

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Única

COMARCA: Itaguara

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0005559

IDADE: 87 anos

Sexo: Masculino

PEDIDO DA AÇÃO: Medicamento Vesomni, Venlafaxina 37,5 mg e Mirtazapina 30mg, e suplemento alimentar Nutrem Protein

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: F33, I10, N40.0

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Requerente, idoso de 87 anos, encontra-se em quadro clínico bastante debilitado e frágil, sendo portador de Hipertensão Arterial Sistêmica, hiperplasia de próstata benigna (CID: N40) e transtorno depressivo recorrente (CID: F33).

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 71.699

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Informações técnicas acerca dos procedimentos disponibilizados para o caso como o dos presentes autos, encaminhando em anexo cópia escaneada da inicial e dos documentos imprescindíveis.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentação médica, datada de 08/04/2024, trata-se de paciente, **87 anos, com quadro de hiperplasia benigna de próstata, hipertensão arterial sistêmica, depressão e quadro demencial.** Já fez uso de outros anti-depressivos, mas só houver melhor resposta como atuais. **Necessita Vesomni, Venlafaxina 37,5 mg e Mirtazapina 30mg, e suplemento alimentar Nutrem Protein 3 medidas 2vezes/dia, medicações indispensáveis. Sua falta pode acarretar descompensação de suas comorbidades de base. Negativas, em 04/2024, das Secretarias Municipal de Saúde de Itaguara e Estadual, sob alegação que as medicações e a dieta requeridas não fazem parte dos medicamentos fornecidos pelo**

município e não são estão listadas nos Componentes da Assistência Farmacêutica, não sendo fornecidos pelo SUS.

A Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) compreende o aumento benéfico do volume da próstata, que determina sintomas relacionados ao trato urinário inferior especialmente relacionados à micção, secundários ao aumento prostático e à obstrução infravesical. É uma condição frequente em homens que se inicia-se entre os 31 e 40 anos de idade, e cuja a prevalência aumenta de forma acentuada com a idade, sendo 70% na sétima década e 90% na nona. A idade e a presença dos testículos, possíveis fatores determinantes dessa condição. Do ponto de vista histológico, a HBP caracteriza-se por processo proliferativo de hiperplasia das células do estroma e do epitélio da glândula prostática, que resultam no aumento volumétrico da glândula e na possibilidade de interferência no fluxo normal de urina causada pela compressão da uretra prostática e pelo relaxamento inadequado do colo vesical.

Clinicamente o paciente pode apresentar jato urinário fraco e intermitente; aumento do intervalo entre o início do desejo miccional e a ocorrência efetiva do fluxo urinário; gotejamento terminal por permanência de pequeno volume urinário na uretra bulbar, por falha na manutenção de pressão durante toda a micção; polaciúria; noctúria; urgência e incontinência de urgência; retenção urinária aguda. Por tratar-se de doença progressiva, poderá evoluir para retenção urinária aguda ou complicar-se com insuficiência renal e litíase. É importante salientar que tanto o crescimento benigno quanto o maligno da próstata podem apresentar a mesma sintomatologia, sendo necessário diagnóstico diferencial entre estas patologias. A avaliação do paciente com HPB inclui a anamnese com aplicação do escore de sintomas prostáticos (IPSS), exame físico com toque retal, avaliação laboratorial (PSA sérico, exame de urina e função renal), ultrassom das vias urinárias e abdominal da próstata, além de métodos de imagem e urodinâmica em alguns casos. É primordial investigar na história clínica presença de câncer prostático na

família, antecedentes de disfunção sexual, hematúria, infecções do trato urinário, estenose uretral, cálculo vesical, cirurgias do aparelho urinário, doenças neurológicas, diabetes.

O tratamento depende do quadro apresentado de sintomas relativos ao trato urinário inferior. Inclui abordagem comportamental, medicamentosa ou cirúrgica. A abordagem comportamental é um método seguro, que não necessita de equipamentos especiais, entretanto exige participação ativa do paciente. Está indicada nos pacientes com sintomatologia leve, nos quais a percepção geral de saúde não seja comprometida pela dinâmica de funcionamento do trato urinário e não apresente complicações da doença. Visa estabelecer mudanças dos hábitos de vida que refletem no controle urinário como: perda de peso, controle da obesidade, evitar a ingestão noturna de líquidos; diminuir o uso de drogas ou substâncias diuréticas como cafeína e álcool; inserir um treinamento vesical, com ritmo miccional frequente, com objetivo de aumentar progressivamente o intervalo de tempo entre as micções.

À medida que os sintomas se tornam mais relevantes e com impacto mais significativo na qualidade de vida, deve ser considerada a possibilidade da abordagem medicamentosa. Indicada a pacientes sintomáticos e os que não respondam as medidas clínicas de beneficiam dessa terapia. As drogas de escolha para os estágios iniciais e intermediários da HPB são bloqueadores dos receptores α 1-adrenérgicos e inibidores da 5- α -redutase (5ARIs).

As drogas de escolha para os estágios iniciais e intermediários da HPB são bloqueadores dos receptores α 1-adrenérgicos e os 5ARIs. Os bloqueadores dos receptores α 1-adrenérgicos são a primeira linha para o tratamento de HPB, com sintomas do trato urinário, mas não têm efeito sobre a evolução da doença (crescimento prostático). São eles doxazosina, tansulosina, alfuzosina, terazosina, silodosina. Agem através do antagonismo dos receptores α 1 adrenérgicos responsáveis pelo tônus muscular liso dentro da próstata e da vesícula seminal, promovendo o

relaxamento da musculatura da glândula com rápido alívio dos sintomas obstrutivos. Existem vários tipos disponíveis porém a despeito da pequena diferença entre os mesmos, **todos apresentam a mesma eficácia, sendo considerados drogas de opção para a monoterapia como a doxazosina e a tansulosina.** A **Doxazosina**, um dos **bloqueadores dos receptores α 1-adrenérgicos** disponíveis, **provoca o relaxamento da musculatura lisa, diminuindo a resistência ao fluxo urinário, gerando a melhora dos sintomas, já observada nos primeiros dias de tratamento.** Deve ser usada nos **pacientes com próstata de pequeno tamanho, que necessitam de alívio rápido dos sintomas.** Seus **efeitos adversos de hipotensão, ortostatismo, síncope** que podem ser reduzida com aumento progressivo da dose e administração à noite. A **tansulosina** já é uma **medicação alfa-bloqueadora mais seletiva aos receptores da próstata e do colo vesical, que promove de forma mais robusta um bloqueio destes receptores.** **Alivia os sintomas de obstrução do colo vesical, com melhora da obstrução funcional ao fluxo de urina ocasionado pela HPB.** Assim, **pode reduzir o volume residual pós-miccional e aumentar o fluxo/velocidade do jacto urinário,** uma vez que diminui a resistência do colo vesical, **ajudando a relaxar o esfíncter urinário, facilitando o esvaziamento completo da bexiga.** Tem como **efeito colateral a hipotensão, tontura, astenia e fadiga.** Os **5ARIs** são **repressores da enzima 5- α -redutase que converte a testosterona em sua forma ativa a diidrotestosterona (DTH).** A **DTH parece ter impacto no desenvolvimento da HPB,** estimulando o crescimento prostático, assim como, na iniciação do **câncer de próstata.** **Existem** atualmente duas **medicações que atuam inibindo a 5ARIs: a finasterida e a dutasterida.** A **dutasterina é o inibidor seletivo da isoenzima tipo II e a finasterida o inibidor não seletivo, inibindo as isoenzimas I e II.** Podem ser **prescritos a homens com sintomas do trato urinário baixo e próstata aumentada (> 40mL) ou PSA elevado (> 1,6ng/mL).** Os **resultados** começam a ser **observados em alguns meses (4 a 6 meses).** Podem **prevenir a progressão da doença**

reduzindo a necessidade de cirurgia e a ocorrência de retenção urinária aguda. A terapia de associação de 5ARIs e α -bloqueadores é recomendada nos casos de sintomas moderados a intensos, próstatas aumentadas e/ou PSA elevado e fluxo urinário máximo reduzido.

