Protocolo 01/2026 – Dispensação de Sertralina 50mg e Venlafaxina 75mg para o tratamento de Ansiedade e Depressão

Coordenação de trabalho: Comissão de Farmácia e Terapêutica do Município de Ibiporã/PR.

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

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

Objetivos Específicos:

-Normatizar o acesso dos portadores de ansiedade e depressão ao tratamento complementar com as tecnologias disponíveis na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Ibiporã (REMUME).

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

A depressão e os transtornos de ansiedade constituem um conjunto de doenças com características afins, sendo que, dentre os transtornos de ansiedade estão o transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo compulsivo, estresse pós-traumático, síndrome do pânico e fobia social, dentre outros.[1]

Estes transtornos têm em comum a interação de vulnerabilidade neurobiológica, como características genéticas, adversidades durante a infância (medo, abuso, doença) e fatores ambientais, como estresse e traumas. A depressão é uma condição médica comum e recorrente. Está frequentemente associada à incapacitação funcional e comprometimento da saúde física.

Os pacientes deprimidos apresentam limitação da sua atividade e bem-estar, além de uma maior utilização dos serviços de saúde. Essas desordens estão associadas com a disfunção da regulação fisiológica dos níveis de serotonina e norepinefrina, além de outros neurotransmissores. As pessoas com transtornos de ansiedade sofrem de doenças com alto custo social e redução da qualidade de vida, sendo que seu tratamento é prioridade, visto a existência de alternativas tanto farmacológicas quanto psicoterapêuticas adequadas. Esses indivíduos são comumente usuários dos serviços de atenção básica de saúde.[2]

SERTRALINA 50MG

Critérios de inclusão:

- Gestantes em acompanhamento pela rede municipal de saúde: a sertralina é considerada uma droga de primeira escolha (pertence a Categoria de Risco C na gravidez, segundo o antigo sistema do FDA). Caso aprovada a dispensação, poderá retirar por até 3 meses após o parto, sendo necessário nova avaliação médica para continuidade do tratamento.

- Pacientes em acompanhamento do tratamento de ansiedade e/ou depressão pelo serviço de saúde municipal, por pelo menos 6 meses, já utilizando os medicamentos disponíveis para a mesma finalidade presentes na REMUME, no mínimo 2 princípios ativos diferentes, mas que não apresentaram resposta satisfatória aos medicamentos.

- Pacientes que apresentam reações adversas ou alérgicas às outras medicações disponíveis na REMUME.

Para a avaliação de todos os casos, a prescrição deve acompanhar o laudo (Anexo 1) completamente preenchido.

Dose:

Adulto
Depressão: 50mg/dia. Se necessário, a dose pode ser aumentada em intervalos de no mínimo 1 semana.[1]
Pediatria
Crianças de 6-12 anos: Começar com 25mg/dia e aumentar para 50mg/dia depois de uma semana.[1]
Crianças de 12-17 anos: Começar com 50mg/dia. As doses podem ser aumentadas até 200mg/dia.[1]
Dose Máxima
Adultos e Pediatria: 200mg/dia.[1]

VENLAFAXINA 75MG

Critérios de inclusão:

- Pacientes em acompanhamento do tratamento de ansiedade e/ou depressão pelo serviço de saúde municipal, por pelo menos 6 meses, já utilizando os medicamentos disponíveis para a mesma finalidade presentes na REMUME **e a sertralina,** também por 6 meses, mas que não apresentaram resposta satisfatória ao medicamento.
- Pacientes que apresentam reações adversas ou alérgicas a todas as outras medicações disponíveis na REMUME.

Para a avaliação de todos os casos, a prescrição deve acompanhar o laudo (Anexo 1) completamente preenchido.

Dose:

Adulto
Dose de 75mg/dia. Se necessário, a dose pode ser aumentada em até 225mg/dia.[5]
Pediatria
Uso não recomendado em menores de 18 anos.[5]

Contraindicações:

Hipersensibilidade a venlafaxina ou a qualquer componente da fórmula e em menores de 18 anos.[5]

Referências
1Faculdade de Farmácia da UFMG. Centro colaborador do SUS: Avaliação de tecnologias e excelência em saúde – CCATES. Parecer técnico. Transtornos de Ansiedade II: Eficácia e segurança de sertralina, citalopram e venlafaxina no tratamento de Ansiedade Generalizada. Belo Horizonte, 2014.
2 B. Bandelow et al. Guidelines for thepharmacologicaltreatmentofanxietydisorders, obsessive – compulsivedisorderandposttraumatic stress disorder in primarycare. InternationalJournalofPsychiatry in Clinical Practice, 2012; 16: 77–84.
3. COSTA, E. , et al. The publichealth impacto f anxietydisorders: a WHO perspcetive. Acta PsychatricaScandinavica. v. 98, p. 2S-5S, 1998
4. Bula. sertralina ANVISA> Disponível em http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=6221192013 &pIdAnexo=1722638. Acesso 24.08.2026
5. Bula. venlafaxina ANVISA> Disponível em: https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=156510097. Acesso 15.09.2026

Anexo 1

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIPORÃ – PARANÁ

Formulário para Avaliação de Solicitação dos Medicamentos Sertralina 50mg e Venlafaxina 75mg

DADOS DO PACIENTE

NOME COMPLETO:
SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO
ENDEREÇO:
RG: CPF: CNS:
TELEFONE:
ALTURA: PESO:

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: CID:

AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO

O(A) paciente já realizou tratamento com medicamentos disponibilizados pelo SUS (REMUME)?

Quais?

Há quanto tempo?
( ) menos de 6 meses
( ) mais de 6 meses

Motivos pelos quais os tratamentos disponibilizados pelo SUS não são indicados ou por que não foram satisfatórios?

Descrever atual situação clínica:

DADOS DO MEDICAMENTO SOLICITADO

Denominação Genérica:
Dosagem:
Via de Administração:
Posologia:
Duração do tratamento:

Benefícios do tratamento pretendido:

Riscos de sua não utilização:
Informar como será o acompanhamento da resposta e frequência de avaliação:
IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO PRESCRITOR
Instituição de Saúde Vinculado: CNES: Nome do Médico: CRM: CPF: _____ Assinatura e Carimbo Médico Data:____/____/_____
AVALIAÇÃO DA EQUIPE RESPONSÁVEL PELA AUDITORIA

Observação: Não serão avaliados e nem tão pouco aceitos, em hipótese alguma, formulários incompletos, com rasuras ou ilegíveis. Adotar obrigatoriamente a DCB (Denominação Comum Brasileira) ou DCI (Denominação Comum Internacional), sendo vedada a prescrição isolada pelo nome Comercial do medicamento.