-3 vezes ao dia. É contraindicado em menores de 12 anos, grávidas e lactentes. Os efeitos adversos relatados foram raros, leves e similares àqueles apresentados por indivíduos tratados com placebo. Esse fitoterápico pode potencializar o efeito de outros depressores do Sistema Nervoso Central, e seu uso concomitante com álcool deve ser evitado.

POSOLOGIA INDICADA: 1 cáps 1-3 vezes ao dia.

4.2.1.2 *PASSIFLORA INCARNATA*

Atua como ansiolítico e sedativo leve, sendo seu uso contraindicado na gravidez, lactentes, alcoolistas e diabéticos. Para ansiedade a posologia é 1 cáps 1-4 vezes ao dia. Os efeitos adversos relatados foram hipersensibilidade, asma e rinite. Esse fitoterápico pode potencializar o efeito de outros depressores do Sistema Nervoso Central, e há indícios de interação medicamentosa com a Varfarina.

POSOLOGIA INDICADA: 1 cáps 1-4 vezes ao dia.

4.2.1.3 MATRICARIA CHAMOMILLA

Atua como ansiolítico e sedativo leve. Contraindicado para gestantes e na amamentação. Foram descritas interações medicamentosas com a varfarina, estatinas e contraceptivos orais.

POSOLOGIA INDICADA: 1 cáps 1-4 vezes ao dia.

4.2.2 INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DA SEROTONINA (ISRS)

Em função do baixo perfil de efeitos adversos, da segurança da alta dosagem (em pacientes com risco de suicídio) e da considerável eficácia, são atualmente os fármacos de primeira escolha no tratamento de qualquer um dos transtornos de ansiedade.

Seu início de ação pode demorar até 2 a 6 semanas para ocorrer. Devem ser iniciados em doses baixas, para que não ocorra aumento da ansiedade, e aumentados gradualmente no decorrer do tratamento. A retirada também deve ser gradual, para evitar sintomas de abstinência, sobretudo com as medicações de meia-vida mais curta. Nas primeiras semanas, pode-se pensar em associar um benzodiazepínico para reduzir os sintomas de ansiedade provocados pelo fármaco em indivíduos sem história de abuso e com muitos sintomas físicos.

Está indicado em TP, TAG, TAS, TEPT, TOC e contraindicado em uso de IMAO, pimozida e hipersensibilidade ao fármaco. Efeitos adversos mais comuns: náuseas, cefaleia, sonolência, insônia, tonturas, diminuição do apetite, dor abdominal, nervosismo, sudorese excessiva, boca seca, tremor, inquietude, diminuição do desejo sexual, anorgasmia, retardo da ejaculação, astenia e sangramento (agregação plaquetária).

Medicamento	Recomendação	Metabolização	Tempo de meia-vida	Interação alimento-medicamento	População especial	Informações adicionais
Fluoxetina 10mg e 20mg* e 20mg/mL gotas	Recomenda-se iniciar com 10mg/dia por uma semana, aumentar para 20mg/dia e aguardar resposta terapêutica (4 a 6 semanas), com aumentos na dose (10mg/dia a cada semana) conforme resposta clínica e tolerância (máx	Inibe P 450 (CYP2D6 e CYP3A4)	4 a 6 dias (metabólito 4 a 16 dias).	Com alimentos diminui a náusea	Primeira escolha na gestação	É a mais estimulante

	40mg/dia e no TOC 80mg/dia)					
Paroxetina 10mg, 20mg e 30mg	Recomenda-se iniciar com 10mg/dia (preferencialmente a noite), por uma semana, aumentar para 20mg/dia e aguardar resposta terapêutica (4 a 6 semanas), com aumentos na dose (10mg/dia a cada semana) conforme resposta clínica e tolerância (máx 40mg/dia e no TOC 60mg/dia)	Inibe P 450 (CYP2D6)	21 horas (síndrom e da retirada)	-	Deve ser evitada na gestação e lactação	Menos estimulante e mais sedativa
Sertralina 25mg, 50mg e 100mg	Recomenda-se iniciar com 25mg/dia junto com a alimentação, por uma semana, aumentar para 50mg/dia e aguardar resposta terapêutica (4 a 6 semanas), com aumentos na dose (25mg/dia a cada semana) conforme resposta clínica e tolerância (máx 200mg/dia)	Poucos efeitos na CYP2D6 e CYP3A4	26 horas (metabólito 64 a 104 horas)	Alimento aumenta a absorção do medicamento	É preferível durante a gestação e lactação	Pode ser estimulante É a que mais causa náusea
Citolapram 20mg e 40mg	Recomenda-se iniciar com 10mg/dia por uma semana, aumentar para 20mg/dia e aguardar resposta terapêutica (4 a 6 semanas), com aumentos na dose	Mínimos efeitos na CYP2D6 e CYP3A4	35 horas (metabólito 3 horas).	Absorção não é afetada pelo alimento	Deve ser evitada na gestação e lactação. Preferível em idosos (tempo de meia vida menor e	Medicação pouco estudada em ansiedade.