No SUS não existem Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas que aborde o tratamento da HPB. Entretanto o Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e da Sociedade Brasileira de Urologia apresenta diretriz específica para o tratamento da HPB, que inclui o uso de bloqueadores dos receptores α 1-adrenérgicos, inibidores da 5- α -redutase como terapia de primeira linha e drogas anti-muscarínicos em casos específicos, com ressalvas. No SUS a doxazosina (bloqueador dos receptores α 1-adrenérgicos) e finasterina (inibidor da 5ARIs) estão incorporadas e incluídas na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) como parte do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, devendo ser fornecida gratuitamente nas unidades básicas de saúde. São indicados no tratamento e o controle da HPB e na prevenção de eventos urológicos como a redução do risco de retenção urinária aguda e do risco de cirurgias, incluindo ressecção transuretral (RTU) da próstata e prostatectomia. A tansulosina não está disponíveis no SUS.

A cirurgia da próstata é geralmente necessária para pacientes com sintomas urinários moderados ou intensos, que apresentam indicações absolutas de cirurgia: retenção urinária recorrente ou refratária, incontinência por transbordamento, infecções recorrentes do trato urinário, cálculos ou divertículos na bexiga, hematúria macroscópica devido a HPB, ou dilatação do trato urinário superior devido a HPB, com ou sem insuficiência renal. Além disso, a cirurgia é geralmente necessária quando os pacientes obtiveram alívio insuficiente dos sintomas urinários ou do resíduo pós miccional após a instituição dos tratamentos conservadores ou medicamentosos. O paciente pode eleger o tratamento cirúrgico como tratamento inicial, se apresentar sintomatologia significativa e

os indivíduos com antecedentes de complicações relacionadas à HPB são melhor tratados cirurgicamente. As **opções cirúrgicas** (aberta, **endoscópica** ou robótica) e fonte de energia (eletrocautério vs laser, monopolar ou bipolar) **são decisões técnicas baseadas no tamanho prostático, experiência do cirurgião, discussão de potenciais riscos e benefícios e complicações e comorbidades do pacientes do a principal opção cirúrgica a RTU.**

No mercado o produto Vesomni® é uma combinação de tansulosina um alfa-bloqueadorese solifenacina um antimuscarínico. É aprovado pela ANVISA no tratamento de sintomas moderados a graves de armazenamento e micção do trato urinário inferior causados por problemas de bexiga e pelo aumento da próstata, em homens que não responderam adequadamente ao tratamento com monoterapia da HPB, mas não está disponível no SUS. Com base nos estudos silodosina isoladamente não se mostra mais eficaz do que tansulosina no tratamento HPB e não apresenta benefício clínico quando comparada a placebo. Além disto, está associa da à maior incidência de transtornos ejaculatórios.

O termo **depressão** é frequentemente usado para referir a qualquer um dos vários transtornos depressivos. É um problema médico grave e altamente prevalente na população em geral. **Ocorrem em qualquer idade, mas normalmente cidade média de início** dos sintomas em adulto é de **27,2 à 28,9 anos e os 40 anos de idade.** Tem prevalência ao longo da vida em até **20% nas mulheres e 12% para os homens.** O **predomínio nas mulheres** na idade fértil, é **atribuído**, provavelmente **por diferenças hormonais, estressores psicossociais e parto.** Mas essa diferença se reduz em estudos com amostras mais jovens. É uma **doença crônica, frequentemente persistente e incapacitante.** A **eventual incapacidade laborativa está condicionada à adesão e eficácia do tratamento à atividade exercida** (avaliar risco para si e para terceiros e possíveis desencadeamentos) e à **melhora dos sintomas.** Não é por si só **recomendação para o afastamento definitivo do trabalho, já que nos casos graves com tratamento médico bem-sucedido, pode haver recuperação das condições laborativas em até 6 meses.**

Dentre as manifestações clínicas, é importante identificar 3 aspectos nucleares, que independem da gravidade da depressão: humor depressivo e/ou falta de interesse e motivação com prejuízo da capacidade hedônica, queda do ânimo ou fadiga devido à redução dos níveis de energia e lentificação psicomotora. O depressivo não sente alegria, nem prazer nas coisas que antes o estimulavam. Não cria, não empreende. Os afetos são de cunho negativo, representados por sentimentos de baixa autoestima, culpa, desesperança, burrice, tristeza, apatia, solidão, ansiedade, tédio, vazio. Pode predominar apatia e indiferença a tudo ou sofrimento com angústia e desespero. A depressão compromete sobremaneira as funções cognitivas. O pensamento costuma se lentificar, dificultado o raciocínio, a capacidade de concentração e conseqüentemente a memória, sendo comum a latência de memória e a sensação de “brancos” no raciocínio. As ideias são enviesadas para o polo negativo, com um constante ir e vir durante o dia, as chamadas rumações depressivas: preocupações normais viram tormentos e criam-se problemas na mente. A psicomotricidade fica lentificada e há redução de energia mental e física. As queixas são de fadigabilidade, preguiça, sono (sensação de torpor), modorra e necessidade de mais esforço para realizar atividades. O deprimido costuma manter a crítica acerca da doença, mas distorce a realidade para o polo negativo. Eventos são interpretados de modo pessimista e eventos positivos são desvalorizados. Verdadeiras depressões se associam a alterações nos ritmos biológicos e a sintomas vegetativos. Ao longo do dia o humor se altera obedecendo a variação circadiana, com pioras matutinas seguidas de melhora após algumas horas, ou pioras vespertinas. Alterações de apetite de peso podem ser para mais ou para menos. A insônia se caracteriza pela falta de sono reparador ou hipersônia. Observa-se com frequência a manifestação somática em depressivos, com queixas de dores generalizadas, advindas de má postura e aumento da tensão muscular (“postura corporal depressiva”);

diminuição ou perda do desejo sexual, disfunção erétil ou ejaculação rápida. Estes pacientes têm maior probabilidade de fazer abuso de álcool, tabaco ou uso de drogas ilícitas na tentativa de automedicar distúrbios do sono ou sintomas de ansiedade.

O diagnóstico da depressão é clínico, feito pelo médico após coleta completa da história do paciente e realização de um exame do estado mental. Não existem exames laboratoriais específicos para diagnosticar depressão, entretanto, são necessários exames laboratoriais para excluir condições físicas que podem causar depressão. Vários questionários breves estão disponíveis para triagem da depressão, que ajudam a identificar alguns sintomas depressivos, mas não podem ser utilizados isoladamente para o diagnóstico.

Na gênese das depressões, encontram-se fatores genéticos, biológicos (neuroquímicos, neuroendócrinos e o desequilíbrio no ritmo circadiano), comportamentais, psicológicos, sociais e culturais. Pesquisas avançam no campo biológico mostrando um papel importante de neurotransmissores (neurotransmissores colinérgicos, catecolaminérgicos (noradrenérgicos e dopaminérgicos) glutamatérgicos e serotoninérgicos (5-hidroxitriptamina) e a desregulação neuroendócrina atuando nos 3 eixos: hipotálamo-hipófise-suprarrenal, hipotálamo-hipófise-tireoide e hipotálamo-hipófise-hormônio do crescimento), o que tem relevância para o desenvolvimento de tratamentos farmacológicos. A hereditariedade explica cerca de metade da etiologia, sendo mais comum entre parentes de primeiro grau de pacientes deprimidos, e a concordância entre gêmeos idênticos é alta. Além disso, fatores genéticos provavelmente influenciam o desenvolvimento de respostas depressivas a eventos adversos. Fatores ambientais/psicossociais como estressores vitais importantes, em especial separações e perdas, normalmente precedem episódios de depressão maior; entretanto, geralmente, não resulta em depressão grave e duradoura, exceto em pessoas predispostas a um transtorno do humor, são filtrados por meio

da atividade de genes que conferem diferentes suscetibilidades à depressão entre indivíduos. Postula-se que as depressões resultariam da complexa interação de processos biológicos (resposta ao estresse, fatores neurotróficos), psicológicos (personalidade e relacionamentos pessoais), ambientais (dieta, álcool, ritmos biológicos) e genéticos. **Considerando as depressões como sendo heterogêneas, diferentes etiologias estariam embasando o processo e a combinação de múltiplos fatores desencadearia a doença em pacientes biologicamente vulneráveis. A contribuição de múltiplos fatores genéticos na manifestação da depressão foi estimada em 40% a 50%, sobrando espaço para a interferência de fatores socioambientais. São fatores de risco de depressão: histórico familiar; transtornos psiquiátricos correlatos; estresse e/ou ansiedade crônicos; disfunções hormonais; dependência química (álcool e drogas ilícitas); traumas psicológicos; doenças cardiovasculares, neoplásicas, neurológicas, endocrinológicas; conflitos conjugais; mudança brusca de condições financeiras e desemprego; medicamentos como corticóides, alguns betabloqueadores, interferona e reserpina,**

O prognóstico da doença é variável, metade dos deprimidos apresenta um período prodromico ao primeiro episódio depressivo, caracterizado por sintomas ansiosos e depressivos leves. Se for tratado adequadamente, **um episódio leve a moderado dura 4 a 30 semanas e um grave de 6 a 8 meses, sendo que 25% destes se mantém sintomáticos por mais de 12 meses. Episódios tratados duram 3 meses, mas a suspensão precoce do antidepressivo pode precipitar recaídas. Em torno de 25% dos deprimidos recidiva dentro de 6 meses, 58% em 5 anos e 85% no período de 15 anos seguintes a uma recuperação. Além disso, deprimidos que desenvolveram 2 episódios têm 70% de chance de apresentar um novo episódio e estes passam a ter risco de 90% de nova depressão. Com a progressão da doença o intervalo entre os episódios se encurta e a gravidade aumenta. Ao longo de 20 anos, as recorrências depressivas**

acontecem de 5 a 6 vezes. Alguns **cronificam**, alternando sintomas de gravidade e duração. **Um terço permanece parcial ou totalmente sintomático, os demais se recuperam e 5 a 10% desenvolvem mania ou estado misto.** Caso sejam **corretamente diagnosticados e adequadamente tratados, o prognóstico é bom e as chances de recuperação são maiores.** Com frequência o tratamento medicamentoso não é mantido por tempo suficiente e em doses adequadas, contribuindo para sua falência sem atingir a remissão.

Os subtipos depressivos são classificados de acordo com a sintomatologia (melancólica ou somática, atípica, psicótica e distímia), a **polaridade** (unipolar ou bipolar), o **curso** (recorrente, crônico), **fatores desencadeantes** (sazonal, puerperal) e **gravidade** (leve, moderada ou grave). Deve-se diferenciar o transtorno depressivo primário da depressão reativa, uma vez que esta possui melhor prognóstico, pois é consequente de uma tristeza motivada, por fatores infortunisticos (traumas/amputações, luto, catástrofes, existência de doenças graves, violência social). **A depressão reativa também pode se originar a partir do uso de certos medicamentos, tais como anti-hipertensivos (metildopa), quimioterápicos e imunossupressores (corticóides).**

O que caracteriza um transtorno depressivo como leve ou moderado é a intensidade, a quantidade e a duração dos sintomas que levam ao diagnóstico da doença. O transtorno leve ou moderado deve cursar com tristeza imotivada ou reativa, lentificação do pensamento, redução das atividades pragmáticas, alterações de sono, apetite e libido. Em ambas as entidades nosológicas, os sintomas e sinais apresentados são os já citados para os episódios leves e moderados, porém em maior frequência, intensidade e duração. Nas depressões graves, é comum na história familiar uma personalidade prévia tímida, evitativa, que perdura desde a infância e a adolescência. Nos casos graves, o risco de suicídio é elevado; com uma taxa entre 10% e 25% de consumação da intenção.

A depressão pode ser prevenida com um um estilo de vida saudável: que inclui dieta equilibrada; pratica de atividade física regularmente; combate ao estresse com tempo para atividades prazerosas; evitar o consumo de álcool, drogas ilícitas e altas doses diárias de cafeína; sono regular. **Seu tratamento inclui abordagem medicamentosa e não medicamentos com terapias e envolvimento familiar.** Inúmeros estudos randomizados mostraram que a psicoterapia, particularmente a terapia comportamental cognitiva e terapia interpessoal, é eficaz em pacientes com transtorno depressivo maior, tanto para tratar os sintomas agudos como para diminuir a probabilidade de recaída. **Tratamento farmacológico combinado às psicoterapias, atividades físicas e de grupo, socialização e reintegração familiar são necessários na maioria dos casos.** O tratamento é fundamental para a prevenção do suicídio. A remissão completa de sintomas deve ser a meta de qualquer tratamento antidepressivo. A resposta terapêutica deve ser esperada em período de 2 a 4 semanas e é classificada de acordo com critérios temporais em remissão e recuperação. Define-se “resposta” como a melhora clínica evidenciada por redução maior ou igual a 50% de pontuação em escalas de avaliação padronizadas, como a Escala de depressão de Hamilton (HAM-D) ou Escala de depressão de Montgomery Asberg (MADRS). **As escalas de depressão são utilizadas para quantificar sintomas depressivos e podem auxiliar no diagnóstico a partir de pontos de corte específicos, pois traduzem o fenômeno clínico em informações objetivas e quantitativas.** A primeira regra básica para o manejo de uma síndrome depressiva é o acolhimento, com estímulo a participação em grupos e, quando possível, estimulando a participação em atividades sociais e comunitárias. O paciente e a equipe multiprofissional responsável pelo caso devem ser envolvidos na decisão terapêutica, em busca da melhor opção. **A psicoterapia auxilia na reestruturação psicológica do indivíduo, além de aumentar sua compreensão sobre o processo de depressão e na resolução de conflitos, o que diminui o impacto**

provocado pelo estresse.