	(10mg/dia a cada semana) conforme resposta clínica e tolerância (máx 60mg/dia e no TOC 80mg/dia)				poucas interações).	
Escitalopram 10mg e 20mg e 10mg/mL e 20mg/mL gotas	Recomenda-se iniciar com 5mg/dia por uma semana, aumentar para 10mg/dia e aguardar resposta terapêutica (4 a 6 semanas), com aumentos na dose (5mg/dia a cada semana) conforme resposta clínica e tolerância (máx 20mg/dia e no TOC 40mg/dia)	Mínimos efeitos na CYP2D6 e CYP3A4	30 horas	Absorção não é afetada pelo alimento	Deve ser evitada na gestação e lactação. Preferível em idosos (tempo de meia vida menor e poucas interações)	-

*Disponíveis na Atenção Básica.

4.2.3 INIBIDORES DA RECAPTAÇÃO DA SEROTONINA E NORADRENALINA (IRSN)

Nas doses convencionais são usados no tratamento de vários transtornos de ansiedade (TAG, TG, TAS e TEPT), com exceção do TOC, em que doses maiores parecem ser necessárias. Eles são potentes inibidores da serotonina e, em doses maiores, inibem a noradrenalina. Entretanto, não inibem os receptores muscarínicos, histamínicos e adrenérgicos, resultando em um perfil de efeitos adversos favorável, se comparados aos antidepressivos tricíclicos.

Dentre seus efeitos adversos estão náuseas, cefalia, sonolência, insônia, tremor, disfunção sexual, sudorese noturna, boca seca, hipertensão arterial, sangramento. É contraindicado em pacientes que estejam fazendo uso de IMAO.

A venlafaxina é bastante similar aos ISRS quanto ao tempo de início de ação. É relativamente segura em superdosagem e apresenta perfil de efeitos adversos favorável.

Medicamento	Recomendação	Metabolização	Tempo de meia-vida	População especial	Informações adicionais
Venlafaxina liberação imediata e Venlafaxina	Recomenda-se iniciar com 37,5mg/dia por uma semana, aumentar	Poucos efeitos no P450 (CYP2D6 e	5 horas (síndrome de retirada frequente)	Deve ser evitada na gestação e lactação	Venlafaxina liberação prolongada não pode ser

liberação prolongada 37,5mg, 75mg e 150mg	para 75mg/dia e aguardar resposta terapêutica (4 a 6 semanas), com aumentos na dose (37,5mg/dia a cada semana) conforme resposta clínica e tolerância (máx 150mg/dia e no TOC 225mg/dia)	CYP3A4)			partida. Em TOC eficácia em altas doses Liberação imediata: 2 doses ao dia. Liberação prolongada: dose única pela manhã.
---	--	---------	--	--	--

4.2.4 ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS (ADT)

Também são eficazes no tratamento dos transtornos de ansiedade, porém apresentam efeitos adversos (anticolinérgicos) mais proeminentes do que os ISRS e IRSN e um maior risco de vida associado à superdosagem.

Pode-se conseguir melhor adesão iniciando-os em doses baixas, e aumentando-as gradualmente. Isso tem importância especial para os pacientes com TP, que apresentam maior sensibilidade aos efeitos dos fármacos nas primeiras semanas de uso. A clomipramina, por possuir ação serotoninérgica, é particularmente útil no TOC. São contraindicados em cardiopatia, íleo paralítico, glaucoma de ângulo fechado, prostatismo ou retenção urinária, feocromocitoma, uso de IMAO. O seu uso requer monitorização em idosos e risco de suicídio importante.

Como efeitos adversos mais comuns: boca seca, constipação, ganho de peso, hipotensão postural, sedação, tontura, visão borrada, sudorese, sonolência, tremores, fadiga, retardo da ejaculação. No eletrocardiograma: prolongam o intervalo QT e PR e alargam QRS.

Medicamento	Recomendação	Metabolização	Tempo de meia-vida	População especial	Informações adicionais
Imipramina 10mg, 25mg*, 75mg e 150mg	Recomenda-se iniciar com 25mg/dia (a noite) por uma semana, aumentar 25mg a cada 3 dias até 100mg e aguardar resposta terapêutica (4 a 6 semanas), com aumentos na dose (25mg/dia a cada 3 dias) conforme resposta clínica e tolerância (máx 300mg/dia)	Inibe P 450 (CYP2D6)	12 horas	Evitar uso na gestação. Pode ser usada na lactação.	Bastante estudada em transtornos de ansiedade TP e TAG

Clomipramina 10mg, 25mg*, 50mg e 75mg	Recomenda-se iniciar com 25mg/dia (ao final do dia) por uma semana, aumentar 25mg a cada 3 dias até 100mg (no TOC 150mg/dia) e aguardar resposta terapêutica (4 a 6 semanas), com aumentos na dose (25mg/dia a cada 3 dias) conforme resposta clínica e tolerância (máx 250mg/dia e no TOC 300mg/dia)	Inibe P 450 (CYP2D6)	96 horas	Seguros na gestação e lactação	Mais estudado na ansiedade e particularmente no TOC.
Nortriptilina 10mg, 25mg*, 50mg* e 75mg e 2mg/mL gotas	Recomenda-se iniciar com 25mg/dia (a noite) por uma semana, aumentar 50mg a após 3 dias e aguardar resposta terapêutica (4 a 6 semanas), com aumentos na dose (25mg/dia a cada 3 dias) conforme resposta clínica e tolerância (máx 150mg/dia)	Inibe P 450 (CYP2D6)	12 a 56 horas	Mais recomendada para idosos. Mais recomendada na lactação. Segurança na gestação é controversa.	Pouco estudada em ansiedade
Amitriptilina 25mg* e 75mg	Recomenda-se iniciar com 25mg/dia (a noite) por uma semana, aumentar 25mg a cada 3 dias até 100mg e aguardar resposta terapêutica (4 a 6 semanas), com aumentos na dose (25mg/dia a cada 3 dias) conforme resposta clínica e tolerância (máx 300mg/dia)	Inibe P 450 (CYP2D6)	21 horas	Deve ser evitada na gestação. Relativamente segura na lactação.	Pouco estudada em ansiedade. Ação sedativa nas primeiras semanas

--	--	--	--	--	--

*Disponíveis na Atenção Básica.

4.2.5 BENZODIAZEPÍNICOS (BZD)

Possuem rápido início de ação e são eficazes no tratamento de alguns transtornos de ansiedade (TAG, TAS, TP), mas não de outros (TOC e TEPT). Contudo, o uso prolongado é associado à dependência e portanto é contraindicado em pacientes com suscetibilidade para dependência e abuso de substâncias.

Além disso, não são eficazes em quadros de depressão associada (o que frequentemente ocorre). Podem ser usados em quadros de ansiedade muito intensa ou ainda associados aos antidepressivos, durante o período de latência deles, aumentando a resposta terapêutica inicial.

São indicados, portanto, no tratamento adjuvante aos ISRS ou ADT por curtos períodos de tempo. E contraindicados em gestantes, lactentes, idosos, pacientes com risco de dependência/abuso de substância, pacientes com prejuízo cognitivo e pacientes deprimidos.

Entre os efeitos adversos mais comuns estão sonolência, sedação, ataxia, desatenção, fadiga, perda de memória e retardo psicomotor.

Medicamento	Recomendação	Início da ação	Tempo de meia-vida	Informações adicionais
Clonazepam 0,25mg, 0,5mg e 2mg* e 2,5mg/mL gotas*	Recomenda-se iniciar com 0,25mg 1 a 2x/dia. Aumentos na dose, 0,5mg/dia a cada 3 dias, podem ser feitos se persistirem os sintomas, até uma dose máxima de 6mg/dia.	Intermediária	18 a 50 horas	Em geral exige doses menos frequentes
Diazepam 5mg* e 10mg e ampola 5mg/mL	Recomenda-se iniciar com 5mg 1 a 2x/dia. Aumentos na dose, 5mg/dia a cada 3 dias, podem ser feitos se persistirem os sintomas, até uma dose máxima de 40mg/dia.	Muito rápida	20 a 50 horas	Em geral exige doses menos frequentes
Alprazolam 0,25mg, 0,5mg, 1mg e 2 mg	Recomenda-se iniciar com 0,5mg 2 a 4x/dia. Aumentos na dose, 0,5mg/dia a cada 3 dias, podem ser feitos se persistirem os sintomas, até uma dose máxima de 6mg/dia.	Intermediária	12 a 15 horas	Efeitos de retirada podem ser graves em razão da meia vida curta.

Lorazepam 1mg e 2mg	Recomenda-se iniciar com 1mg 2 a 3x/dia. Aumentos na dose, 1,5mg/dia a cada 3 dias, podem ser feitos se persistirem os sintomas, até uma dose máxima de 6mg/dia.	Intermediária	10 a 14 horas	Preferível em idosos e em pacientes com muitos medicamentos (não interage com CITp450)
Bromazepam 3mg*, 6mg e 9mg e Bromazepam LP	Recomenda-se iniciar com 1,5mg 2 a 3x/dia. Aumentos na dose, 1,5mg/dia a cada 3 dias, podem ser feitos se persistirem os sintomas, até uma dose máxima de 18mg/dia.	Rápida	8 a 19 horas	Os comprimidos de liberação lenta não podem ser partidos.

*Disponíveis na Atenção Básica.

4.2.6 INIBIDORES DA MONOAMINOXIDASE (IMAO)

São eficazes no tratamento do TAS, especialmente, e do TP. A Fenelzina e Tranilcipromina, sendo apenas a Tranilcipromina comercializada no Brasil.

Em geral, são opções de segunda linha no tratamento de transtornos de ansiedade, sobretudo pelos efeitos adversos como hipotensão ortostática, restrições dietéticas em derivados de tiamina e interações medicamentosas que dificultam associações com psicofármacos. Costumam ser usados em casos refratários aos vários tratamentos anteriores e pelo psiquiatra.

4.2.7 BETABLOQUEADORES

Atuam no controle dos sintomas autonômicos, como palpitações e tremores, mas não na ansiedade propriamente dita. São utilizados em pacientes com TAS do tipo circunscrita (de desempenho), antes de apresentações públicas.

Recomendam-se de 20 a 80mg/dia de Propranolol, 30 minutos antes da situação de desempenho. Além disso, é recomendado realizar um teste terapêutico com o fármaco alguns dias antes da situação de desempenho para avaliar a resposta à medicação e monitorar o surgimento de possíveis sintomas adversos.

5. PROCESSO DE DESMAME DE FÁRMACOS

A retirada deve ser gradual para todos os fármacos e especialmente para os benzodiazepínicos com o objetivo de prevenir o efeito-rebote ou recidivas.