O planejamento terapêutico é baseado na evolução clínica do transtorno depressivo e dividido didaticamente em três fases: **aguda, continuação e manutenção**. Em pacientes com transtornos de abuso de substâncias, os sintomas depressivos geralmente desaparecem em poucos meses com a interrupção do uso da droga. O tratamento antidepressivo tem muito menos chances de ser eficaz enquanto o abuso de substâncias continuar. Se um transtorno depressivo deriva de um problema médico geral ou toxicidade por fármaco, o tratamento é direcionado primeiro para a causa subjacente. Entretanto, se o diagnóstico for duvidoso ou se os sintomas forem incapacitantes ou incluírem ideação suicida ou desesperança, uma tentativa terapêutica com antidepressivo ou um medicamento estabilizador do humor pode ajudar. Pessoas com transtorno por luto prolongado podem se beneficiar de psicoterapia especificamente voltada a esse transtorno. **O uso de antidepressivos é efetivo no tratamento agudo das depressões moderadas e graves conforme as diretrizes Associação Médica Brasileira, sendo que 50% a 60% dos pacientes respondem ao tratamento. Nos casos leves, não há evidência dessa recomendação, não sendo mandatório o uso destas drogas de início, pois alguns casos têm remissão dos sintomas com abordagens terapêuticas não farmacológicas, que também complementam e melhoram os resultados obtidos com o uso de antidepressivos. O tratamento medicamentoso é a base de antidepressivos, dos quais existe mais de 30 tipos. Há várias classes de medicações antidepressivas com ações terapêuticas, efeitos colaterais e métodos de uso diferentes. A escolha inicial do medicamento deve ser pautada em vários critérios como potenciais reações adversas e o custo do tratamento, já que os diferentes antidepressivos têm eficácia semelhante para a maioria dos pacientes deprimidos, variando em relação ao perfil de efeitos colaterais e potencial de interação com outros medicamentos. Todos os tratamentos antidepressivos farmacológicos podem levar até 3 semanas para iniciar**

seus efeitos terapêuticos, podendo causar uma série de efeitos colaterais nessas primeiras semanas, tais como cefaleia, boca seca, constipação intestinal, alterações do sono (sonhos vívidos, despertares frequentes), sonolência diurna, vertigem, náusea, alterações do apetite (diminuição ou aumento), ganho ponderal. Disfunção sexual (redução na libido, tempo mais prolongado ou mesmo dificuldade para atingir o orgasmo) é um efeito muito comum durante o tratamento. **A escolha do antidepressivo é feita com base no subtipo da depressão, antecedentes pessoais e familiares, resposta satisfatória a determinada classe de antidepressivos utilizada, presença de doenças clínicas e características dos antidepressivos.** A terapia é simples e, não incapacitante ou entorpecente. **Alguns pacientes precisam de tratamento de manutenção ou preventivo, que pode levar anos ou a vida inteira, para evitar o aparecimento de novos episódios. Consultas com frequência semanal no início do tratamento estão associadas a maior adesão e melhores resultados em curto prazo e a resposta ao tratamento agudo com antidepressivo é observada entre duas e quatro semanas após o início do uso;** contudo o início da resposta costuma ocorrer na primeira semana. **As drogas de escolha são** Inibidores Seletivos da Receptação da Serotonina (**ISRS**) são **fluoxetina**, sertralina, escitalopram, **citalopram**, paroxítina, fluvoxamina e os antidepressivos tricíclicos (**ADT**) como **amitriptilina**, clomipramina, **imipramina**, nortriptilina **os mais usados atualmente.** Metanálises indicam os **ISRS**, assim como inibidores da receptação de serotonina e noradrenalina (**IRSN**) como desvenlafaxina, **venlafaxina**, duloxetina, viladozona, levomilnaciprano, **antidepressivo melatonérgico** (agomelatina), inibidores da recaptção de dopamina e noradrenalina (**NDRIs**) tais como bupropiona e **mirtazapina como recomendações de primeira linha para transtornos depressivos.** **As principais doses e drogas ISRS são: citalopram (20 mg), fluoxetina (20 mg), paroxetina (20mg) e a sertralina (50 mg).** A dose inicial em idosos deve ser a metade da dose normal. Os agentes de **segunda linha recomendados**

incluem antidepressivos tricíclicos (ADT), quetiapina e moduladores da serotonina (venlafaxina, trazodona) que apresentam maior carga de efeitos colaterais principalmente em idosos e gestantes, moclobemida e selegilina que possuem potenciais interações medicamentosas graves, levomilnaciprano sem dados comparativos e de prevenção de recaídas e vilazodona também sem dados comparativos e de prevenção de recaídas e com necessidade de titulação e ingestão com alimentos. Dentre os ADT a amitriptilina (50-100 mg), imipramina (50-150 mg em 2-3 doses), em caso de idosos nortriptilina (75 mg) são os usado. Dose inicial 25 mg (idosos 10 mg) ao deitar e adicionar 25mg a cada 2-3 dias. Várias classes de medicamentos podem ser utilizadas para tratar depressão: Falhas no tratamento pode ocorrer por doença associação a outra doença psiquiátrica, baixa adesão ao tratamento, longa duração da doença, dificuldades sociais crônicas e eventos de vida persistentes, episódio grave ou com sintomas psicóticos, distímia e transtorno de personalidade grave. É de fundamental importância o apoio da família, a adesão ao tratamento, uma vez interrompido por conta próprio ou uso inadequado da medicação, pode aumentar significativamente o risco de cronificação. As recomendações de terceira linha são inibidores da monoaminoxidases (IMAO) com maior carga de efeitos colaterais e potenciais interações graves com medicamentos e dietas e reboxetina com menor eficácia. No caso de crises, além do tratamento farmacológico, a internação ocorrerá visando promover a estabilização inicial e criação de condições para prosseguimento do tratamento ambulatorial. Para pacientes que não respondem ao tratamento com antidepressivo, após a revisão do caso, as estratégias mais utilizadas consiste em: ajuste/aumento de dose; terapia adjuvante com: potencialização com lítio ou tri-iodotironina (T3), associação de outro antidepressivos; troca de antidepressivo; associação com psicoterapia e eletroconvulsoterapia (ECT). A ECT envolve a indução elétrica de uma convulsão sob condições controladas. Seu mecanismo de ação é

incerto, mas a produção de atividade convulsiva parece ser essencial para seus efeitos antidepressivos e salva vidas na forma suicida, com agitação ou retardo psicomotor, delirante e da gravidez. **Psicoestimulantes** (p. ex. dextroanfetamina, metilfenidato) são utilizados algumas vezes, frequentemente, com antidepressivos. Alguns estudos controlados apoiam seu uso nos transtornos depressivos. O Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (**CANMAT**) **recomenda o aumento da dose do antidepressivo para não-melhora em 2 a 4 semanas se o medicamento for tolerado ou mudança de droga se a tolerabilidade for um problema.**

Outras formas de tratar a depressão descritas:

- do nervo vago envolve a estimulação intermitente do nervo vago por meio de gerador de pulso implantado. Pode ser útil para a depressão refratária a outros tratamentos, mas costuma levar 3 a 6 meses para ser eficaz.
- magnética transcraniana repetitiva (EMTr) com aplicação baixa frequência aplicada ao córtex pré-frontal dorsolateral e de alta frequência no esquerdo. para o tratamento agudo do transtorno depressivo maior.
- cerebral profunda utilizando eletrodos implantáveis que visam o cíngulo subgenual ou a parte ventral interna da cápsula anterior/estriado ventral.

As drogas padronizadas e disponibilizadas no SUS são as duas classes principais de antidepressivos conhecidos: os ADT (cloridrato de amitriptilina, cloridrato de clomipramina, cloridrato de nortriptilina) e os ISRS (fluoxetina, citalopram, sertralina), além de mediações que coadjuvantes, como os benzodiazepínicos (midazolam, clonazepam, diazepam, alprazolam), antipsicóticos (haloperidol, biperideno, clorpromazina, olanzapina, levomepromazina, risperidona, ziprasidona) e drogas estabilizadoras do humor/anticonvulsivantes (carbonato de lítio, valproato de sódio, topiramato, ácido valproico, carbamazepina). Estas drogas são disponibilizadas por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, que é a primeira linha de cuidado medicamentoso do sistema. Esse Componente é regulamentado pela

Portaria GM/MS no 1.555, de 30 de julho de 2013. Segundo tal norma, editada em consenso com todos os Estados e Municípios, cabe à União, aos Estados e aos Municípios o financiamento conjunto dos medicamentos fornecidos pelo referido componente, sendo que os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos desse Componente, constantes dos Anexos I e IV da **RENAME vigente**, conforme pactuação nas respectivas CIB. No caso de **necessidade de internação** para estabilização do caso no SUS, **todo o esforço deve ser empenhado para que** tão logo possível, o **tratamento extra-hospitalar possa ser continuado em nível territorial na Atenção Básica**. Assim, **durante a internação**, o envolvimento de familiares e demais **pessoas que compõem a rede de apoio do paciente é fundamental para essa continuidade**.

Atualmente, **existem políticas governamentais que apoiam pacientes que necessitam de cuidados relacionados a saúde mental**. A **Política Nacional de Saúde Mental** uma ação do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Alcool e outras Drogas, que define as diretrizes adotadas pelo Ministério da Saúde para organizar de forma interfederativa com municípios e estados, a promoção do cuidado integral e longitudinal as pessoas com transtornos mentais ou com problemas e necessidades pelo uso de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas. A Rede de Atenção Psicossocial (**RAPS**) **preve a porta de entrada para o cuidado em saúde mental pela** Atenção Primária a Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (**CAPS**) e serviços de urgência e emergência, onde estes pacientes são acolhidos. **O cuidado de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, como os com TDAH, autismo**, psicoses, neuroses graves e todos que, por sua condição psíquica, sejam impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação

psicossocial, é realizado gratuitamente nos CAPS adulto e infantil. Cabe a rede articulação entre os componentes e seus pontos de atenção, garantindo a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, de acordo com as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção de seus usuários; assim como desenvolver estratégias terapêuticas voltadas à compensação de limitações funcionais, ao desenvolvimento de funcionalidades e à prevenção ou ao retardo de possível deterioração das capacidades funcionais. Nos locais especializados, o paciente passará por avaliação biopsicossocial com equipe multiprofissional a fim de estabelecer o diagnóstico funcional, identificar as potencialidades e necessidades do paciente, de sua família e seu contexto de vida. Todos estes fatores servem de base para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que deverá se estabelecido e seguido pelos familiares e paciente.

A mirtazapina e a venlafaxina não estão incluídas no SUS. Alguns estados e municípios, como Paraná e Distrito Federal, em casos específicos de idosos incluem a mirtazapina em suas listas próprias e a venlafaxine. (REMUME). Existe um Projeto de Lei 387/25 que inclui novos antidepressivos no SUS dentre eles os demandados, porém ainda sem a análise necessária por qualquer comissões.

A TNE oral, por sondas ou ostomias, consiste de procedimentos que permitem a administração de nutrientes, na forma líquida, pelo trato digestivo por via oral, sondas ou ostomias, visando manter e/ou recuperar o estado nutricional do paciente. Indicada para indivíduos com alteração metabólica ou fisiológica que cause mudanças restritivas ou suplementares em sua alimentação relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou à via de consumo alimentar (enteral ou parenteral), o que não é o caso deste paciente. A terapia alimentar, nos casos de necessidades alimentares especiais, difere muito conforme o tipo de alteração fisiológica e metabólica de cada indivíduo. Nesse

sentido, uma atenção nutricional bem planejada pode suprir as necessidades nutricionais do indivíduo, sob os aspectos qualitativo e quantitativo, bem como sob a forma de administração dos alimentos. Por isto esta terapia deve ser orientadas por nutricionista, quem determinará o tipo e volume de dieta necessário a cada caso. Os pacientes que mais demandam a TNE são, além dos desnutridos, os em risco nutricional e os com doenças que resultam na impossibilidade de mastigação e deglutição, como no AVE, câncer de esôfago, de cabeça, pescoço, doenças neurológicas em estágios avançados. Nestas situações, frequentemente, há indicação de TNE prolongada, sem necessidade de manutenção da internação hospitalar, por estabilização clínica do paciente, sendo a terapia nutricional enteral domiciliar mais indicada. No Brasil, o uso de dietas artesanais e/ou semiartesanais é incentivado para indivíduos sob cuidados no domicílio.

O SUS, não trata as dietas e insumos como medicamentos, assim não existe no SUS legislação nacional determinando o fornecimento de dieta industrializada para uso domiciliar. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) confere institucionalidade à organização e oferta dos cuidados relativos à alimentação e nutrição, bem como ressalta o papel do SUS na agenda de segurança alimentar e nutricional e na garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável. Nesse contexto, destaca-se que o cuidado alimentar deverá, sempre que possível, ser realizado por meio de técnicas dietéticas específicas que utilizam os alimentos como base da dieta do indivíduo, mesmo que portadores de necessidades específicas. Excepcionalmente em situação cientificamente justificada, quando esgotadas todas as outras alternativas terapêuticas, existem diretrizes regulatórias loco-regionais, como a de Belo Horizonte, para regulamentar a disponibilização de dieta industrializada.

As dietas enterais variam quanto a seu tipo em artesanal ou industrial. As dietas artesanais são produzidas diariamente em

condições rigorosas de higiene, sob orientação de nutricionista, **a partir de produtos in natura, cozidos, ou não, triturados e peneirados**. Podem ser indicadas para indivíduos estáveis clinicamente, com doenças crônicas ou em tratamento paliativo. **Não há evidências científicas que mostrem prejuízo na absorção de nutrientes provenientes de fórmula nutricional com alimentos na inexistência de disfunções absorptivas no sistema digestório** e de doenças que demandam necessidades especiais de nutrientes que não possam ser suprimidos nesta dieta. **Contêm proteínas, vitaminas, carboidratos e sais minerais em proporção adequada as necessidades estabelecidas**. Apresentam como vantagem seu baixo custo em relação as industrializadas, maior concentração de probióticos antioxidante e polifenóis, diminuição da monotonia alimentar e maior vinculação a família e sensação de estar alimentado. Se necessário temporariamente, **podem ser suplementadas por componente industrializado**. Devem ser a primeira opção para o uso domiciliar. Tem o inconveniente de necessitar de manipulação em condições sanitárias adequadas para evitar sua contaminação.

As dietas/suplementos industrializadas são regulamentadas pela ANVISA e contêm macro e micronutrientes em proporções padronizadas. Apresentam custo mais elevado; maior controle de qualidade sanitária; composição química definida e maior comodidade de preparação, se comparadas a artesanal. Entretanto do ponto de vista de efeito nutricional se comparadas, a dieta industrializadas e artesanais têm o mesmo efeito, podendo ser usadas indistintamente.

Em maio de 2012, o **Conselho Regional de Nutrição do Paraná divulgou parecer comparando as dietas artesanais e industrializadas para pacientes com necessidade de nutrição enteral**. Os autores concluíram **não existir evidências de superioridade de uma fórmula em relação à outra**. Mesmo em dietas especiais, a dieta artesanal pode ser modificada e adequada às necessidades especiais. Do ponto de vista de efeito nutricional se comparadas a dieta artesanal e industrializada **tem o**

mesmo efeito, de modo que podem ser usadas indistintamente, devendo, a artesanal, ser a primeira opção para o uso domiciliar.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). É diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual, com linha demarcatória de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg. Fatores genéticos e de estilo de vida são geralmente considerados os principais responsáveis pela incidência da HAS. Frequentemente associa-se a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais, sendo um dos fatores de risco mais significativos e consistentes para doenças cardiovasculares (DCV).