Para desmame dos medicamentos utiliza-se o método de redução regulada da dose, onde pode-se reduzir um quarto da dose por semana. Os 50% iniciais da retirada são mais fáceis e plausíveis de serem concluídos nas primeiras 2 semanas, ao passo que o restante da medicação pode requerer um tempo maior para a retirada satisfatória.

Exemplo de desmame:

Medicamento	Dose inicial	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	5ª Semana
Medicamento 1	3mg (1cp)	2,25mg (3 partes do cp)	1,5mg (meio cp)	1,5mg (meio cp)	0,75 mg (1 parte do cp)+ Valeriana	1 cáps de <i>Valeriana officinalis</i>

A *Valeriana officinalis* pode ser instituída como medicação auxiliar na suspensão dos medicamentos, principalmente benzodiazepínicos, em forma de dose única, antes de dormir, e se necessário, mais uma dose no início da noite. Junto ao tratamento farmacológico aconselha-se instituir medidas não farmacológicas.

6. MONITORAMENTO

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

Quando em tratamento não-farmacológico as consultas devem ser inicialmente, quinzenais, para avaliação da efetividade. Após, pode-se estender para consultas mensais, e em seguida, a cada dois a três meses é suficiente.

Em pacientes tratados com medicamentos, seja fitoterápicos ou não, sugere-se que o paciente retorne em uma semana para verificar a adesão ao tratamento. Depois as consultas podem ser mensais, podendo, posteriormente serem reduzidas para uma vez a cada três meses. Os medicamentos devem ser continuados, por, pelo menos 6-12 meses após a remissão das queixas, procedendo com a retirada gradual dos mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira - 1ª edição. 2016.

Associação Brasileira de Psiquiatria. Transtornos de Ansiedade: Diagnóstico e Tratamento. 2008.

DINIZ, Juliana Belo et al . Desenhando as novas fronteiras para a compreensão do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão de sua relação com o medo e a ansiedade. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 34, supl. 1, p. 81-91, June 2012.

DITZ Carolina P; et al. A terapia cognitivo-comportamental em grupo no Transtorno de Ansiedade Social. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 1061-1080, 2015.

DUNCAN, Bruce B; et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 1952 p.

HASSINK-FRANKE, Lieke; et al. Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade. Ansiedade. Resumo de diretriz NHG M62 (fevereiro 2012).

LEVITAN, Michelle N; et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento do transtorno de ansiedade social. Revista Brasileira de Psiquiatria, vol 33, no 3, set 2011.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA – VERA CRUZ/RS

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZ TERAPÊUTICA

INSÔNIA

1. INTRODUÇÃO

A insônia pode ser definida como uma experiência subjetiva de sono inadequado, com dificuldade em iniciar ou na manutenção do sono, despertares precoces e “sono não reparador”, com repercussão no funcionamento sócio-ocupacional diurno. Esta é uma das perturbações do sono mais comuns, sendo uma das queixas principais dos pacientes que recorrem aos cuidados médicos.

Estudos transversais estimam uma prevalência de insônia entre 10 e 50% dos pacientes da Atenção Primária à Saúde. Sendo apenas 10% resultante de perturbações primárias do sono. As perturbações do humor e da ansiedade estão presentes em 30 a 50% dos doentes com insônia, e as doenças médicas e o abuso de substâncias em 10%.

Apesar de ser comum, raras as vezes é a queixa principal de uma consulta médica e dificilmente é investigada na anamnese. Com a cronicidade dos sintomas, os pacientes podem apresentar maior tolerância a um padrão ruim de sono. Os pacientes com insônia podem desenvolver comportamentos que terminam por perpetuar de maneira não intencional o transtorno do sono.

A perda crônica de sono, observada na insônia não-tratada, é um importante fator de risco para a ocorrência de colisões de automóvel e de acidentes de trabalho, para a perda de emprego, para o surgimento de problemas sociais e conjugais e para a redução na saúde global e na qualidade de vida.

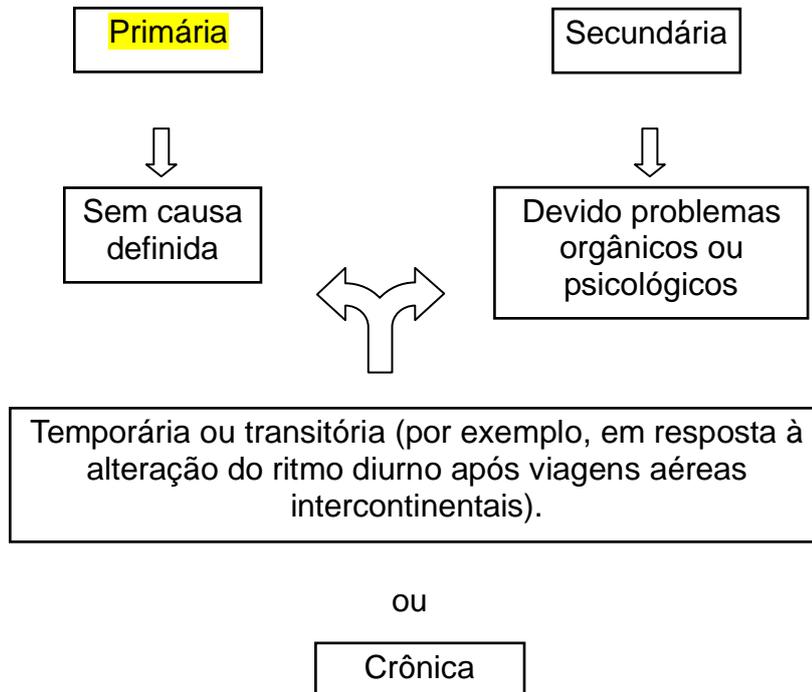
2. CLASSIFICAÇÃO DA INSÔNIA

A insônia é dividida nas seguintes formas:

Insônia aguda
Insônia psicofisiológica
Insônia paradoxal
Insônia idiopática
Insônia associada com transtornos mentais
Higiene inadequada do sono

Insônia comportamental da infância
Insônia causada por drogas ou substâncias
Insônia causada por condições médicas
Insônia inespecífica (não orgânica, não especificada de outra forma)
Insônia fisiológica inespecífica (orgânica)

Sendo assim, a insônia pode ser:



3. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Sintomas que devem levantar suspeita diagnóstica incluem: cansaço, fadiga excessiva, irritabilidade, dificuldades de concentração, prejuízo no desempenho geral e síndrome depressiva. A sonolência excessiva pode ser interpretada de maneira equivocada como desmotivação, falta de interesse e inadequação intelectual. Os seguintes itens devem ser questionados:

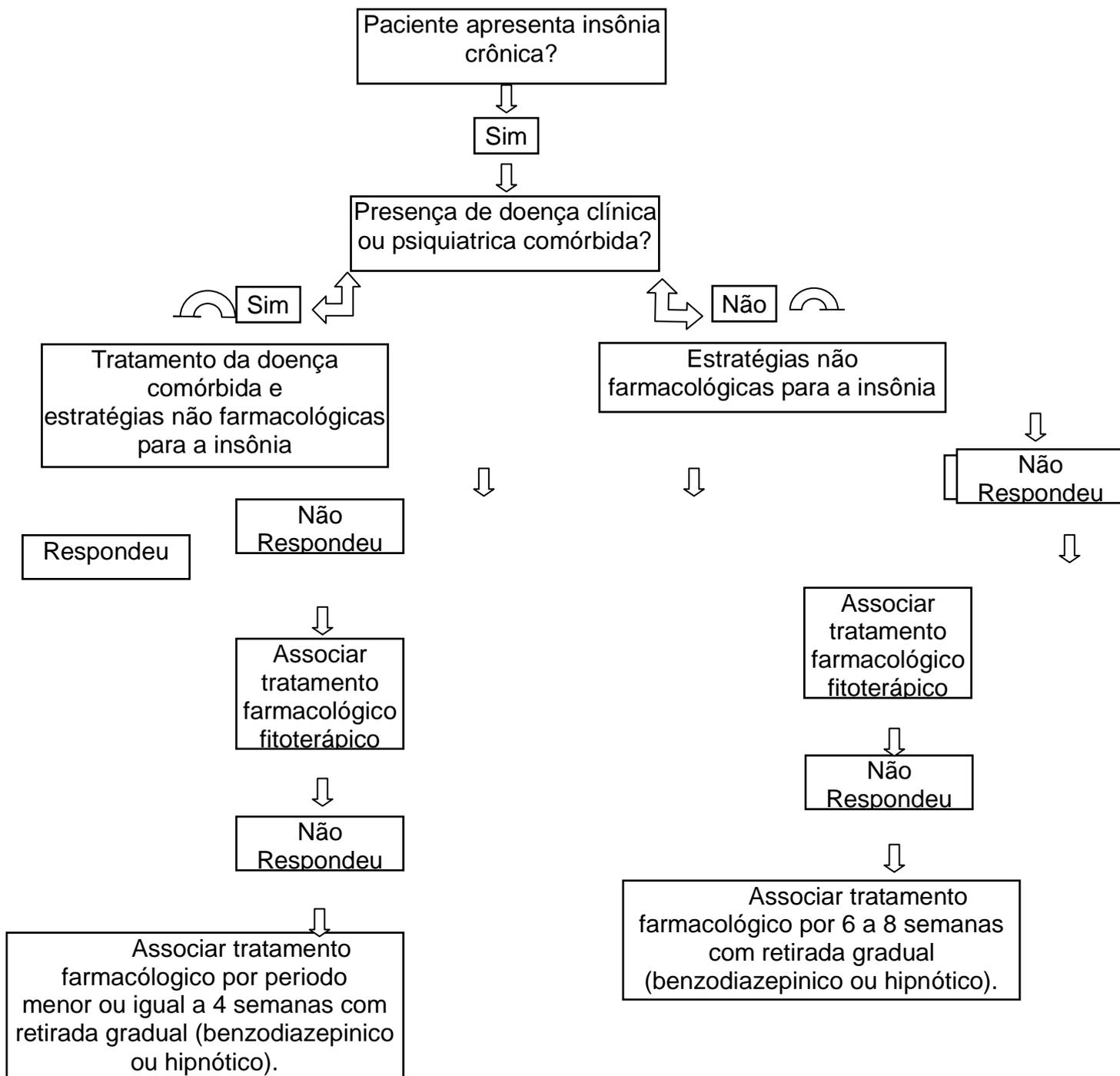
- | |
|--|
| 1) Início e evolução da queixa de sono; |
| 2) Duração (maior ou menor que três meses); |
| 3) Fatores desencadeantes e de atenuação e forma de ocorrência ao longo dos dias ou semanas. |