As DCV englobam todas as condições clínicas de origem aterosclerótica, não se enquadrando nesta condições a depressão ou a HPB. O diagnóstico e tratamento adequado da HAS é reduzir a mortalidade e a morbidade por DVC. Com o controle ideal da PA, é possível prevenir danos a muitos sistemas orgânicos. Atingir as metas de PA é um desafio constante para hipertensos com risco baixo a moderado, e alcançar o valor de 130/80 mmHg é uma meta para pacientes de alto risco, como pacientes renais, diabéticos e com DCV. As DCV são consideradas umas das principais causas de morbidade e mortalidade mundialmente e sua prevenção e controle envolvem a adoção de medidas não farmacológicas e farmacológicas, aliadas ao gerenciamento adequado de condições clínicas associadas, como diabetes e HAS. Assim, após o manejo inicial envolvendo modificações no estilo de vida, como alimentação adequada e atividades físicas, recomenda-se o tratamento medicamentoso de acordo com o risco cardiovascular e o tipo de dislipidemia.

A escolha de medicamentos anti-hipertensivos depende significativamente da condição clínica individual do paciente. As diretrizes para o manejo da hipertensão recomendam considerar combinação de dois medicamentos de classe diferentes no início do tratamento em pacientes com níveis da PA sistólica e diastólica estão, respectivamente, 20 mmHg e 10 mmHg acima do alvo, paciente com de alto risco ou naqueles com HAS de graus 2 e 3. Portanto, na prática clínica, dois ou mais medicamentos com diferentes mecanismos de ação são frequentemente escolhidos e considerados como tendo uma melhor perspectiva de alcançar um controle satisfatório da PA não incluindo drogas antidepressivos ou para tratamento da HPB.

Conclusão: trata-se de paciente de 87 anos, com quadro de HPB, HAS, depressão e quadro demencial. Já fez uso de outros anti-depressivos, mas só houver melhor resposta como atuais. Necessita Vesomni, Venlafaxina 37,5 mg e Mirtazapina 30mg, e suplemento alimentar Nutrem Protein 3 medidas 2vezes/dia, medicações indispensáveis. Sua falta pode acarretar descompensação de suas comorbidades de base. Negativas, em 04/2024, das Secretarias Municipal de Saúde de Itaguara e Estadual, sob alegação que as medicações e a dieta requeridas não fazem parte dos medicamentos fornecidos pelo município e não são estão listadas nos Componentes da Assistência Farmacêutica, não sendo fornecidos pelo SUS.

A HPB, representa o aumento benígno do volume da próstata, que determina sintomas relacionados ao trato urinário inferior. Seu tratamento inclui terapia comportamental, medicamentosa e cirúrgica, conforme intensidade e sintomas apresentados. O tratamento depende do quadro apresentado de sintomas relativos ao trato urinário inferior. Inclui abordagem comportamental, medicamentosa ou cirúrgica. A abordagem comportamental é um método seguro, que não necessita de equipamentos especiais, entretanto exige participação ativa do paciente. Está indicada nos pacientes com sintomatologia leve, nos quais a

percepção geral de saúde não seja comprometida pela dinâmica de funcionamento do trato urinário e não apresente complicações da doença. Visa estabelecer mudanças dos hábitos de vida que refletem no controle urinário.

Nos sintomas mais relevantes e com impacto mais significativo na qualidade de vida, deve ser considerada a possibilidade da abordagem medicamentosa. Indicada a pacientes sintomáticos e os que não respondam as medidas clínicas de beneficiam dessa terapia. As drogas de escolha para os estágios iniciais e intermediários da HPB são bloqueadores dos receptores α 1-adrenérgicos e 5ARIs. Os bloqueadores dos receptores α 1-adrenérgicos são a primeira linha para o tratamento de HPB, com sintomas do trato urinário, mas não têm efeito sobre a evolução da doença. Existem vários tipos disponíveis porém a despeito da pequena diferença entre os mesmos, todos apresentam a mesma eficácia, sendo considerados drogas de opção para a monoterapia como a doxazosina e a tansulosina. Doxazosina, bloqueador dos receptores α 1-adrenérgicos disponíveis, provoca o relaxamento da musculatura lisa, diminuindo a resistência ao fluxo urinário, gerando a melhora dos sintomas, já observada nos primeiros dias de tratamento. Usada nos pacientes com próstata de pequeno tamanho, que necessitam de alívio rápido dos sintomas. Seus efeitos adversos de hipotensão, ortostatismo, síncope que podem ser reduzida com aumento progressivo da dose e administração à noite. A tansulosina já é uma medicação alfa-bloqueadora mais seletiva aos receptores da próstata e do colo vesical, que promove de forma mais robusta um bloqueio destes receptores. Alivia os sintomas de obstrução do colo vesical, com melhora da obstrução funcional ao fluxo de urina ocasionado pela HPB. Assim, pode reduzir o volume residual pós-miccional e aumentar o fluxo/velocidade do jacto urinário, uma vez que diminui a resistência do colo vesical, ajudando a relaxar o esfíncter urinário, facilitando o esvaziamento completo da bexiga. Tem como

efeito colateral a hipotensão, tontura, astenia e fadiga. Os 5ARIs são repressores da enzima 5- α -redutase que converte a testosterona em sua forma ativa DTH. A DTH parece ter impacto no desenvolvimento da HPB, estimulando o crescimento prostático, assim como, na iniciação do câncer de próstata. **Existem** atualmente duas medicações que atuam inibindo a 5ARIs: a finasterida e a dutasterida. A dutasterina é o inibidor seletivo da isoenzima tipo II e a finasterida o inibidor não seletivo, que inibe as isoenzimas I e II. Podem ser prescritos a homens com sintomas do trato urinário baixo e próstata aumentada (> 40mL) ou PSA elevado. Os resultados começam a ser observados em alguns meses (4 a 6 meses) mas, podem prevenir a progressão da doença reduzindo a necessidade de cirurgia e a ocorrência de retenção urinária aguda. A associação de inibidores da 5ARIs e α -bloqueadores é recomendada nos casos de sintomas moderados a intensos, próstatas aumentadas e/ou PSA elevado e fluxo urinário máximo reduzido.

No SUS não existem PCDT da HPB. Entretanto o Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e da Sociedade Brasileira de Urologia apresenta diretriz específica para o tratamento da HPB, que inclui o uso de bloqueadores dos receptores α 1-adrenérgicos, inibidores da 5- α -redutase como terapia de primeira linha e drogas anti-muscarínicos em casos específicos, com ressalvas. No SUS a doxazosina e finasterina estão incorporadas e incluídas na RENAME como parte do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, devendo ser fornecida gratuitamente nas unidades básicas de saúde. São indicados no tratamento e o controle da HPB e na prevenção de eventos urológicos como a redução do risco de retenção urinária aguda e do risco de cirurgias, incluindo a RTU e prostatectomia. A tansulosina não estão disponíveis no SUS.

No mercado o produto Vesomni® é uma combinação de tansulosina um alfa-bloqueadorese solifenacina um antimuscarínico. É aprovado pela ANVISA no tratamento de sintomas moderados a graves de armazenamento e micção do trato urinário inferior causados por problemas de bexiga e pelo aumento da próstata, em homens que não responderam

adequadamente ao tratamento com monoterapia da HPB, mas não está disponível no SUS. Com base nos estudos silodosina isoladamente não se mostra mais eficaz do que tansulosina no tratamento HPB e não apresenta benefício clínico quando comparada a placebo. Além disto, está associada à maior incidência de transtornos ejaculatórios. Vale ressaltar que as evidências demonstram efeitos semelhantes entre bloqueadores dos receptores α 1-adrenérgicos e 5ARIs, com diferenças mais específicas quanto aos seus efeitos colaterais. Assim não está claro do uso de associação das drogas disponíveis no SUS, capazes de promover o efeito semelhante ao obtido pelo DUTAM, droga com associação de componentes mais seletivos/específicos, mas com o mesmo efeito, não se mostrando imprescindível no caso em tela .

A depressão é uma doença psiquiátrica crônica e recorrente que produz alterações de humor, geralmente, caracterizada por tristeza profunda e forte sentimento de desesperança e baixa autoestima. Representa um problema médico grave e altamente prevalente. Normalmente aparece no final da 3ª década da vida, mas pode começar em qualquer idade. Pode ser prevenida com um um estilo de vida saudável. Seu tratamento inclui abordagem medicamentosa e não medicamentos com terapias e envolvimento familiar, sendo fundamental para a prevenção do suicídio. A meta deve ser a remissão completa de sintomas. O uso de antidepressivo é efetivo no tratamento agudo das depressões moderadas e graves, não sendo mandatório nos casos leves. A psicoterapia auxilia na reestruturação psicológica do indivíduo, além de aumentar sua compreensão sobre o processo de depressão e na resolução de conflitos, diminuindo o impacto provocado pelo estresse.

O tratamento medicamentoso é a base de antidepressivos com suas várias classes. A escolha do antidepressivo é feita com base no subtipo da depressão, nos antecedentes pessoais e familiares, na boa resposta a uma classe de antidepressivos já utilizada, na presença de doenças clínicas e nas características dos antidepressivos como

potenciais reações adversas e o custo do tratamento. As drogas de escolha são ISRS e os ADT, assim como os IRSN, agomelatina, bupropiona e mirtazapina, sendo que os ISRS têm mais chance do que os ADT de serem prescritos, já que os diferentes antidepressivos têm eficácia semelhante para a maioria dos pacientes deprimidos, variando em relação ao perfil de efeitos colaterais e potencial de interação com outros medicamentos. Metanálises indicam os ISRS e IRSN como desvenlafaxiana, venlafaxina, duloxetina, viladozona, levomilnaciprano, antidepressivo melatonérgico tais como bupropiona e mirtazapina como recomendações de 1ª linha para transtornos depressivos. Os agentes de 2ª linha recomendados incluem ADT, quetiapina e moduladores da serotonina (venlafaxina, trazodona) que apresentam maior carga de efeitos colaterais principalmente em idosos e gestantes, moclobemida e selegilina que possuem potenciais interações medicamentosas graves. Falhas no tratamento pode ocorrer por doença associação a outra doença psiquiátrica, baixa adesão ao tratamento, longa duração da doença, dificuldades sociais crônicas e eventos de vida persistentes, episódio grave ou com sintomas psicóticos, distímia e transtorno de personalidade grave. É de fundamental importância o apoio da família, a adesão ao tratamento, uma vez interrompido por conta próprio ou uso inadequado da medicação, pode aumentar o risco de cronificação. As recomendações de 3ª linha são IMAO com maior carga de efeitos colaterais e potenciais interações graves com medicamentos e dietas e reboxetina com menor eficácia. No caso de crises, além do tratamento farmacológico, a internação visa promover a estabilização inicial e criação de condições para continuidade do tratamento ambulatorial. Pacientes que não respondem ao tratamento com antidepressivo, após a revisão do caso, as estratégias mais utilizadas consiste em: ajuste/aumento de dose; terapia adjuvante com: potencialização com lítio ou T3, associação de outro antidepressivos; troca de antidepressivo; associação com psicoterapia; ECT e associação a TCC.

O SUS disponibiliza **três antidepressivos do grupo dos ADT**, quais sejam: **amitriptilina**, a **clomipramina** e a **nortriptilina**, e como **ISRS** **citalopran**, **fluoxetina**, e **mediações coadjuvantes**; **benzodiazepínicos** (**midazolan**, **clonazepam**, **diazepam**, **alprazolam**), **antipsicóticos** e **drogas estabilizadoras do humor/anticonvulsivantes** (**carbonato de lítio**, **valproato de sódio**, **ácido valproico**, **topiramato**, **carbamazepina**), **medicamentos incluídos não só na RENAME** como na **lista de medicamentos essenciais da OMS** e considerados **primeira linha no tratamento da depressão**. No caso em tela não há menção específica da falha ou contra indicação dos mesmos, apenas citação genérica de não resposta a outros antidepressivos, não sendo possível caracterizar a sua imprescindibilidade.

A **terapia alimentar**, nos casos de necessidades alimentares especiais, difere muito conforme o tipo de alteração fisiológica e metabólica de cada indivíduo. Nesse sentido, uma atenção nutricional bem planejada pode suprir as necessidades nutricionais do indivíduo, sob os aspectos qualitativo e quantitativo. O uso de dietas/suplementos está indicada para indivíduos com alteração metabólica ou fisiológica que cause mudanças restritivas ou suplementares em sua alimentação relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou à via de consumo alimentar (enteral ou parenteral). A **terapia alimentar**, nos casos de necessidades alimentares especiais, difere muito conforme o tipo de alteração fisiológica e metabólica de cada indivíduo.

O SUS, não trata as dietas e insumos como medicamentos, e não existe legislação nacional determinando o fornecimento de dieta industrializada para uso domiciliar. A PNAN confere institucionalidade à organização e oferta dos cuidados relativos à alimentação e nutrição, bem como **ressalta o papel do SUS na agenda de segurança alimentar e nutricional e na garantia do direito à alimentação adequada e saudável**.

Conforme parecer do **Conselho Regional de Nutrição do Paraná** que **comparou as dietas/suplementos artesanais e**

industrializadas para pacientes com necessidade de nutrição enteral, não existem evidências de superioridade de uma fórmula em relação à outra. Do ponto de vista de efeito nutricional se comparadas, a dieta artesanal e industrializada, tem o mesmo efeito podendo serem usadas indistintamente, devendo, a artesanal, ser a primeira opção para o uso domiciliar. No Brasil, o uso de dietas/suplementos artesanais e/ou semi-artesanais é incentivado para indivíduos sob cuidados no domicílio, como primeira escolha, já que preparada de forma adequada, pode vir a suprir as necessidades do paciente. Além disto, apresenta o mesmo efeito nutricional da dieta industrializada, tem maior concentração de probióticos, polifenóis e antioxidante é mais barata e se necessário pode, em sua fórmula, ser suplementada com insumos industrializados. Assim o caso em tela não há contra-indicação ao uso de dieta/suplemento artesanais e tão pouco imprescindibilidade do uso de dieta/suplementos industrializados.

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados e sustentados de PA sendo PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg. Considerada um dos fatores de risco mais significativos e consistentes para muitas DCV. A HPB ou depressão não são fatores de risco cardiovascular.

As DCV são consideradas umas das principais causas de morbidade e mortalidade mundialmente e sua prevenção e controle envolvem a adoção de medidas não farmacológicas e farmacológicas, aliadas ao gerenciamento adequado de condições clínicas associadas, como diabetes e HAS. Assim, após o manejo inicial envolvendo modificações no estilo de vida, como alimentação adequada e atividades físicas, recomenda-se o tratamento medicamentoso de acordo com o risco cardiovascular e o tipo de dislipidemia.