Depois de confirmada, deve-se investigar os seguintes itens:

1) Início e evolução da queixa de sono;
2) Duração (maior ou menor que três meses);
3) Fatores desencadeantes e de atenuação e forma de ocorrência ao longo dos dias ou semanas;
4) Ambiente no qual o indivíduo dorme;
5) Hábitos de sono e outros aspectos de higiene do sono;
6) Efeitos no humor, no comportamento, no trabalho, na vida social e familiar;
7) Resposta a tratamentos prévios;
8) Presença de um estressor psicológico desencadeando o quadro;
9) Eventos noturnos, como roncos ou movimentos anormais;
10) Duração e qualidade do período do sono;
11) Avaliação da história social e ocupacional;
12) Exame físico;
13) Exame do estado mental;
14) Presença de doenças clínicas e ou psiquiátricas concomitantes.

4. TRATAMENTO

Em termos gerais, deve-se introduzir as medidas não farmacológicas para todos os pacientes que apresentam diagnóstico de insônia. Na insônia primária podem ser utilizados fitoterápicos como primeira escolha e hipnóticos não benzodiazepínicos e benzodiazepínicos como última escolha. Na insônia secundária a condição médica ou psiquiátrica que a mantém deve ser tratada.



4.1 TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

O tratamento não farmacológico tem um papel fundamental na redução do uso não racional de indutores do sono e hipnóticos, uma vez que esses pacientes acabam utilizando de maneira equivocada essas medicações por longo período. Pode, portanto, ser indicado isoladamente ou associado ao tratamento medicamentoso de pacientes com insônia crônica.

4.1.1 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) aborda diferentes fatores que podem atuar exacerbando ou perpetuando a insônia, como preocupações, pensamentos

intrusivos, falsas atitudes e crenças sobre o sono e as consequências da insônia. Recomenda-se que a TCC seja utilizada como tratamento inicial para a insônia crônica, uma vez que ela é efetiva, apresentando resultados semelhantes aos do tratamento farmacológico.

4.1.2 HIGIENE DO SONO

A higiene do sono inclui um conjunto de hábitos comportamentais que facilitam o adormecer e a manutenção do sono, sendo um denominador comum em todas as intervenções terapêuticas utilizadas para as perturbações do sono:

O quarto de dormir deve ser silencioso, escuro e com temperatura agradável;
Ter um horário relativamente uniforme para deitar e levantar;
Não realizar exercícios extenuantes imediatamente antes de deitar;
Não ingerir bebidas alcoólicas imediatamente antes de deitar;
Não ingerir bebidas que contenham estimulantes ou cafeína (e.g., chá preto, café, colas, chimarrão) após o anoitecer (ou antes desse horário no caso de uma maior sensibilidade individual);
Evitar o uso do tabaco após o anoitecer;
Não ouvir música, ver programas de TV, filmes ou realizar leituras que excitantes, próximos ao horário de dormir;
Não falar ao telefone, assistir televisão ou fazer refeições na cama;
Evitar o uso crônico de medicações para a insônia;
Evitar longas sestas ou minimizar os cochilos diurnos.

4.1.3 EXERCÍCIO FÍSICO

Outra estratégia não farmacológica consiste no exercício físico que parece ter um efeito benéfico na qualidade do sono, diminuindo as queixas de insônia e o uso de medicação hipnótica. O exercício “agudo” (apenas uma sessão de atividade física) parece ter benefícios leves a moderados na qualidade do sono, diminuindo a latência do sono e a ansiedade prévia a adormecer e aumentando a eficiência do sono e o tempo total de sono. Programas de exercício regular parecem mostrar, nas meta-análises, melhorias semelhantes às encontradas para os hipnóticos, sendo que a maioria dos estudos se referem ao exercício aeróbico moderado (caminhadas). Todavia, deve-se evitar a sua realização duas horas antes de deitar.

4.1.4 RELAXAMENTO

As técnicas de relaxamento, aqui inclui-se a meditação, também apresentam eficácia para reduzir a excitação fisiológica e psicológica e, assim, promover o sono. Estas são mais eficazes com o intuito de melhorar a fase inicial do sono, e deverão ser utilizadas durante o dia, antes de deitar e no meio da noite se o paciente não conseguir dormir.

4.2 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Como a insônia mais frequente é aquela associada ao transtorno psiquiátrico ou clínico, o tratamento farmacológico inicial compreende o tratamento do transtorno primário. Contudo, em alguns casos, quando graves, com interferência na qualidade de vida do paciente, opta-se por associar um tratamento farmacológico.

4.2.1 FITOTERAPIA

4.2.1.1 VALERIANA OFFICINALIS

A *Valeriana officinalis* pode ser uma opção para o tratamento de insônia e é usada como medicação auxiliar na suspensão de benzodiazepínicos entre usuários crônicos. Alguns estudos relataram que seu mecanismo de ação está relacionado ao ácido gama-aminobutírico (GABA). A *Valeriana officinalis* pode atuar durante o sono através de outros mecanismos, através dos receptores MT1 e MT2 (melatonina) e através do receptor adenosinérgico A1 e alguns subtipos de receptores 5-HT.

Possui ação depressora central, sedativa, ansiolítica, espasmolítica e relaxante muscular. Para distúrbios do sono pode ser utilizado como dose única, antes de dormir, e se necessário, mais uma dose no início da noite, sendo 4 vezes ao dia a sua dose máxima. É contraindicado em menores de 12 anos, grávidas e lactentes. Os efeitos adversos relatados foram raros, leves e similares àqueles apresentados por indivíduos tratados com placebo. Esse fitoterápico pode potencializar o efeito de outros depressores do Sistema Nervoso Central, e seu uso concomitante com álcool deve ser evitado. Seu tempo de uso indicado é 2-4 semanas.

POSOLOGIA INDICADA: 1 cáps antes de dormir. Se necessário, mais uma dose no início da noite.

Uso ideal para desmame de medicamentos benzodiazepínicos.

4.2.1.2 PASSIFLORA INCARNATA

Efeitos hipnóticos também foram relatados para *Passiflora incarnata*, sendo esta capaz de induzir o sono de forma semelhante às condições fisiológicas. Tem sido descrito que numerosos efeitos farmacológicos de *Passiflora incarnata* são mediados via modulação do sistema ácido gama-aminobutírico (GABA), incluindo afinidade aos receptores GABA-A e GABA-B, e efeitos na captação de GABA.

Atua como ansiolítico e sedativo leve, sendo seu uso contraindicado na gravidez, lactentes, alcoolistas e diabéticos. Para distúrbios do sono pode ser utilizado como dose única, antes de dormir, e se necessário, mais uma dose no início da noite, sendo 4 vezes ao dia a sua dose máxima. Os efeitos adversos relatados foram hipersensibilidade, asma e rinite. Esse fitoterápico pode potencializar o efeito de outros depressores do Sistema Nervoso Central, e há indícios de interação medicamentosa com a Varfarina. O uso contínuo não deve ultrapassar 3 meses.

POSOLOGIA INDICADA: 1 cáps 300mg antes de dormir. Se necessário, mais uma dose no início da noite.

4.2.2 BENZODIAZEPÍNICOS E HIPNÓTICOS

Dentre os fármacos de controle especial, os que possuem as melhores evidências para tratamento de insônia são os benzodiazepínicos e os hipnóticos não benzodiazepínicos. Ainda assim, vale ressaltar que o uso deve ser por um curto espaço de tempo (2 a 4 semanas) e que a retirada dos fármacos deve ser feita de forma gradual para evitar sintomas de abstinência.

Ambas as classes de fármacos possuem potencial risco ao usuário. Há, porém, pequenas diferenças: os não benzodiazepínicos provocam menor efeito residual diurno e menor prejuízo na capacidade de dirigir na manhã seguinte ao uso.

4.2.2.1 HIPNÓTICOS BENZODIAZEPÍNICOS

Exercem suas funções por meio dos receptores para o ácido gama-aminobutírico (GABA) potencializando os efeitos desse neurotransmissor endógeno. Reduzem a latência do sono e o número de despertares e aumentam a qualidade e o tempo total de sono.

Para indivíduos como dificuldade em iniciar o sono (insônia inicial), deve-se dar preferência aos de rápido início de ação (taxa de absorção oral). Quando não há dificuldade na manutenção do sono devem-se usar medicações de meia vida mais curta

para evitar sedação residual. Fármacos de meia-vida longa podem ser usados no tratamento de insônia intermediária e final, ou seja, quando há dificuldade para permanecer adormecido ou quando há despertar precoce, bem como naqueles em que se deseja efeito ansolítico associado.

Há aumento do risco quando usados em determinadas populações: gestantes, alcoolistas, indivíduos com apneia do sono ou portadores de patologias hepáticas, renais ou pulmonares e em idosos. Apresentam risco de dependência, abstinência, insônia de rebote, sedação diurna, depressão respiratória, acidentes e quedas. Podem induzir problemas na coordenação motora e alterações na função cognitiva, logo, os benefícios desses fármacos não parecem justificar o aumento de risco. Entre os benzodiazepínicos disponíveis na Atenção Básica do Município de Vera Cruz estão Bromazepam 3mg, Clonazepam 2mg e 2,5mg/mL gotas e Diazepam 5mg. Estes medicamentos não são aprovados pela ANVISA para tratamento de insônia, a não ser quando secundária ao transtorno de ansiedade. O uso para insônia pode ser considerado a critério médico.

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	TAXA DE ABSORÇÃO ORAL	METABOLIZAÇÃO HEPÁTICA	METABÓLITOS ATIVOS	MEIA-VIDA DE ELIMINAÇÃO (HORAS)
Bromazepam	3mg	Rápida	Sim	Sim	8 a 19
Clonazepam	2mg e 2,5mg/mL	Rápida	Sim	Não	18 a 50
Diazepam	5mg	Rápida	Sim	Sim	20 a 50

4.2.2.2 HIPNÓTICOS NÃO BENZODIAZEPÍNICOS

Constituem um grupo de fármacos que atuam como agonistas dos receptores dos benzodiazepínicos. O zolpidem não interfere na estrutura normal do sono e diferentemente dos benzodiazepínicos, tem pouco efeito sobre as funções cognitivas e psicomotricidade. Existe, também, na forma de liberação prolongada, que compreende duas camadas, sendo a primeira dissolvida rapidamente para indução do sono e a segunda liberada de maneira gradual, a fim de auxiliar a manutenção do sono.