A escolha de medicamentos anti-hipertensivos depende significativamente da condição clínica individual do paciente. As diretrizes para o manejo da hipertensão recomendam considerar

combinação de dois medicamentos de classe diferentes no início do tratamento em pacientes com níveis da PA sistólica e diastólica estão, respectivamente, 20 mmHg e 10 mmHg acima do alvo, paciente com de alto risco ou naqueles com HAS de graus 2 e 3. Portanto, na prática clínica, dois ou mais medicamentos com diferentes mecanismos de ação são frequentemente escolhidos e considerados como tendo uma melhor perspectiva de alcançar um controle satisfatório da PA não incluindo drogas antidepressivos ou para tratamento da HPB.

O principal objetivo do diagnóstico e tratamento da HAS é reduzir a mortalidade e a morbidade por DVC. Com o controle ideal da PA, é possível prevenir danos a muitos sistemas orgânicos. As DCV são umas das principais causas de morbidade e mortalidade mundialmente e sua prevenção e controle envolvem a adoção de medidas não farmacológicas e farmacológicas, aliadas ao gerenciamento adequado de condições clínicas associadas, como diabetes e HAS. Após o manejo inicial envolvendo modificações no estilo de vida, como alimentação adequada e atividades físicas, recomenda-se o tratamento medicamentoso de acordo com o risco cardiovascular e o tipo de dislipidemia.

IV – REFERÊNCIAS:

- 1- Wu Y, Davidian MH, DeSimone EM. Guidelines for the Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia. **US Pharm.** 2016;41(8):36-40. Disponível em: https://www-uspharmacist-com.translate.googleusercontent.com/translate/guidelines-for-the-treatment-of-benign-prostatic-hyperplasia?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt&_x_tr_pto=tc .
- 2- Nardi AC, Nardoza Jr. A, Fonseca CEC, Bretas FFH, Truzzi JCCI, Bernardo WM. **Diretrizes urologia AMB.** Rio de Janeiro, 2014: SBU - Sociedade Brasileira de Urologia, 2014. 382p. Disponível em: http://sbu.org.br/pdf/recomendacoes/livro_uroneurologia_hpb.pdf.
- 3- American Urological Association e Sociedade Brasileira de Urologia. Diretrizes guia de bolso. Uma Referência Rápida para os Urologistas. Rio de

Janeiro, 2017. 273p. Disponível em: http://portaldaurologia.org.br/medicos/wp-content/uploads/2017/08/guideline_AUA_SBU-ilovepdf-compressed.pdf.

4- Nickel JC, Aaron L, Barkin J, Elterman D, Nachabé M, Zorn KC. Canadian Urological Association guideline on male lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia (MLUTS/BPH): 2018 update. **Can Urol Assoc J.** 2018;12(10):303-12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6192748/pdf/cuaj-10-303.pdf>.

5- Nunes RLV, Oliveira RRM, Carneiro A, Neto AM, Antunes AA, Silvinato A, Bernardo WM. Sociedade Brasileira de Urologia. Hiperplasia prostática benigna tratamento. Associação Médica Brasileira, 2016. Disponível em: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2021/08/HIPERPLASIA-PROSTATICA-BENIGNA-TRATAMENTO-FINAL-2016.pdf>

6- Oelke M, Alivizato G, Emberton M, Gravas S, Madersbacher S, Michel M, Nordling J, Rioja Sanz C, de la Rosette J. Diretrizes sobre hiperplasia Prostática Benigna. Sociedade Brasileira de Urologia. 2005. 7p. Disponível em http://www.sbu.org.br/pdf/guidelines_EAU/hiperplasia-prostatica-benigna.pdf

7- Ng M, Leslie SW, Baradhi KM. Benign Prostatic Hyperplasia. [Updated 2024 Oct 20]. In: **StatPearls [Internet]**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558920/>

8- Astellas Vesomni® Bula Anvisa. Disponível em: https://www.astellas.com/content/dam/astellas-com/global/en/documents/vesomni_bula_paciente.pdf

9- Rees J, Foley S, Huang M, Rosa Arias J, Skoumal R, Walters C, Yavuz Y, De Wachter S. Vesomni improves the quality of life in men with lower urinary tract symptoms in routine clinical practice in Europe. **Neurourol Urodyn.** 2019;38(3):981-989. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30801782/>

10- O que há de novo? O que há de novo? Silodosina para o tratamento de hiperplasia benigna da próstata. **Boletim de Fármacoterapêuticas.** 2014;

Jul-Ago-Set: 17-8. Disponível em: <https://revistas.cff.org.br/farmacoterapeutica/article/view/792/576>

11- Ministério da Saúde Assuntos Saúde de A a Z. Depressão Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao>

12- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota técnica No 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019. Disponível em: https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6_e.pdf.

13- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica Saúde Mental no 34. Brasília, 2013. 176p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

14- Sociedade Brasileira de Medicina da Família Comunidade - SBMFC. Depressão. Resumo de diretriz NHG M44 (junho 2012). Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk HCAM, Tjaden BR Traduzido do original em holandês por Comazzetto LFG 2014. Disponível em: [https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/NHG_24_Depressão\(1\).pdf](https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/NHG_24_Depressão(1).pdf)

15- Fleck MPA; Lafer B, Sougey EB, Porto JA, Brasil MA, Juruena MF,. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Braz. J. Psychiatry**. 2003;25(2):114-22. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/zF73qjhhGdpPx8jNkZM34vf/?format=pdf&lang=pt>

16- Fleck MPA; Berlim MT, Lafer B, Sougey EB, Porto JA, Brasil MA, Juruena MF, Hetem LA. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Braz J Psychiatry**. 2009;31 (suppl1):S7-17. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/bJdCdvw3H5hGwzLwVvMPXbp/>.

17- Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016

Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder Section 3. Pharmacological Treatments. **The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie** 2016; 61(9) 540-60.

Disponível em:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4994790/pdf/10.1177_0706743716659417.pdf

18- Câmara dos Deputados Agência Nacional de Notícias Projeto inclui novos antidepressivos no SUS. Disponível:
<https://www.camara.leg.br/noticias/1140793-projeto-inclui-novos-antidepressivos-no-sus/>

19- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_2504_2016.html.

20- Parecer-técnico do Conselho Federal de Nutricionistas 2012. Disponível em: <http://www.crn8.org.br/noticias/2012/parecertecnico.pdf>.

21- Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para dispensação fórmulas alimentares para adulto e idoso ADULTOS E IDOSOS. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&url=ArqPlc=protocolo_dispensacao_formulas_alimentares_adultoseidosos.pdf.

22- Perguntas & respostas. Fórmulas para nutrição enteral. Anvisa GERÊNCIA-GERAL DE ALIMENTOS Gerência de Registro de Alimentos, 1ª edição Brasília, 1 de julho de 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/2810640/F%C3%B3rmulas+para+nutri%C3%A7%C3%A3o+enteral/a26b2476-189a-4e65-b2b1-4b94a94a248c>.

23- Regulamento Técnico sobre Fórmulas Para Nutrição Enteral, seção I do capítulo III da RDC21/2015. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2015/rdc0021_13_05_2015.pdf.

24- Parecer-técnico do Conselho Federal de Nutricionistas 2012. Disponível em: <http://www.crn8.org.br/noticias/2012/parecertecnico.pdf>.

25- Bogoni A CRK. **Atenção domiciliar a saúde: proposta de dieta enteral artesanal com alimentos de propriedades funcionais.** 2012.133f Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, PR. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2013/mestrado/Anna%20Claudia%20da%20Rocha%20Klarmann.pdf>.

26- Maniglia FP, Pagnani ACC, Nascimento GG. Desenvolvimento de dieta enteral artesanal com propriedades funcionais. **Rev Bras Nutr Clin** 2015; 30(1):66-70. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/11/12-Desenvolvimento-de-dieta-ental.pdf>.

V – DATA:

29/05/2026 NATJUS - TJMG