Acredita-se ser mais seguro que os benzodiazepínicos, ainda assim, deve ser usado com cautela, sobretudo em pacientes com comorbidades psiquiátricas ou história previa de abuso de substâncias. Tem metabolização hepática e deve ter dose reduzida em idosos.

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	TAXA DE ABSORÇÃO ORAL	METABOLIZAÇÃO HEPÁTICA	EFEITOS RESIDUAIS	MEIA-VIDA DE ELIMINAÇÃO
-------------	--------------	-----------------------	------------------------	-------------------	-------------------------

					(HORAS)
Zolpidem	10mg	Rápida	Sim	Mínimos	1,5 a 3,2

5. PROCESSO DE DESMAME DE FÁRMACOS BENZODIAZEPÍNICOS E HIPNÓTICOS NÃO BENZODIAZEPÍNICOS

Para desmame dos medicamentos utiliza-se o método de redução regulada da dose, onde pode-se reduzir um quarto da dose por semana. Os 50% iniciais da retirada são mais fáceis e plausíveis de serem concluídos nas primeiras 2 semanas, ao passo que o restante da medicação pode requerer um tempo maior para a retirada satisfatória.

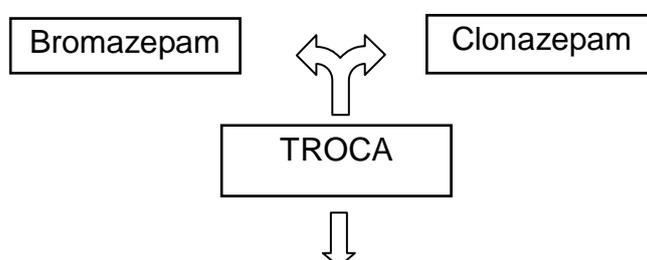
Exemplo do método de redução regulada:

Medicamento	Dose inicial	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	5ª Semana
Bromazepam	3mg (1cp)	2,25mg (3 partes do cp)	1,5mg (meio cp)	1,5mg (meio cp)	0,75 mg (1 parte do cp)+ Valeriana	1 cáps de <i>Valeriana officinalis</i>
Clonazepam	2mg (1cp)	1,5mg (3 partes do cp)	1mg (meio cp)	1mg (meio cp)	0,5 mg (1 parte do cp) + Valeriana	1 cáps de <i>Valeriana officinalis</i>
Diazepam	5mg (1cp)	3,75mg (3 partes do cp)	2,5mg (meio cp)	2,5mg (meio cp)	1,25mg (1 parte do cp) + Valeriana	1 cáps de <i>Valeriana officinalis</i>

Pode-se também trocar o sedativo de efeito curto por Diazepam em doses equivalentes e diminuir a dose por semana em 25%. **Em sintomas de abstinência adiar a próxima diminuição da dose por uma semana.**

Comparado a outros benzodiazepínicos, o Diazepam mostrou ser a droga de escolha para tratar pacientes com dependência, por ser rapidamente absorvido e por ter um metabólito de longa duração – o desmetildiazepam – o que o torna a droga ideal para o esquema de redução gradual, pois apresenta uma redução mais suave nos níveis sanguíneos.

Exemplo:



Diazepam

Prosseguindo com o método de redução regulada:

Medicamento	Dose inicial	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	5ª Semana
Diazepam	5mg (1cp)	3,75mg (3 partes do cp)	2,5mg (meio cp)	2,5mg (meio cp)	1,25mg (1 parte do cp) + Valeriana	1 cáps de <i>Valeriana officinalis</i>

A Valeriana officinalis pode ser instituída como medicação auxiliar na suspensão de benzodiazepínicos entre usuários crônicos, em forma de dose única, antes de dormir, e se necessário, mais uma dose no início da noite. Junto ao tratamento farmacológico aconselha-se instituir medidas não farmacológicas para melhorar o sono e gradualmente auxiliar a suspender todos os meios farmacológicos.

6. ACOMPANHAMENTO

Pacientes devem marcar consultas mensais para acompanhamento do tratamento. Se houver efeito suficiente do tratamento, reduzir a frequência de consultas para uma vez a cada três meses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira - 1ª edição. 2016.

Associação Brasileira de Psiquiatria. Nastasy H, Ribeiro M, Marques ACPR. Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos, 2002.

Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p.

Ribeiro NF. Tratamento da Insônia em Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-14.

DUNCAN, Bruce B; et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas

em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 1952 p.

Pinto Jr. et al. New guidelines for diagnosis and treatment of insomnia. *Arq Neuropsiquiatr* 2010;68(4).

Guerrero FA; Medina GM. Effect of a medicinal plant (*Passiflora incarnata* L) on sleep. *Sleep Sci*. 2017 Jul-Sep; 10(3): 96–100.

Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade. Distúrbios do sono e uso de soníferos. Resumo de diretriz NHG M23 (julho 2014).